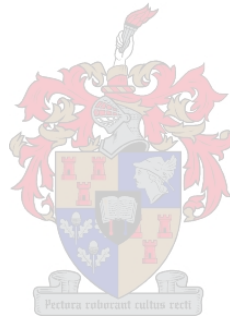


**VRESE EN HANTERINGSTRATEGIEË VAN WES-KAAPSE MIV/VIGS-
GEAFFEKTEERDE KINDERS EN VERSORGERS: 'N NORMATIEWE
POPULASIE MET 'N SPESIALE LEEFWÊRELD**

Pieter Jacobus Zwemstra

Tesis ingelewer ter gedeeltelike voldoening aan die vereistes vir die graad van Magister in Natuurwetenskappe aan die
Universiteit van Stellenbosch



Studieleier: Dr. H.S. Loxton

Desember 2008

VERKLARING

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

Handtekening:



Datum: 01. 09. 2008

OPSOMMING

As deel van die Suid-Afrikaanse regering se strategie om persone met MIV/Vigs en hul naasbestaendes te ondersteun, is MIV/Vigs-dienspunte opgerig by die land se Openbare Gesondheidsfasiliteite. 'n Toenemende aantal MIV-positiewe kinders en versorgers ontvang behandeling by hierdie dienspunte. Ongeïnfekteerde versorgers van die pediatriese pasiënte en kinders van die volwasse pasiënte, kom ook indirek in aanraking met die Openbare Gesondheidstelsel tydens kliniekbesoeke. Saam vorm die MIV-positiewe en ongeïnfekteerde kinders en versorgers 'n heterogene MIV/Vigs-geaffekteerde populasie, wat besondere vrese mag ervaar, as gevolg van hul spesiale omstandighede. Die hantering daarvan mag omstandigheidspesifieke strategieë vereis. Kinders ervaar egter ook normatiewe vrese en hul hanteringstrategieë toon ontwikkelingseienskappe. Verder mag direkte en indirekte angswekkende leerervarings 'n rol hê in kinders se vrese.

Die deelnemers was 40 MIV/Vigs-geaffekteerde kinders ($M = 9.4$ jaar; MIV-positief = 30.0%) en hul versorgers ($N = 34$; $M = 36.7$ jaar; MIV-positief = 76.5%) in aanraking met die Openbare Gesondheidstelsel van die Wes-Kaap provinsie, Suid-Afrika. Daar was vyf sub-doelstellings. Vir die kinders was die doelstellings om, teen die agtergrond van bestaande literatuur, te oorweeg of die teikengroep 'n spesiale populasie was met betrekking tot hul (1) vrese en (2) hanteringstrategieë. Verder om die kinders se (3) leefwêreld te leer ken deur hul leerervarings. Die doelstellings aangaande die versorgers was om hul persoonlike (4) vrese en (5) hanteringstrategieë te eksploreer. Bykomend is die versorgers se persepsies oor hul kinders se vrese en hanteringstrategieë ingewin.

Dit was 'n eksploratiewe studie en 'n gemengde metodologiese navorsingmodel is gebruik. Data is versamel deur individuele onderhoude. Die kinders het ook die Goodenough-Harris Drawing Test (GHD) en die versorgers 'n demografiese vraelys voltooi. Data is ontleed deur 'n kombinasie van kwalitatiewe en kwantitatiewe strategieë.

Die kinders het normatiewe kindervrese gerapporteer, hoofsaaklik vir wilde diere. Nietemin was daar aanduidings van spesiale omstandighede. 'n Substansiële minderheid van die normatiewe vrese het naamlik onderliggend die temas gereflekteer van misdaad, 'n onveilige vervoerstelsel, die dood, siekte en MIV/Vigs. Die hanteringstrategieë van die kinders was omstandigheidspesifiek, met probleem-gefokusde vermyding wat die meeste gerapporteer is. Met betrekking tot die kinders se leerervarings, is vreeswekkende inligting vanaf die televisie die meeste gerapporteer. Hierdeur is die kinders se leefwêreld leer ken as 'n hedendaagse samelewing, waar die media 'n groot rol het in kinders se vrese. Die kinders se self-gerapporteerde en versorger-persepsie vrese en hanteringstrategieë het ooreengestem.

Die versorgers se persoonlike vrese het hoofsaaklik verband gehou met psigo-sosiale behoeftes en sosiale rolle wat sentraal is gedurende volwassenheid. Spesifiek is vrese oor die welstand van kinders die meeste gerapporteer. Soos hul kinders, het die versorgers persoonlike misdaad- en dierverwante vrese vermeld. Soeke na sosiale ondersteuning en voorkomende optrede is die hanteringstrategieë wat die meeste gerapporteer is. Gesonde eetgewoontes was 'n kenmerkende voorkomende optrede strategie, gegewe die omstredenheid in Suid-Afrika oor natuurprodukte vir die behandeling van MIV/Vigs.

Die bevindings is geïntegreer binne 'n sisteemsteoretiese raamwerk. Hiervolgens is die vrese en hanteringstrategieë van die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders en hul versorgers verstaan as die resultaat van 'n interaksie tussen persoonlike eienskappe en die sosiale omgewing.

SUMMARY

As part of the South African government's strategy to support those with HIV/AIDS and their relatives, HIV/AIDS service points have been established at Public Health Facilities. An increasing number of HIV-positive children and their caretakers receive treatment here. Indirectly the paediatric patients' uninfected caretakers and the adult patients' children also come into contact with the Public Health System during visits. The HIV-positive and uninfected children and caretakers form a heterogeneous HIV/AIDS-affected population, which may experience particular fears due to their particular circumstances. Circumstance-particular coping strategies may be necessary. Children do, however, also experience normative childhood fears and their coping strategies display developmental characteristics. Direct and indirect learning experiences furthermore may contribute to children's experience of fear.

The participants were 40 HIV/AIDS-affected children ($M = 9.4$ years; HIV-positive = 30.0%) and their caretakers ($N = 34$; $M = 36.7$ years; HIV-positive = 76.5%) who had been in contact with the Public Health System of the Western Cape Province, South Africa. There were five sub-objectives. Regarding the children the objectives were to consider, against the background of normative literature, whether the target group was a special population regarding their (1) fears and (2) coping strategies. Furthermore the objective was (3) to get to know the children's world through their learning experiences. Concerning the caretakers the objectives were to explore their personal (4) fears and (5) coping strategies. In addition the caretakers' perceptions about their children's fears and coping strategies were gathered.

The study was explorative and a mixed methodological research model was used. Data were gathered through individual interviews. The children also completed the Goodenough-Harris Drawing Test (GHD) and the caregivers a demographic questionnaire. Data were analysed by using a combination of qualitative and quantitative strategies.

The children reported normative childhood fears, mainly of wild animals. A substantial minority of the children reported fears connected to crime, an unsafe transport system, death, illness, and HIV/AIDS and special circumstances were therefore identified. The children's coping strategies were circumstance-specific and problem-focused avoidance reported most. Living in a modern society these children's fears have also been influenced by for instance television. The fears and coping strategies reported by the children and their care-takers' perceptions thereof, concurred.

The caretakers' personal fears mainly were connected to psycho-social needs and social roles, which stand central during adulthood. Specifically fears about the children's welfare were reported most. The caretakers reported crime and animal-related fears similar to their children. A search for social support as well as preventative action were the coping strategies that were reported most. A noteworthy preventative-action strategy seemed to be healthy eating habits, given the controversy about natural products being used as HIV/AIDS treatment within the South African context.

The findings were integrated within a systems-theoretical framework. The fears and coping strategies of the HIV/AIDS-affected children and their caretakers were interpreted to be the result of an interaction between their personal characteristics and their social environment.

VERKLARING OOR FINANSIËLE ONDERSTEUNING

Geldelike bystand van die Harry Crossley Stigting vir hierdie navorsing word hiermee erken. Menings in hierdie werk uitgespreek of gevolgtrekkings waartoe geraak is, is dié van die outeur en moet nie beskou word as noodwendig dié van die Harry Crossley Stigting nie.

Geldelike bystand van die Ernst en Ethel Eriksen Trustfonds vir hierdie navorsing word hiermee erken. Menings in hierdie werk uitgespreek of gevolgtrekkings waartoe geraak is, is dié van die outeur en moet nie beskou word as noodwendig dié van die Ernst en Ethel Eriksen Trustfonds nie.

BEDANKINGS

Die dank kom toe aan die Hemelse Vader, wat elke oomblik van die dag en nag daar was vir hulp. Bykomend word die volgende persone uitgesonder om te bedank vir hul bydrae tot die studie:

- Dr. Loxton, my studieleier, vir ononderbroke ondersteuning, ten spyte van 'n besige program.
- Die personeel by die kliniek waar die studie onderneem is, wat altyd tegemoetkomend was om my te akkommodeer.
- Die kinders en versorgers wat hul vrese en hanteringstrategieë gedeel het.
- Me. Le Roux en me. Engelbrecht vir hulp met die tegniese versorging van die tesis.
- Jemona, Lindie, Carike, Ronel, Olga en Rozanne wat my op uiteenlopende wyses bygestaan het.

Hierdie tesis word opgedra aan die Ryan-gesin.

You know who you are...

INHOUDSOPGAWE

INHOUD	BLADSY
VERKLARING	ii
OPSOMMING	iii
SUMMARY	v
VERKLARING OOR FINANSIËLE ONDERSTEUNING	vi
BEDANKINGS	vii
INHOUDSOPGAWE	viii
LYS VAN TABELLE	xiv
HOOFSTUK 1: INLEIDING	1
1.1 Agtergrond vir die studie	1
1.2 Doelstellings van die studie	3
1.3 Motivering vir die studie	4
1.4 Hoofstukindeling van die tesis	5
HOOFSTUK 2: DEFINISIËS, BEGRIPPE EN KONTEKSTUELE OORSIG	6
2.1 MIV/Vigs-dienspunt: Die studiekonteks	6
2.2 Middel-kinderjarige MIV/Vigs-geaffekteerde kind	7
2.3 Volwasse MIV/Vigs-geaffekteerde versorger	7
2.4 Vrees	8
2.5 Hanteringstrategieë	9
2.6 Leerervarings	9
2.7 Dataversamelingsmetodes	10
2.7.1 Vrye Opsie Metode	10
2.7.2 Vrees Lys Metode en Vrees Opname Skedules	10
2.8 Koderingsraamwerke	11
2.8.1 Vrees-koderingsraamwerk	11
2.8.2 Hanteringstrategie-koderingsraamwerk	11
2.9 Spesiale populasies	12
2.10 Kultuur	12
2.11 Leefwêreld van Suid-Afrikaanse MIV/Vigs-geaffekteerde kinders en versorgers	13
2.12 Hoofstuksamevatting	16

HOOFSTUK 3: LITERATUUROORSIG	17
3.1	Vrese van kinders 17
3.1.1	Vrese van normatiewe populasies 17
3.1.1.1	Ouderdom en vrese 18
3.1.1.2	Nasionaliteit en vrese 18
3.1.1.3	Kultuur en vrese 19
3.1.1.4	Sosio-ekonomiese agtergrond en vrese 20
3.1.1.5	Metodologie en vrese 21
3.1.2	Vrese van spesiale populasies 25
3.1.2.1	Vrese van kinders met kroniese siektes 25
3.1.2.2	Vrese van kinders met beperkte intellektuele vermoëns 26
3.1.2.3	Vrese van kinderhuiskinders 26
3.1.2.4	Vrese van MIV/Vigs-geaffekteerde kinders 27
3.1.3	Versorger-persepsie vrese 28
3.1.4	Afdelingsamevatting 30
3.2	Hanteringstrategieë van kinders 30
3.2.1	Hanteringstrategieë van normatiewe populasies 30
3.2.1.1	Ouderdom en hanteringstrategieë 31
3.2.1.2	Nasionaliteit en hanteringstrategieë 33
3.2.1.3	Kultuur en hanteringstrategieë 33
3.2.1.4	Sosio-ekonomiese agtergrond en hanteringstrategieë 33
3.2.2	Hanteringstrategieë van spesiale populasies 34
3.2.2.1	Hanteringstrategieë van kinders met kroniese siektes 34
3.2.2.2	Hanteringstrategieë van kinders met beperkte intellektuele vermoëns 35
3.2.2.3	Hanteringstrategieë van kinderhuiskinders 35
3.2.2.4	Hanteringstrategieë van MIV/Vigs-geaffekteerde kinders 35
3.2.3	Versorger-persepsie hanteringstrategieë 36
3.2.4	Afdelingsamevatting 36
3.3	Leerervarings van kinders 37
3.4	Persoonlike vrese van MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers 39
3.4.1	Ontsluiting 39
3.4.2	Toekomstige versorging/welstand van kinders 40
3.4.3	Materiële bronne 40
3.4.4	Persoonlike welstand 41
3.4.5	Afdelingsamevatting 41
3.5	Persoonlike hanteringstrategieë van MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers 41
3.5.1	Soek ondersteuning 42
3.5.1.1	Spirituele ondersteuning 42

3.5.1.2	Sosiale ondersteuning	43
3.5.1.3	Intellektuele ondersteuning	44
3.5.2	Kognitiewe strategieë	44
3.5.3	Gesondheidsgedrag	45
3.5.4	Ontsluiting	46
3.5.5	Afdelingsamevatting	47
3.6	Hoofstuksamevatting	47

HOOFSTUK 4: TEORETIESE RAAMWERK 48

4.1	Psigo-sosiale teorie	48
4.1.1	Psigo-sosiale teorie en vrese	48
4.1.2	Psigo-sosiale teorie en hateringstrategieë	51
4.1.3	Psigo-sosiale teorie samevatting	51
4.2	Kognitiewe teorie	52
4.2.1	Kognitiewe teorie en vrese	52
4.2.2	Kognitiewe teorie en hanteringstrategieë	53
4.2.3	Kognitiewe teorie samevatting	54
4.3	Rachman se leerteorie	54
4.4	Sielkundige attribusie teorie	56
4.5	Sisteessteorie	56
4.5.1	Die menslike sisteem	57
4.5.2	Die sosiale sisteem	58
4.5.3	Sisteessteorie samevatting: Meta-teoretiese raamwerk	59
4.6	Hoofstuksamevatting	60

HOOFSTUK 5: METODOLOGIE 61

5.1	Navorsingsontwerp	61
5.2	Navorsingsfases	61
5.2.1	Fase 1: Voorbereiding	61
5.2.2	Fase 2: Veldwerk	62
5.2.3	Fase 3: Afronding	63
5.3	Deelnemers	63
5.3.1	Seleksiemetode en-prosedure	63
5.3.2	Finale teikengroep	64
5.4	Individuele onderhoude	64
5.4.1	Kinderonderhoude	64
5.4.1.1	Goodenough-Harris Drawing Test	65

5.4.1.2	Vrye Opsie Metode	66
5.4.1.3	Gestruktureerde leerervaringsvrae	66
5.4.1.4	Angsneutraliseringsvraag	67
5.4.2	Versorgeronderhoude	67
5.4.2.1	Demografiese vraelys	67
5.4.2.2	Semi-gestruktureerde onderhoud	67
5.5	Navorsingsprosedure	68
5.6	Data-analise	69
5.6.1	Kinderonderhoude	70
5.6.1.1	Goodenough-Harris Drawing Test	70
5.6.1.2	Vrye Opsie Metode	71
5.6.1.3	Gestruktureerde leerervaringsvrae	72
5.6.1.4	Angsneutraliseringsvraag	72
5.6.2	Versorgeronderhoude	72
5.6.2.1	Demografiese vraelys	72
5.6.2.2	Semi-gestruktureerde onderhoud	73
5.7	Belangrike oorwegings	74
5.7.1	Taalkundige oorwegings	74
5.7.2	Etiese oorwegings	75
5.8	Persone gekonsulteer	75
5.9	Kwaliteit van die data en interpretasies	76
5.10	Hoofstuksamevatting	76
HOOFSTUK 6: BEVINDINGS		77
6.1	Demografiese eienskappe van die deelnemers	77
6.1.1	Persoonlike eienskappe van die kinders	77
6.1.2	Persoonlike eienskappe van die versorgers	79
6.1.3	Sosiaal-huishoudelike omgewing van die deelnemers	80
6.2	Vrese van die kinders (primêre doelstelling 1)	81
6.2.1	Vreesstruktuur (self-rapportering)	81
6.2.2	Onderliggende vreesstemas	83
6.2.3	Versorger-persepsie vrese	85
6.2.4	Verrykende bevinding	87
6.2.5	Samevatting (primêre doelstelling 1)	88
6.3	Hanteringstrategieë van die kinders (primêre doelstelling 2)	88
6.3.1	Hanteringstruktuur (self-rapportering)	88
6.3.2	Versorger-persepsie hanteringstrategieë	91
6.3.3	Verrykende bevinding	93

6.3.4	Samevatting (primêre doelstelling 2)	94
6.4	Leerervarings van die kinders (primêre doelstelling 3)	94
6.4.1	Leerervarings van die kinders	94
6.4.2	Samevatting (primêre doelstelling 3)	95
6.5	Persoonlike vrese van die versorgers (sekondêre doelstelling 1)	95
6.5.1	Volwassenheid	96
6.5.1.1	Kindwelstand	97
6.5.1.2	Selfwelstand	97
6.5.1.3	Ontsluiting	98
6.5.1.4	Eggenootwelstand	98
6.5.2	Suid-Afrikaanse MIV/Vigs-konteks	98
6.5.2.1	Materiële bronne	99
6.5.2.2	Misdaad	100
6.5.3	Diere	100
6.5.4	Samevatting (sekondêre doelstelling 1)	100
6.6	Persoonlike hanteringstrategieë van die versorgers (sekondêre doelstelling 2)	100
6.6.1	Primêre kontrole meganismes	101
6.6.1.1	Voorkomende optrede	101
6.6.1.2	Vermydende optrede	102
6.6.1.3	Ontsluiting	103
6.6.2	Sekondêre kontrole meganismes	103
6.6.2.1	Soek ondersteuning	103
6.6.2.2	Kognitiewe strategieë	104
6.6.2.3	Afsondering	104
6.6.3	Hopelose kontrole meganismes	105
6.6.4	Samevatting (sekondêre doelstelling 2)	105
6.7	Hoofstuksamevatting	105
HOOFSTUK 7: BESPREKING		106
7.1	Voorstelling van die deelnemers	106
7.1.1	Voorstelling van die kinders	106
7.1.2	Voorstelling van die versorgers	107
7.1.3	Sosiaal-huishoudelike omgewing van die deelnemers	108
7.2	Vrese van die kinders (primêre doelstelling 1)	108
7.2.1	Vreesstruktuur (self-rapportering)	109
7.2.2	Onderliggende vreesstemas	111
7.2.3	Gevolgtrekking (primêre doelstelling 1)	113
7.2.4	Versorger-persepsie vrese	114

7.3	Hanteringstrategieë van die kinders (primêre doelstelling 2)	116
7.3.1	Hanteringstruktuur (self-rapportering)	116
7.3.2	Gevolgtrekking (primêre doelstelling 2)	119
7.3.3	Versorger-persepsie hanteringstrategieë	119
7.4	Leerervarings van die kinders (primêre doelstelling 3)	120
7.4.1	Leerervarings van die kinders	120
7.4.2	Gevolgtrekking (primêre doelstelling 3)	124
7.5	Samevatting (primêre doelstellings)	124
7.6	Persoonlike vrese van die versorgers (sekondêre doelstelling 1)	124
7.6.1	Volwassenheid	124
7.6.2	Suid-Afrikaanse MIV/Vigs-konteks	127
7.6.3	Diere	127
7.7	Persoonlike hanteringstrategieë van die versorgers (sekondêre doelstelling 2)	128
7.7.1	Primêre kontrole meganismes	128
7.7.2	Sekondêre kontrole meganismes	130
7.7.3	Hopelose kontrole meganismes	132
7.8	Samevatting (sekondêre doelstellings)	132
7.9	Teoretiese integrasie	133
7.10	Hoofstuksamevatting	135

HOOFSTUK 8: KRITIESE EVALUERING, IMPLIKASIES EN SLOTWOORD **136**

8.1	Kritiese evaluering	136
8.1.1	Beperkings van die studie	136
8.1.2	Aspekte van waarde	137
8.2	Implikasies vir die studiekonteks	137
8.3	Slotwoord	139

VERWYSINGS **140**

BYLAE A	KINDERS SE HANTERINGSTRATEGIE KODERINGSRAAMWERK	151
BYLAE B	DEELNEMERINLICHTING- EN TOESTEMMINGSVORM	152
BYLAE C	KIND GERAPPORTEERDE DATA	155
BYLAE D	KINDERONDERHOUD	157
BYLAE E	DEMOGRAFIESE VRAELYS	158
BYLAE F	VERSORGERONDERHOUD	161
BYLAE G	SOSIO-EKONOMIESE KLASSIFIKASIE-INDEKS	162
BYLAE H	VERSORGER GERAPPORTEERDE DATA	163

LYS VAN TABELLE

		BLADSY
TABEL 1	Vreesstrukture van Internasionale en Plaaslike Teikengroepe, Geïdentifiseer deur Vrye Opsie Metode (VOM) en Vrees Lys Metode (VLM)-studies	23
TABEL 2	Vreesstrukture van Internasionale en Plaaslike Teikengroepe, Geïdentifiseer deur Vrees Opname Skedule (VOS) studies	24
TABEL 3	Persoonlike Eienskappe van die MIV/Vigs-geaffekteerde Kinders en hul Versorgers	78
TABEL 4	Sosiaal-Huishoudelike Omgewing van die MIV/Vigs-geaffekteerde Kinders en hul Versorgers	80
TABEL 5	Vreesstruktuur van die MIV/Vigs-geaffekteerde Kinders (self-rapportering)	82
TABEL 6	Primêre Vrese van die MIV/Vigs-geaffekteerde Kinders (self-rapportering)	83
TABEL 7	Onderliggende Temas in die MIV/Vigs-geaffekteerde Kinders se Vreesstruktuur	84
TABEL 8	Vreesstruktuur van die MIV/Vigs-geaffekteerde Kinders (versorger-persepsie)	85
TABEL 9	Vergelyking van die Versorger-persepsie en Self-gerapporteerde Vreesstrukture en Spesifieke Vrese van die MIV/Vigs-geaffekteerde Kinders	86
TABEL 10	Hanteringstruktuur van die MIV/Vigs-geaffekteerde Kinders (self-rapportering)	89
TABEL 11	Breë Dimensies in die MIV/Vigs-geaffekteerde Kinders se Hanteringstruktuur (self-rapportering)	90
TABEL 12	Hanteringstruktuur van die MIV/Vigs-geaffekteerde Kinders (versorger-persepsie)	91
TABEL 13	Vergelyking van die Versorger-persepsie en Self-gerapporteerde Hanteringstrukture en Spesifieke Hanteringstrategieë van die MIV/Vigs-geaffekteerde Kinders	92
TABEL 14	Leerervarings van die MIV/Vigs-geaffekteerde Kinders in Verhouding tot hul Primêre Vrese	94
TABEL 15	Persoonlike Vrese van die MIV/Vigs-geaffekteerde Versorgers	96
TABEL 16	Persoonlike Hanteringstrategieë van die MIV/Vigs-geaffekteerde Versorgers	101

HOOFSTUK 1

INLEIDING

Hierdie tesis is die uitkoms van 'n eksploratiewe studie oor die vrese en hanteringstrategieë van MIV/Vigs-geaffekteerde kinders en hul versorgers. Dit was 'n geselekteerde teikengroep middel-kinderjarige kinders en hul volwasse versorgers in aanraking met die Openbare Gesondheidstelsel van die Wes-Kaap provinsie, Suid-Afrika. In die inleidende hoofstuk word 'n kort agtergrond gegee vir die studie, die doelwitte gestel, en die relevansie van die ondersoek gemotiveer. Die hoofstuk word afgesluit met 'n oorsig van die inligting wat in die onderskeie hoofstukke van die dokument weergegee is.

1.1 Agtergrond vir die studie

Vrees is deel van menswees. Veral gedurende die middel-kinderjare, wanneer die grense van die ouerhuis verlaat word en die skool en vriendskappe gereeld nuwe uitdagings stel, kan baie dinge vrese veroorsaak (Louw, Van Ede, Ferns, Schoeman & Wait, 2001). Met die nodige ondersteuning, en as gevolg van hanteringstrategieë wat verwerf word deur normale ontwikkeling (Fields & Prinz, 1997), is kinders oor die algemeen egter in staat om hul vrese te hanteer. Hierdeur behoort die kinderjare vir die meeste kinders 'n relatief sorgelose lewenstadium te wees van hoop en belofte (Robinson, Rotter, Fey, & Kenneth, 1994). Verder verdwyn meeste kinders se vrese spontaan oor tyd. Omdat die inhoud daarvan ook 'n ontwikkelingspatroon volg, word dit deur kindersielkundige navorsers beskou as 'n normatiewe aspek van die grootwordproses (Field, Argyris & Knowles, 2001; Gullone, 1999; 2000; King, Gullone & Ollendick, 1998).

Daar is egter kinders wat as gevolg van spesiale omstandighede besondere vrese ervaar. Hierdie vrese vereis dikwels omstandigheidspesifieke hanteringstrategieë. In die literatuur is sodanige teikengroepe bekend as *spesiale populasies*. Voorbeelde sluit in kinders met kroniese siektes en kinderhuiskinders (Burkhardt, 2003; King, Gullone & Ollendick, 1990). In Suid-Afrika is daar 'n groep kinders met spesiale omstandighede oor wie se vrese en hanteringstrategieë min bekend is. Dit is die land se MIV/Vigs-geaffekteerde kinders (Ebersöhn & Eloff, 2002). Die meeste is nie persoonlik geïnfecteer nie, maar word versorg in huishoudings waar gesinslede siek is en verskeie moontlik reeds gesterf het. MIV/Vigs en die dood (Burkhardt, 2007; Gullone & King, 1997), maar ook inspuittings, bloed en ander siektesimbole waarmee die kinders in aanraking kom, is algemene stimuli wat deur kinders gevrees word (Andiman, 1995; Mahat, Scoloveno & Canella, 2004). Daar kan dus veronderstel word dat MIV/Vigs-geaffekteerde kinders 'n spesiale populasie mag wees met betrekking tot hul vrese en hanteringstrategieë.

Alhoewel die meeste MIV/Vigs-geaffekteerde kinders ongeïnfecteer is, is daar ook dié wat persoonlik met MIV/Vigs leef. Hierdie kinders het die bykomende uitdaging om op te groei met 'n kroniese siekte (Giese, 2002; Witte & De Ridder, 1999). Sodanige uitdagings behels hospitalisasie, skoolafwesigheid weens ongesteldheid en die navolging van streng medisinale voorskrifte (Bachanas et al., 2001; Nadeane McCaffrey, 2006). MIV/Vigs-geaffekteerde kinders wat self MIV-positief is, mag dus veral kwesbaar wees om as gevolg van hul spesiale omstandighede besondere vrese te ervaar.

Vir lank is aangeneem dat werklike vreeswekkende ervarings die leerkanal is waardeur vrese ontstaan. 'n Toenemende bewustheid het egter ontstaan dat sodanige kondisioneringservarings nie alle vrese kan verduidelik nie. Nie alle mense ontwikkel byvoorbeeld vrese na angswekkende ervarings soos lugaanvalle nie (Rachman, 2002). Rachman (1977; 1998) het twee bykomende leerkanale voorgestel wat 'n rol mag hê in die ervaring van vrees, naamlik die waarneming van ander se vreesreaksies (*modelleringservarings*) en die oordrag van negatiewe inligting, byvoorbeeld deur die televisie (*inligtingsevarings*). Hierdie twee leerkanale is saam met *kondisioneringservarings* in die literatuur bekend as *Rachman se drie weë* en die rol daarvan in kinders se vrese word deur plaaslike en internasionale navorsing ondersteun (Muris, Du Plessis & Loxton, in pers; Muris, Merckelbach & Collaris, 1997). Kinders se leefwêreld kan beter leer ken word deur hul vrese te ondersoek in verhouding tot Rachman se drie weë. In die geval van spesiale populasies, kan dit insig gee oor die spesiale aard van hul omstandighede.

Suid-Afrika is een van die lande met die hoogste voorkomssyfers van MIV/Vigs in die wêreld (President's Emergency Plan for AIDS Relief [PEPFAR], 2007). Teen die einde van 2005 het ongeveer 5.5 miljoen (11.0%) van Suid-Afrika se 48 miljoen inwoners met MIV/Vigs geleef, insluitend 240 000 kinders onder 15-jaar. Die vooruitskatting is dat dié syfer sal styg tot meer as 6 miljoen teen 2015 (Departement Gesondheid, 2007; Noble, 2008). Na beraming sal daar teen 2011 minstens een MIV-positiewe gesinslid ingesluit wees by meer as die helfte (55.0%) van Suid-Afrika se huishoudings, wat saamgestel is uit kinders en produktiewe ouderdom volwassenes (Haarmann, 2000). Alhoewel statistiek toon dat die voorkoms van MIV/Vigs in die Wes-Kaap laer is as in die ander landsprovinsies, het verskeie lae sosio-ekonomiese gesondheidsdistrikte in dié provinsie voorkomssyfers hoog bo die nasionale gemiddeld. Dit veronderstel dat 'n oneweredige deel van die land se MIV/Vigs-geaffekteerde kinders in die Wes-Kaap woonagtig is en in die toekoms gaan wees, hoofsaaklik in die arm landelike en stedelike informele nedersettings (Departement Gesondheid, 2007).

MIV/Vigs het 'n verreikende impak op persone wat met MIV/Vigs leef en hul naasbestaendes. Om hierdie impak te verlig, het die Suid-Afrikaanse regering MIV/Vigs-dienspunte by Openbare Gesondheidsfasiliteite opgerig, waar gratis anti-retrovirale behandeling (ARB) ontvang, asook aansoek gedoen kan word vir psigo-sosiale ondersteuning en voedingshulp (Government Communication and Information System [GCIS], 2003). Die lewering van hierdie dienste, is een van die strategieë wat uiteengesit is in die Nasionale Strategiese Plan (NSP), die beleidsdokument waarvolgens Suid-Afrika se multi-sektorale reaksie op die vigs-epidemie gerig word (Departement Gesondheid, 2007). 'n Tekort aan menslike hulpbronne is egter 'n groot probleem by hierdie dienste. Veral in informele nedersettings, waar gekwalifiseerde gesondheidspersoneel minder bereidwillig is om te werk. Weens tydsdruk moet op mediese behandeling gefokus word (Departement Gesondheid, 2007; PEPFAR, 2007), en gevolglik is dikwels min bekend oor die MIV-positiewe pasiënte wat die dienste besoek. Personeel by die MIV/Vigs-dienspunte het egter 'n behoefte aan meer inligting. Nie slegs oor hul pasiënte nie, maar ook oor die ongeïnfekteerde kinders en versorgers wat hul MIV-positiewe naasbestaendes vergesel tydens kliniekbesoeke en sodoende indirek in aanraking kom met die Openbare Gesondheidstelsel (N. Grobbelaar, persoonlike kommunikasie, 26 April, 2006; T. Engel, persoonlike kommunikasie, 22 Maart, 2006).

Alhoewel die ervaring van vrees kenmerkend is aan die kinderjare, bly vrees oor die totale lewensloop 'n algemene emosie (Botha, Van Ede, Louw, Louw & Ferns, 2001). Versorgerskap is 'n taak wat dikwels vir volwassenes met vrese gepaard gaan (Blakely, 1994). Oor die algemeen is versorgers wat kleintyd bemagtig is met die nodige hanteringsvaardighede, en

hul ouerskapstaak uitvoer binne 'n ondersteunende omgewing, egter in staat om hul vrese te hanteer. Die versorgers van MIV/Vigs-geaffekteerde kinders word gekonfronteer met die fisiese en emosionele uitdagings verbonde aan die versorging van 'n gesinslid met 'n kroniese siekte (Freeman, 2004). Die impak daarvan is soveel groter vir dié wat persoonlik met MIV/Vigs leef en dikwels komplekse gevoelens van alleenheid, skuld en verwardheid ervaar saam met 'n progressiewe afname in hul persoonlike gesondheid (Ruiz in Domek, 2006). Teen dié agtergrond sal verwag kan word dat MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers ook besondere vrese mag ervaar wat konteks-spesifieke hanteringstrategieë vereis.

In die Wes-Kaap is daar dus 'n groot aantal MIV/Vigs-geaffekteerde kinders en versorgers, wat moontlik as gevolg van hul omstandighede besondere vrese ervaar wat omstandigheidspesifieke hanteringstrategieë vereis. Hierdie teikenpopulasie is toenemend in kontak met die Openbare Gesondheidstelsel vir persoonlike MIV/Vigs-behandeling, of kom daarmee in aanraking wanneer naasbestaendes vergesel word tydens kliniekbesoeke. Mediese personeel en beraders het 'n behoefte om meer oor hierdie kinders en versorgers te leer.

1.2 Doelstellings van die studie

Teen die voorafgaande agtergrond is daar drie *primêre* doelstellings en twee *sekondêre* sub-doelstellings gestel vir die studie.

Die **primêre doelstellings** was om:

1. Teen die agtergrond van bestaande literatuur, te oorweeg of 'n geselekteerde teikengroep middel-kinderjarige MIV/Vigs-geaffekteerde kinders in aanraking met die Wes-Kaapse Openbare Gesondheidstelsel, 'n *spesiale populasie* was met betrekking tot hul vrese (primêre doelstelling 1).
2. Teen die agtergrond van bestaande literatuur, te oorweeg of hierdie kinders 'n *spesiale populasie* was met betrekking tot hul *hanteringstrategieë* (primêre doelstelling 2).
3. Die *leefwêreld* van hierdie kinders te leer ken deur hul *leerervarings* (primêre doelstelling 3).

Daar is voorgestel dat kinders se selfrapporteringsverslae én versorgers se persepsies ingewin moet word in studies aangaande kinders se vrese en hanteringstrategieë, aangesien versorgers belangrike addisionele inligting kan verskaf (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen & Wadsworth, 2001; Muris, Merckelbach, Ollendick, King & Bogie, 2001). Daarom het die kinders én hul versorgers in hierdie studie verslag gedoen oor die kinders se vrese en hanteringstrategieë.

Die **sekondêre doelstellings** was om:

1. Die versorgers van die geselekteerde teikengroep MIV/Vigs-geaffekteerde kinders se *persoonlike vrese* te eksploreer (sekondêre doelstelling 1).
2. Die versorgers van hierdie kinders se *persoonlike hanteringstrategieë* te eksploreer (sekondêre doelstelling 2).

1.3 Motivering vir die studie

Hierdie studie is 'n direkte reaksie op die Raad vir Geesteswetenskaplike Navorsing (RGN) en vorige navorsers se aanbevelings vir toekomstige navorsing (Domek, 2006; Ebersöhn & Eloff, 2002; Freeman, 2003; Mayers, Naples & Nilsen, 2005; Wild, 2001). Die studie het dus *wetenskaplike* waarde en is 'n belangrike toevoeging tot die beperkte hoeveelheid sielkundige literatuur oor MIV/Vigs-geaffekteerde kinders en versorgers in ontwikkelende lande soos Suid-Afrika (Wild, 2001). Navorsing wat onderneem is in hoër sosio-ekonomiese, ontwikkelde nasies is nie altyd kultuursensitief en prakties toepasbaar vir lae sosio-ekonomiese, ontwikkelende lande in Afrika nie (Domek, 2006).

Daar is sover vasgestel kon word nie voorheen 'n ekwivalente ondersoek in Suid-Afrika onderneem nie. As eksploratiewe studie het hierdie ondersoek waarde vir Suid-Afrikaanse navorsers. Eerstens omdat konteks-spesifieke *navorsingsvrae* geïdentifiseer kan word teen die agtergrond van die studie, en tweedens omdat die ondersoek gebruik kan word as basis vir die *beplanning* van toekomstige plaaslike studies.

Kinders is tradisioneel uitgesluit by navorsing wat hul belange aangaan, ten spyte van hul bekwaamheid om betekenisvolle inligting te verskaf oor hul behoeftes en hoe om daarop te reageer (Loxton, 2004; Sartain, Clarke & Heyman, 2000; Schenk & Williamson, 2005). Deur 'n geleentheid te skep vir die kinders om self te rapporteer oor hul vrese en hanteringstrategieë, voldoen hierdie studie aan sosiale navorsing se basiese etiese beginsel van respek (Schenk & Williamson, 2005).

Die huidige ondersoek het ook *sosiale* waarde. Deur gehoor te gee aan die stemme van die land se MIV/Vigs-geaffekteerde kinders en hul versorgers, ondersteun hierdie studie die NSP se doelwit om spesiale aandag te gee aan die behoeftes van Suid-Afrika se vroue en kinders wat deur MIV/Vigs geraak word (Departement Gesondheid, 2007). Gevolglik kan hierdie studie beskou word as 'n bydrae van die sielkundeveld tot die nasie se multi-sektorale reaksie op die vigs-epidemie.

Studies oor middel-kinderjariges se vrese is sosiaal relevant, aangesien dit die lewenstadium is wat geassosieer word met die ontstaan van klinies beduidende vrese (Mash & Wolfe, 2005). Ongewone en oormatige kindervrese kan onder meer skoolprestasie benadeel en sodoende optimale ontwikkeling strem (Bacha, Pomeroy & Gilbert, 1999). Dit is belangrik dat middel-kinderjarige ontwikkelingsmylpale bereik moet word, aangesien dit die basis vorm vir opkomende adolessente en volwasse ontwikkeling (Louw, Van Ede et al., 2001). Vir sover die bevindings van hierdie studie gebruik kan word om die psigo-sosiale ontwikkeling van Suid-Afrika se jeug te bevorder, maak dit dus 'n bydrae tot die opkomende generasie van die land. Die belang van die jeug se welsyn vir die toekoms van die land is beklemtoon deur Nelson Mandela, Nobelpryswenner vir vrede en die eerste demokratiese staatspresident van Suid-Afrika (Mandela, 1993).

Die studiedoelwitte sluit aan by mediese personeel se behoefte om te leer oor die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders en versorgers met wie daar daagliks in aanraking gekom word. Kennis oor die ontvangers van dienste is nodig vir effektiewe sorg, aangesien dit die vorming van vertrouensverhoudings bevorder (Brookins, 1993; Sartain et al., 2000; Taylor, 2006). Disseminasie van die bevindings aan dokters en beraders sal dus *toegepaste* waarde verleen aan die studie. Daar is 'n behoefte dat die bevindings van MIV/Vigs-navorsing onder belanghebbendes buite die wetenskap soos nie-

regeringsorganisasies versprei moet word, maar die ervaring is dat 'n groot hoeveelheid MIV/Vigs-navorsing nie vrylik toeganklik is nie (N. Huni, persoonlike kommunikasie, 13 September, 2007).

Deur (1) op aanbevelings vir toekomstige navorsing te reageer, (2) by te dra tot Suid-Afrika se multi-sektorale reaksie op die behoeftes van twee van die kwesbaarste sub-populasies wat deur die vigs-epidemie geaffekteer word, en (3) antwoorde te bied op vrae van mediese personeel wat daagliks met MIV/Vigs-geaffekteerde kinders en versorgers in aanraking is, word hierdie studie dus gekenmerk deur *wetenskaplike, sosiale en toegepaste* waarde.

1.4 Hoofstukindeling van die tesis

Ter afsluiting van hierdie inleidende hoofstuk word vervolgens 'n samevatting gegee van die inligting wat in die onderskeie hoofstukke van die dokument weergegee word. In die voorafgaande inleiding (**Hoofstuk 1**) is die agtergrond van die studie weergegee. Die doelwitte is gestel en die waarde van die studie is gemotiveer. **Hoofstuk 2** is saamgestel uit konseptuele definisies asook omskrywings van belangrike begrippe. 'n Oorsig van die Suid-Afrikaanse MIV/Vigs-geaffekteerde kind en versorger se leefwêreld, as konteks van hul vrese en hanteringstrategieë, is ook by die tweede hoofstuk ingesluit. Bykomend is enkele operasionele definisies in Hoofstuk 2 vervat, as agtergrondsinsligting vir die literatuuoroorsig en teoretiese raamwerk wat volg in **Hoofstuk 3** en **Hoofstuk 4** onderskeidelik. Die operasionalisering van al die konsepte word volledig bespreek in **Hoofstuk 5** met die metodologie van die studie. In **Hoofstuk 6** is die bevindings weergegee en in **Hoofstuk 7** bespreek. **Hoofstuk 8** is die slothoofstuk van die tesis, waar die studie krities geëvalueer word en enkele implikasies van die bevindings vir die studiekonteks bespreek word, voordat die tesis met 'n finale woord afgesluit word.

HOOFSTUK 2

DEFINISIES, BEGRIPPE EN KONTEKSTUELE OORSIG

In hierdie hoofstuk word die studiekonteks en die teikenpopulasie omskryf. Bykomend word die sentrale konsepte wat ondersoek is konseptueel gedefinieer. Enkele operasionele definisies is by die hoofstuk ingesluit, as agtergrond vir die literatuuroorsig (Hoofstuk 3) en teoretiese raamwerk (Hoofstuk 4) wat volg. Vir dieselfde rede is (1) die algemeenste dataversamelingsmetodes wat gebruik word om kinders se vrese en hanteringstrategieë te ondersoek, (2) twee bestaande koderingsraamwerke wat vir ontleding van die kinders se data gebruik is, en (3) enkele bykomende begrippe beskryf. Laastens word die Suid-Afrikaanse MIV/Vigs-geaffekteerde kind en versorger gekontekstualiseer, deur 'n oorsig te gee van die tipiese leefwêreld van hierdie deel van die land se bevolking.

2.1 MIV/Vigs-dienspunt: Die studiekonteks

In die konteks van die Suid-Afrikaanse Openbare Gesondheidstelsel, verwys 'n *MIV/Vigs-dienspunt* na 'n verskeidenheid gesondheidsdienste wat aan MIV-positiewe persone gelewer word vanuit 'n bepaalde opvanggebied se Openbare Gesondheidskliniek. Die fokus is om die progressie van MIV-infeksie na vigs te vertraag deur vroegtydige diagnose, periodieke mediese ondersoeke, behandeling van opportunistiese infeksies en gratis ARB te verskaf aan MIV-positiewe persone wat 'n sekere vlak van immuniteitsgebrek bereik het (GCIS, 2003). Alhoewel die meeste pasiënte volwassenes is, is daar ook 'n toenemende aantal pediatriese pasiënte in aanraking met die MIV/Vigs-dienspunte, as gevolg van ARB wat tot gevolg het dat meer geïnfekteerde kinders hul babajare oorleef (Departement Gesondheid, 2007; Domek, 2006). 'n MIV/Vigs-dienspunt in 'n lae sosio-ekonomiese, hoë geweldsmisdaad gebied van die Wes-Kaap provinsie, Suid-Afrika, was die primêre area vir data-insameling, met ander woorde, die *studiekonteks* vir die huidige ondersoek.

In die *studiekonteks* was daar 'n beradingsdiens vir die MIV-positiewe pasiënte wat die kliniek besoek het. Dit is gelewer deur gemeenskapsberaders in tydelike geboue op die omheinde perseel van die kliniek. Binne die konteks het berading hoofsaaklik verwys na vasstelling van pasiënte se getrouheid aan mediese voorskrifte, deur die hoeveelheid medisyne wat teruggebring is na 'n vorige besoek as indikasie te gebruik. Dit is belangrik dat ARB stiptelik geneem word, aangesien een dosis wat oorstaan die sukses van behandeling onomkeerbaar kan benadeel (Taylor, 2006). Pasiënte wat nie konsekwent medikasie geneem het nie, is verwys vir groepsessies wat aangebied is op sekere dae van die week. Tydens hierdie sessies kon pasiënte hul gevoelens met ander MIV-positiewe persone deel en is algemene inligting verskaf oor MIV/Vigs en gesonde lewenstyl. In aansluiting by omstrede uitsprake van die diensdoende gesondheidsminister oor die voordele van beet, suurlemoen en knoffel vir die behandeling van MIV/Vigs (Blandy, 2006; Visser, Labadarios & Labuschagne, 2004), is sterk gefokus op die promovering van gesonde eetgewoontes. Daar is ook begin om spesiale programme aan te bied vir die pediatriese pasiënte en ongeïnfekteerde kinders, wat deur hul MIV-positiewe sibbe en versorgers in aanraking gekom het met die kliniek (Dr. Engel, persoonlike kommunikasie, 22 Maart, 2006).

2.2 Middel-kinderjarige MIV/Vigs-geaffekteerde kind

In die meeste navorsing verwys MIV/Vigs-geaffekteerde kinders na die ongeïnfekteerde kinders van MIV-positiewe ouers. Die ouderdomsgrense van vorige teikengroepe het gevarieer en jeug tot en met 21-jaar is soms ingesluit (Wild, 2001). Baie MIV/Vigs-geaffekteerde kinders het een of beide ouers deur die dood verloor (Departement Gesondheid, 2007). Gevolglik is die term *vigsweeskinders* ook voorheen gebruik vir kinders wat in die huidige studie gedefinieer is as MIV/Vigs-geaffekteerde kinders, ondanks daarvan dat sommige deelnemers se ouers nog geleef het (Wild, 2001).

In hierdie studie was *MIV/Vigs-geaffekteerde kinders* middel-kinderjarige kinders (1) met 'n persoonlike MIV-positiewe diagnose óf (2) sonder 'n persoonlike MIV-positiewe diagnose met minstens een MIV-positiewe naasbestaande. Van die kinders het bykomend een of beide hul biologiese ouers aan vigs verloor.

Die *middel-kinderjare* is die tydperk van 'n mens se lewe wat strek van ongeveer 6- tot 13-jaar. Alhoewel liggaamlike ontwikkeling stadiger is as gedurende vorige lewenstadia, vind belangrike kognitiewe, sosiale, emosionele en selfkonsepointwikkeling plaas. Dit is grotendeels weens 'n kombinasie van stimulerende ervarings en sosialiseringseleenthede wat ontstaan, wanneer formele skoolopleiding vir die meeste kinders 'n aanvang neem aan die begin van dié periode. Soos gedurende vorige lewenstadia, het die huislike omgewing steeds 'n deurslaggewende invloed op middel-kinderjariges se ontwikkeling (Louw, Van Ede et al., 2001; Newman & Newman, 1995). Daar is dus kontak met 'n verskeidenheid omgewings wat elk die potensiaal het om dié ouderdomsgroep se ervarings te beïnvloed. Soos in die inleiding genoem, word MIV/Vigs-geaffekteerde kinders en in besonder die kinders wat persoonlik geïnfekteer is, blootgestel aan omgewings en stimuli waarmee hul ongeaffekteerde portuurs geen of selde kontak het (Andiman, 1995). Dit mag weerspieël word in hul vrese en hanteringstrategieë.

2.3 Volwasse MIV/Vigs-geaffekteerde versorger

In die MIV/Vigs-konteks kan 'n versorger nie eenvoudig gedefinieer word as 'n biologiese moeder nie. Alhoewel MIV/Vigs-geaffekteerde kinders dikwels versorg word deur hul moeders, gewoonlik eenlopende MIV-positiewe vroue (Giese, 2002; Mayers et al., 2005), is daar ook mans wat dié tradisioneel vroulike rol aanneem in MIV/Vigs-geaffekteerde huishoudings (Montgomery, Hosegood, Busza & Timaues, 2006). Verder veroorsaak ouerlike sterfte 'n groot behoefte aan alternatiewe versorgers vir MIV/Vigs-geaffekteerde kinders, sodat baie onder die toesig is van familie- en gemeenskapslede. 'n Substansiële aantal is ook in statutêre residensiële sorg, alhoewel die regering poog om dié versorgingsopsie uit te faseer (Giese, 2002). Ongelukkig is daar MIV/Vigs-geaffekteerde kinders wat geen volwasse toesig het nie en straatkinders word, of deur minderjarige sibbe versorg word (Departement Gesondheid, 2007).

In hierdie studie was die onderskeibare eienskappe van 'n *MIV/Vigs-geaffekteerde versorger* (1) volwassenheid én (2) 'n intense betrokkenheid by die lewe van 'n MIV/Vigs-geaffekteerde kind deur emosionele betrokkenheid en/of fisiese versorging. Kinderjarige versorgers is nie ingesluit by die huidige definisie van 'n MIV/Vigs-geaffekteerde versorger nie. Versorgers ouer as 18-jaar is as volwasse beskou. Die teikengroep is nie gekarakteriseer deur 'n spesifieke MIV-status, geslag, of ouerlike verwantskap aan hul MIV/Vigs-geaffekteerde kinders nie en was dus 'n heterogene groep met betrekking

tot dié demografiese eienskappe. In hierdie tesis word na biologiese vaders en moeders en stiefouers verwys as *ouers* (*biologiese/stief* ouers waar nodig vir duidelikheid), na versorgers met ‘n alternatiewe bloedverwantskap aan kinders as *familiale versorgers*, en na vaders en moeders sonder ‘n biologiese band met hul kinders as *pleegouers*. Na familiale versorgers en pleegouers word gesamentlik verwys as *alternatiewe versorgers*.

Vasstelling van ‘n kronologiese ouderdomsgrens om die begin van *volwassenheid* te definieer is moeilik, aangesien daar nie soos gedurende die kinderjare duidelike fisieke tekens of kognitiewe eienskappe is wat die begin van dié lewensperiode aandui nie. Die aanvang en verdere volwasse ontwikkeling word eerder gekenmerk deur die bereiking van sosiale mylpale soos die vorming van intieme verhoudings en ouerskap. ‘n Pertinente eienskap van die volwasse jare is om minder op die self en meer op ander te fokus (Gerdes, Louw, Van Ede & Louw, 2001; Meyer, 2005). Dié neiging kan tot gevolg hê dat die MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers se vrese nie slegs persoonlike bedreigings sal weerspieël nie, maar ook aspekte wat hul naasbestaendes se welsyn in gevaar stel. Soortgelyk mag hul emosionele betrokkenheid by ander hul keuse van hanteringsstrategieë beïnvloed, mits daar hanteringsopsies is.

Verdeling van die menslike lewensloop in verskillende stadia soos die middel-kinderjare en volwassenheid het ‘n teoretiese grondslag en word weer bespreek in Hoofstuk 4.

2.4 Vrees

Vrees is een van die mens se algemeenste emosies (Derevensky, 1979). ‘n Emosie is volgens die *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - vierde uitgawe - text revision* (DSM-IV-TR) ‘n komplekse gevoelstaat wat psigiese, somatiese en gedragskomponente insluit (American Psychiatric Association [APA], 2000; Sadock & Sadock, 2003). Daar is verskillende definisies vir die emosie vrees (Loxton, 2004), maar oor die algemeen word dié term gebruik om te verwys na ‘n realistiese reaksie op bedreigings of gevaar (Ferrari, 1986). In hierdie studie is *vrees* gekonseptualiseer as ‘n normatiewe emosionele reaksie op spesifieke voorwerpe, persone, situasies en kondisies, wat werklike of waargenome bedreiging of gevaar inhou (Botha et al., 2001; Burkhardt, 2007; Sadock & Sadock, 2003). Die ervaring van vrees word gekenmerk deur ontvlugtingsdrange en simpatiese senuopwekking soos versnelde harttempo (Mash & Wolfe, 2005).

Vrees is nou verwant aan die konsepte *angs*, *bekommernis* en *fobie*. *Angs* is ‘n omslagtige, onaangename, vae gevoel van besorgdheid wat gepaard gaan met fisieke (bv. hoofpyn); kognitiewe (bv. aandagafleibaarheid) en gedragsaspekte soos vermyding (APA, 2000; Erikson, 1963; Mash & Wolfe, 2005; Sadock & Sadock, 2003). Aangesien vrees en *angs* nou verwant is, onderskei sommige vakkundiges nie tussen die twee emosies nie (Burkhardt, 2007; Botha et al., 2001; Du Plessis, 2006). Ander gaan van die standpunt uit dat dit verskillende emosies is (Loxton, 2004; Mash & Wolfe, 2005; Sadock & Sadock, 2003). Die bekende teoretikus Erikson (1963), het tussen vrees en *angs* onderskei, maar beklemtoon dat dit veral gedurende die kinderjare moeilik is, of selfs onmoontlik om die onderskeid te tref. Na diepgaande oorweging van verskeie definisies, is *angs* vir die huidige studie beskou as ‘n oorkoepelende konsep, wat onder meer vrees insluit. Die *DSM-IV-TR* sluit die term *angs* byvoorbeeld in by die definisie van vrees (APA, 2000). Vir die huidige studie is vrees dus ‘n wyse waarop *angs* manifesteer, met die uitstaande kenmerk dat die bron identifiseerbaar is (Loxton, 2004).

Die tweede konsep *bekommernis* verwys na antisiperende denke oor scenarios wat bedreigend kan wees, of aanleiding kan gee tot skadelike uitkomst (Vasey & Daleiden, 1996). Soos met die konsep *angs*, is sommige navorsers van mening dat *bekommernis* van vrees onderskei moet word, met *bekommernis* wat 'n toekoms-geörienteerde en vrees wat 'n hede-geörienteerde emosie is (Mash & Wolfe, 2005; Muris, Merckelbach, Gadet & Moulaert, 2000; Vasey & Daleiden, 1996). Hierdie uitgangspunt word deur die huidige navorsers gehuldig en met betrekking tot die kinders, is tussen vrees en *bekommernis* onderskei. Sommige versorgers het egter met *bekommernisse* gereageer as daar na hul vrese uitgevra is. Aangaande die versorgers is die terme vrees en *bekommernis* dus verwissellend gebruik. Die uitkoms van die studie is nie hierdeur beïnvloed nie. Om vir die versorgers tussen dié konsepte te onderskei, sou die ondersoek onnodig gekompliseer het.

Die derde konsep *fobie* verwys na 'n irrasionele vrees wat bewustelike vermyding van 'n gevreesde voorwerp, aktiwiteit of situasie tot gevolg het (Sadock & Sadock, 2003). Dit is dus 'n tipe vrees wat buite verhouding is tot die bedreiging en 'n persoon se funksionering kan benadeel (Robinson et al., 1994; Sadock & Sadock, 2003). Daar is spesifieke *DSM-IV-TR* kriteria vir die diagnose van 'n klinies beduidende fobie (APA, 2000). Laasgenoemde moet onder meer oorweeg word, indien 'n spesifieke vrees van so 'n aard en intensiteit is dat 'n persoon se daaglikse roetine versteur word daardeur (APA, 2000; Muris, Merckelbach, De Jong & Ollendick, 2002; Sadock & Sadock, 2003). Die konsep *fobie* is nie van toepassing op hierdie studie nie.

2.5 Hanteringstrategieë

Vorige navorsers het hoofsaaklik Lazarus en Folkman (1984) se definisie gebruik om hantering te omskryf (Compas et al., 2001; Ryan-Wenger, 1996). In navolging van dié gebruik, is *hanteringstrategieë* vir die huidige studie gekonseptualiseer as *kognitiewe* en *gedragsaanpassings* wat deurlopend gemaak word om *eksterne* en *interne* eise te hanteer, wat deur 'n persoon beoordeel word as veeleisend of onhanteerbaar (Lazarus & Folkman, 1984, p.141). Vir die huidige doeleindes is die afwesigheid van hanteringspogings ook geklassifiseer as 'n hanteringstrategie (Band & Weisz, 1988; sien afdeling 2.8.2), in teenstelling met Lazarus en Folkman (1984) se konseptualisering waarvolgens hanteringstrategieë uitsluitlik doelgerig is. In verhouding tot vrees is 'n hanteringstrategie dus 'n verstandelike aktiwiteit of daadwerklike gedrag, ten einde die bron van vrees te beïnvloed, optimaal aan te pas, of die onaangename gevoelens te reguleer wat deur vrees veroorsaak word. Dit is ook 'n versuim om iets te probeer doen aan die bron of gevoel van vrees. *Hanteringstrategieë* verander oor tyd en situasie om te voldoen aan die unieke eise van 'n gegewe spanningsfaktor. Dit is dus konteks-spesifiek (Compas, 1987).

In hierdie tesis is die terme *hanteringstrategieë* en *hanteringsmeganismes* sinoniem gebruik.

2.6 Leerervarings

Verskeie faktore kan die ervaring van vrees beïnvloed, insluitend genetiese invloede, omgewingseienskappe en leerervarings (Muris, Merckelbach, De Jong et al., 2002). Soos voorgestel as agtergrond vir die studie, het Rachman (1977; 1998) die aandag gevestig op die rol van drie *leerervarings*: (1) Werklike negatiewe ervarings met vreeswekkende stimuli/*kondisionering* (direkte leer), (2) waarneming van ander persone se vreesreaksies/*modellering* (indirekte leer), en (3)

oordrag van *negatiewe inligting*, byvoorbeeld deur die media (indirekte leer). *Rachman se drie weë* is in teoretiese terme bekend as die *assosiatiewe perspektief*.

Vorige navorsers het sowel *breë* as *streng* operasionele definisies gebruik van Rachman se drie weë. Die *breë* definisie beteken dat deelnemers slegs gevra is of kondisionerings-, modellerings-, en/of inligtingservarings herroep is in verhouding tot hul vrese (bv. Ollendick & King, 1991). Navorsers wat die *streng* definisie toegepas het, het deelnemers direk gevra of Rachman se drie weë bygedra het tot die ontstaan en/of intensivering van hul vrese (bv. Du Plessis, 2006; Muris et al., 1997). In hierdie studie is die *breë* definisie geïmplementeer. Hierna word verwys as die *rol* van leerervarings in die *ervaring* van vrees, omdat die spesifieke rol (ontstaan/intensivering) nie ondersoek word nie.

2.7 Dataversamelingsmetodes

Beskrywings word vervolgens gegee oor die Vrye Opsie Metode (VOM), Vrees Lys Metode (VLM) en Vrees Opname Skedules (VOS), drie van die algemeenste metodes wat gebruik word om self-gerapporteerde data te versamel oor kinders se vrese (Gullone, 2000). Die VOM is ook voorheen gebruik om kinders se hanteringsmeganismes te ondersoek (Burkhardt, 2003). Die *Goodenough-Harris Drawing Test* (GHD) is 'n bykomende meetinstrument wat geïmplementeer is (Harris, 1963), maar word nie hier bespreek nie.

2.7.1 Vrye Opsie Metode

Die *VOM* is 'n tipe semi-gestruktureerde onderhoud en die primêre metode vir dataversameling met die kinders in hierdie studie. In 'n een-tot-een interaksie word deelnemers versoek om hul vrese en hanteringstrategieë te rapporteer. Daar is voorheen na die *VOM* verwys as die *Hanteringstrategie*, waar dit geïmplementeer is om hanteringsmeganismes te ondersoek (Burkhardt, 2003). Laasgenoemde term is nie vir die doeleindes van hierdie studie gebruik nie. Die kerneienskap van die *VOM* is dat vrese en hanteringsmeganismes spontaan gegeneer moet word, sodat die aanname is dat deelnemers se reaksies 'n goeie aanduiding gee van vrese wat persoonlik betekenisvol is (Mooney, Graziano & Katz, 1984) en hanteringstrategieë wat voorheen gebruik is, of gebruik sal word, in die konteks waarvoor dit gerapporteer is.

2.7.2 Vrees Lys Metode en Vrees Opname Skedules

Die *VLM* is ooreenstemmend met die *VOM*, maar verskil deurdat kinders in groepsverband versoek word om hul vrese op 'n leë papier neer te skryf (Burkhardt, Loxton & Muris, 2003). Waar die *VOM* en *VLM* nie-leidende metodes is, waardeur 'n onbeperkte verskeidenheid vrese geïdentifiseer kan word (Martalas, 1999), is *VOS* gestruktureerde vraelyste wat deelnemers se reaksies beperk tot 'n voorafbepaalde lys vrese. Elke item is 'n uitbeelding van 'n potensieel vreeswekkende stimulus of scenario (bv. *om nie in staat te wees om asem te kry nie*). Op 'n 3-punt skaal (1 = *geen vrees*; 2 = *bietjie vrees*; 3 = *baie vrees*) moet die intensiteit van vrees vir elke item beoordeel word (Burkhardt et al., 2003). Daar is verskillende *VOS*, maar die *Fear Survey Schedule for Children-Revised* (FSSC-R) word die algemeenste gebruik (Gullone, 2000). Sedert die huidige studie onderneem is, is die *South African Fear Survey Schedule for Children* (FSSC-SA) bekendgestel, 'n *VOS* wat

aangepas is vir die Suid-Afrikaanse konteks (Burkhardt, 2007). Hierdie revisie het groot waarde vir opkomende plaaslike navorsing.

2.8 Koderingsraamwerke

Die kinders se vrese en hanteringstrategieë is gekodeer volgens bestaande koderingsraamwerke. Wanneer bestaande kategorieë of temas gebruik word om kwalitatiewe data te ontleed, staan dit bekend as a priori tema analise (Tashakkori & Teddlie, 1998). Die twee *a priori koderingsraamwerke* wat in hierdie studie gebruik is word vervolgens beskryf.

2.8.1 Vrees-koderingsraamwerk

Gebaseer op internasionale bevindings het Martalas (1999) 'n koderingsraamwerk ontwikkel om Suid-Afrikaanse kinders se vrese kwalitatief te ontleed. Dié koderingstemplaat soos geoptimaliseer vir die multi-kulturele voorskoolse teikengroep van Loxton (2004), is as riglyn gebruik om die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders se vrese te beskryf. Die 15 kategorieë was: (1) *Wilde diere* (bv. slange), (2) *huishoudelike diere* (bv. honde), (3) *insekte* (bv. bye), (4) *akwatiese diere* (bv. haaie), (5) *fantasiediere* (bv. drake), (6) *regte persone* (bv. boemelaars), (7) *fantasiepersone* (bv. spoke), (8) *donker/nag/bangmaakdrome* (bv. aand), (9) *natuurverskynsels* (bv. weerlig), (10) *alleenwees* (bv. om alleen tuis te wees), (11) *skeiding van ouers* (d.i. skeiding van ouers), (12) *medies* (bv. hospitaal), (13) *fisiese leed aan self* (bv. ongeluk), (14) *skade aan ander* (bv. geweld), en (15) *ander* (bv. swem). Laasgenoemde *ander* kategorie verteenwoordig alle vrese wat nie geklassifiseer kan word as een van die eerste 14 kategorieë nie.

Vir data-analise het Loxton (2004) onderskei tussen deelnemers se primêre en totale vreesinhoud, met laasgenoemde wat verwys na die som van die primêre en enige addisionele vreesinhoud. In aansluiting by Loxton (2004) is *primêre vrese* vir die huidige studie geoperasionaliseer as die (1) eerste, (2) enigste, of (3) mees prominente vrees wat gerapporteer is deur die kinders. Die *totale vrese* was die som van die kinders se self-gerapporteerde primêre en addisionele vrese. Die *primêre vrese* is as verwysing gebruik om die kinders se hanteringsmeganismes en leerervarings te ondersoek.

Vreesstruktuur is die term wat gebruik word om te verwys na die totale versameling vreeskategorieë wat 'n datastel verteenwoordig (Gullone, 1999; 2000).

2.8.2 Hanteringstrategie-koderingsraamwerk

Navorsers het verskillende breë dimensies voorgestel om hanteringstrategieë te beskryf. Lazarus en Folkman (1984) het twee dimensies onderskei: (1) *Probleem-gefokusde hantering* (pogings om die bron van spanning te wysig) en (2) *emosie-gefokusde hantering* (pogings om emosies te reguleer). 'n Tweede stelsel - die primêre/sekondêre kontrole model - onderskei tussen (1) *primêre kontrole strategieë* (pogings om gebeure of situasies te beïnvloed) en (2) *sekondêre kontrole strategieë* (pogings om optimaal aan te pas by die omgewing). Waar die probleem-/emosie-gefokusde model hanteringstrategieë klassifiseer na aanleiding van funksie, is die primêre/sekondêre kontrole stelsel gebaseer op 'n hanteringsmeganisme se onderliggende doel (Band & Weisz, 1988).

Die probleem-/emosie-gefokusde en primêre/sekondêre kontrole modelle is ontwikkel vir volwassenes. As gevolg van ontwikkelingsverskille het kinders ander hanteringsmeganismes as ouer persone (Fields & Prinz, 1997), sodat hierdie modelle nie optimaal is vir die beskrywing van kinders se hanteringstrategieë nie (Compas et al., 2001). Gebaseer op die probleem-/emosie-gefokusde en primêre/sekondêre kontrole modelle, het Band en Weisz (1988) 'n raamwerk voorgestel om kinders se hanteringstrategieë te ontled. Drie breë dimensies is onderskei: (1) *Primêre kontrole meganismes* (direkte pogings om die bron van spanning te beïnvloed), (2) *sekondêre kontrole meganismes* (pogings om emosies te reguleer en/of optimaal by spanningsvolle kondisies aan te pas), en (3) *hopelose kontrole meganismes* (afwesigheid van doelgerigte hanteringspogings). Verder is 10 sub-dimensies voorgestel, ten einde bykomende insig te gee in die kompleksiteit van kinders se hanteringsgedrag (sien Bylae A). Band en Weisz (1988) se model is gebruik as koderingsraamwerk om die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders se hanteringsmeganismes te beskryf.

Hanteringstruktuur is die term wat in hierdie tesis gebruik is om te verwys na die totale versameling sub-kategorieë/dimensies wat die kinders se hanteringstrategiedata verteenwoordig het.

2.9 Spesiale populasies

Spesiale populasies is teikengroepe wat as gevolg van spesiale omstandighede besondere vrese ervaar, wat omstandigheidspesifieke hanteringstrategieë vereis (Burkhardt, 2003; 2007). *Normatiewe populasies* is dus teikengroepe waarvan dit nie bekend is dat hul omstandighede besondere uitdagings stel nie. Soos ter inleiding van die tesis voorgestel, is die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders in hierdie studie ondersoek om te oorweeg of hulle 'n spesiale populasie was met betrekking tot hul vrese en hanteringsmeganismes.

2.10 Kultuur

Daar is uiteenlopende definisies vir kultuur. In die eenvoudigste vorm verwys *kultuur* na 'n bepaalde wyse van menslike lewensbestaan (Erikson in Hergenhahn & Olson, 2003) en sluit in simbole soos taal, rituele en sosiale reëls. Suid-Afrika word beskou as 'n land met 'n groot kulturele diversiteit, maar daar is nie eenstemmigheid oor die betekenis van hierdie term nie. Lewis, Lewis, Daniels en D'Andrea (2003) het voorgestel dat rassekultuur 'n sentrale faktor is wat by dié begrip ingesluit moet word.

Teen die agtergrond van Lewis et al. (2003) se model en vorige Suid-Afrikaanse studies oor kindervrees en hanteringsmeganismes (bv. Burkhardt et al., 2003; Du Plessis, 2006; Loxton, 2004), is die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders en versorgers se rassegroep gebruik as maatstaf om kulturele grense te definieer vir hierdie ondersoek. Alhoewel daar in die huidige bedeling wegbeweeg word van rasseklassifikasie, word dit nog dikwels gebruik, omdat ongelykhede steeds voorkom meer as 'n dekade na die apartheidsbedeling in Suid-Afrika (Barbarin & Richter, 2001a). Sodoende kan erkenning gegee word aan hierdie ongelykhede (Loxton, 2004). Gebaseer op die klassifikasiesistelsel van die voormalige Suid-Afrikaanse regering, het vorige studies 'n Swart, Bruin en Wit kultuur omskryf. Gevolglik is daar aanvanklik uitgegaan om drie kulturele groepe te onderskei. In retrospeksie was onderskeiding van twee kulturele groepe soos gebruik in die huidige bedeling ewe toepaslik. Daarom is slegs 'n *Swart* (persone wat deur die vorige bedeling benadeel is) en *Wit* (persone met 'n

Europese herkoms wat bevoordeel is deur die vorige bedeling) kultuur gedefinieer in hierdie studie (Barbarin & Richter, 2001a). Die navorser het begrip daarvoor dat die terminologie negatief ervaar kan word. Die voorafgaande opmerking word dus beklemtoon, naamlik dat dit geïmplementeer is om erkenning te gee aan die implikasies van die verlede wat, meer as 'n dekade na die instelling van demokrasie in Suid-Afrika, die plaaslike bevolking se daaglikse belewenisse en hanteringsopsies beïnvloed (Loxton, 2004).

2.11 Leefwêreld van Suid-Afrikaanse MIV/Vigs-geaffekteerde kinders en versorgers

'n Mens se lewe begin lank voor konsepsie. Vorige generasies se gesondheid, verhoudings, kulturele en sosio-ekonomiese agtergronde is enkele voorbeelde van faktore wat die mens in 'n sekere sin van voor bevrugting beïnvloed (Wait, 2005) en onder meer 'n effek kan hê op die vorming van gehegheidsbande na geboorte, wat nodig is om 'n basiese gevoel van sekuriteit te verwerf (Louw, Louw & Van Ede, 2001). 'n Oorsig van die Suid-Afrikaanse MIV/Vigs-geaffekteerde kind en versorger se leefwêreld, as agtergrond vir hul vrese en hanteringstrategieë, moet dus begin by die omstandighede waardeur die versorgers se kinderjare en dié van hul voorouers gekenmerk is.

Suid-Afrika se MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers het opgegroeï onder die land se voormalige apartheidsbedeling. Waar Apartheid bevorderlik was vir Wit kinders se ontwikkeling, het dit ongunstige toestande geskep vir die optimale psigo-sosiale ontwikkeling van Swart kinders (Dawes & Donald, 1994). Gedurende Apartheid is die Swart bevolking se grond en ander bates onteien en hulle is slegs toegelaat om in afgebakende areas te bly. As gevolg hiervan het oorbevolkte swart woongebiede ontstaan (May & Norton, 1997). Verder het swak staatsubsidiëring aanleiding gegee tot oorvol klaskamers, 'n gebrek aan leer materiaal en lae gehalte onderwys in swart skole. Hierdie faktore het bygedra tot lae slaagsyfers en baie Swart leerders het nie die nodige professionele opleiding ontvang om 'n bestaan te kan maak in die hedendaagse samelewing nie (Dawes & Donald, 1994). Apartheid het dus armoede geproduseer deur die aktiewe onteiening van bates. Bykomend het dit die sosiale en ekonomiese klas van Swart Suid-Afrikans onderdruk, deur hulle te weerhou van basiese dienste soos skoolopleiding (May & Norton, 1997). As gevolg hiervan is baie van die land se Swart bevolking, meer as 'n dekade na die instelling van demokrasie, steeds vasgevang in 'n siklus van armoede, sonder die nodige status en vaardighede om hul situasie te hanteer (Richter, 1994). Dit is hierdie generasie wat die hoogste risiko het om met die MIV-virus besmet te word en onder wie die voorkoms van MIV/Vigs dus die hoogste is (Departement Gesondheid, 2007), met ander woorde wat die meeste MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers van Suid-Afrika verteenwoordig.

Die Suid-Afrikaanse MIV/Vigs-geaffekteerde kind en versorger is dus 'n individu met 'n erfenis van verontregting, wat steeds op daaglikse basis ervaar word in die vorm van kroniese armoede. Om arm te wees in Suid-Afrika beteken om in 'n huishouding te leef waar die inkomste onvoldoende is om die basiese lewensmiddels aan te koop wat nodig is vir fisiese gesondheid en menswaardigheid. Dit impliseer 'n gebrek aan voedselsekuriteit; 'n lewe in 'n sinkhuis; onbehoorlike sanitasie en elektrisiteitsvoorsiening; en afhanklikheid van staatstoelae en 'n duur, onveilige openbare vervoerstelsel (Barbarin & Richter, 2001b). In MIV/Vigs-geaffekteerde huishoudings vererger die vlak van armoede oor tyd, wanneer geïnfekteerde broodwinners as gevolg van gesondheidskomplikasies nie in staat is om met werk voort te gaan nie en ander gesinslede hul werk moet staak om versorging te behartig. Die daling in inkomste gaan gepaard met verhoogde gesinsbesteding, weens vervoerkoste ná en ván gesondheidsfasiliteite, spesiale voedingsbehoefte en uiteindelik

begravniskoste. Vir MIV/Vigs-geaffekteerde kinders gee dit aanleiding tot 'n huishoudelike omgewing wat min geleentheid bied vir groei en ontwikkeling, wanneer 'n tekort aan geld voedselsekureit verder verlaag en uitputting van versorgers se versorgingskapasiteit aanleiding mag gee tot 'n gebrek aan stimulering (Giese, 2002; Gow & Desmond; 2002). Armoede is oor die totale lewensloop een van die grootste risikofaktore vir geestesgesondheidsprobleme en word vanaf 5-jarige ouderdom geassosieer met vrees in kinders (Barbarin & Richter, 2001b; World Health Organization [WHO], 2001). Selfs al probeer versorgers dit vir kinders verberg, word volwassenes se angs, vrees en frustrasie, wat met finansiële probleme gepaard gaan, gereedlik aangeneem deur kinders, weens hul fyn aanvoeling vir hul emosionele omgewing (Ebersöhn & Eloff, 2002).

'n MIV/Vigs-geaffekteerde kind en versorger in Suid-Afrika is ook 'n individu wat blootgestel is aan geweld. Geweld is 'n pertinente eienskap van die Suid-Afrikaanse konteks en het, benewens 'n sosio-ekonomiese, dikwels 'n politiese motivering (Barbarin & Richter, 2001a; Dawes & Donald, 1994). In die huidige studiekonteks is geweervuur dikwels gehoor vanaf 'n nabygeleë vervoerstaanplek, wanneer daar taxi-onluste was (Dr. Engel, persoonlike kommunikasie, 22 Maart, 2006). Ten tyde van data-insameling, het taxi- en busbetogings besering van onskuldige burgers, verkeersontwrigting en skade aan eiendom veroorsaak (GCIS, 2006). As gevolg hiervan het pasiënte vir etlike dae van die kliniek weggebly, uit vrees om van openbare vervoer gebruik te maak.

Geweld in Suid-Afrika is egter nie beperk tot die gemeenskap nie en kom ook voor binne huishoudings, waar dit onder meer tradisioneel aangewend word vir dissiplinêre doeleindes (Dawes, Long, Alexander & Ward, 2006). Verder word huishoudelike geweld beskou as een van die faktore wat verantwoordelik is vir die hoë voorkoms van MIV/Vigs onder vroue en soortgelyk is daar toenemende bewustheid dat verkragting en seksuele aanranding, onder meer deur familieledes, betrokke mag wees by MIV-oordrag na kinders (Departement Gesondheid, 2007; Gilbert & Walker, 2002). Dit veronderstel dat die waarneming van en blootstelling aan huishoudelike geweld deel is van die daaglikse belewenis van die land se MIV/Vigs-geaffekteerde kinders en versorgers. Die impak van geweld op kinders se psigo-sosiale funksionering, insluitend angs en vrees, mag selfs groter wees as dié van armoede (Barbarin & Richter, 2001a).

MIV/Vigs-geaffekteerde kinders en versorgers leef in huishoudings waar 'n kroniese siekte teenwoordig is. Oor die verloop van 'n kroniese siekte soos MIV-infeksie, gaan die huishoudelike leefwêreld deur drie fases. Die *eerste fase* is 'n krisis stadium kort vóór en ná die aanvanklike diagnose (Rolland, 2003). Emosionele besluite moet geneem word oor ontsluiting en daar moet aangepas word by behandelingsprosedures. Gedurende die eerste periode mag geïnfekteerde gesinslede siektesimptome ervaar (Sadock & Sadock, 2003). Die *tweede fase* is 'n asimptomatiese fase, wat relatief lank kan duur. Hiertydens is daar dikwels 'n mate van sielkundige aanpassing (Rolland, 2003). Medikasie en periodieke hospitaalbesoeke mag die enigste simbole wees wat pasiënte en ander lede van die huishouding aan MIV/Vigs herinner. Gevolglik mag die tweede fase relatief kommerloos wees (Christ et al., 1993; Green, Platt, Eley & Green, 1996). Die *derde fase* neem 'n aanvang wanneer vigs simptome waarneembaar word. Die sigbaarheid van simptome gedurende hierdie fase word dikwels deur die geïnfekteerde individu en kinders in MIV/Vigs-geaffekteerde huishoudings met angs ervaar (Green et al., 1996). Versorging word 'n emosionele en fisiese las vir versorgers (Freeman, 2004). Omdat daar nog geen geneesmiddel is vir vigs nie (Sadock & Sadock, 2003), is die dood 'n onlosmaaklike deel van die derde fase. Rou en finansiële sake soos begravniskoste veroorsaak dat naasbestaendes vir 'n onbepaalde tydperk na die gesinslid se afsterwe steeds deur MIV/Vigs

geaffekteer word (Freeman, 2004). Hierdie terminale fase is die periode waartydens kinders en versorgers in huishoudings wat deur kroniese siekte geaffekteer word die meeste spanning en disorganisasie ervaar (Siegel, Mesagno & Christ, 1990).

‘n Groot aantal kinders en versorgers in Suid-Afrika se daaglikse leefwêreld word gekenmerk deur armoede en geweld en huishoudings wat deur ander kroniese siektes geaffekteer word gaan deur soortgelyke fases (Rolland, 2003). Alhoewel daar tot ‘n mindere of meerdere mate stigma aan alle siektes verbonde is (Herek, 1999), is MIV/Vigs-verwante stigma ‘n pertinente eienskap van die Suid-Afrikaanse konteks wat die leefwêreld van die land se MIV/Vigs-geaffekteerde kinders en versorgers kompliseer (Departement Gesondheid, 2007). *MIV/Vigs-verwante stigma* verwys na vooroordeel en diskriminasie wat ervaar word deur persone wat met MIV/Vigs leef en hul naasbestaendes (Herek et al. in Herek, 1999). Uit vrees vir stigma is daar ‘n groot behoefte aan konfidensialiteit oor persoonlike en naasbestaendes se diagnoses (Sadock & Sadock, 2003) en ontsluiting word dikwels beperk tot geselekteerde vertrouelinge (Tompkins, 2007).

‘n Algemene verskynsel binne huishoudings is om slegs aan die oudste kinders te ontsluit (Tompkins, 2007), omdat versorgers onseker is of inligting vertroulik hanteer sal word deur jonger kinders en wat hul reaksies gaan wees (Murphy, Roberts & Hoffman, 2002). Kinders vermoed egter dikwels iets is verkeerd en kan dit self uitvind deur vriende, die media of boeke (Murphy, Roberts & Hoffman, 2006; Slavin, O’Malley, Koocher & Foster, 1982). Dit kan veroorsaak dat MIV/Vigs-geaffekteerde kinders alleen met ‘n geheim moet leef, omdat daar nie ‘n persoon is met wie dit gedeel kan word nie. Verder reguleer geheime hoe persone teenoor mekaar optree, wat interpersoonlike verhoudings in MIV/Vigs-geaffekteerde huishoudings mag beïnvloed (Bor & Du Plessis, 1997).

Verberging weerhou versorgers van sosiale ondersteuning, wat noodsaaklik is vir suksesvolle hantering van die praktiese en emosionele eise wat deur MIV/Vigs veroorsaak word (Bor & Du Plessis, 1997; Taylor, 2006). Daar kan ook nie beplanning gedoen word vir kinders se toekomstige versorging nie, omdat agterdog kan ontstaan (Giese, 2002). Verder voorsaak stigma dat die uitgebreide gesinsnetwerk nie gewillig is om die versorging van vigsweeskinders te behartig nie (Seeley & Kajura, 1993), ten spyte daarvan dat dit die gebruik is in ontwikkelende lande dat weeskinders en lede wat nie hul eie versorging kan behartig nie, opgeneem word in die uitgebreide gesinsnetwerk (Giese, 2002).

Gegewe die unieke omstandighede van elke MIV/Vigs-geaffekteerde kind en versorger in Suid-Afrika, is dit onmoontlik om erkenning te gee aan al die eienskappe waardeur hul daaglikse bestaan gekenmerk word. In die voorafgaande bespreking is ‘n *apartheidserfenis*, *armoede*, *geweld*, *kroniese siekte* in die huishouding en *stigma* beklemtoon as aspekte van die Suid-Afrikaanse MIV/Vigs-geaffekteerde kind en versorger se leefwêreld waarbinne hul vrese en hanteringsmeganismes verstaan moet word. Daar moet egter opgemerk word dat die huidige demokratiese bestel beter geleenthede bied aan alle landsburgers (Burkhardt, 2007). Dit beteken dat MIV/Vigs-geaffekteerde kinders ook die geleentheid het om skool by te woon, aan sport deel te neem en op opvoedkundige uitstappies te gaan. Tussen hul ongeaffekteerde vriende mag selfs die kinders wat MIV-positief is, vir ‘n waarnemer ononderskeibaar wees van hul portuurs. Alhoewel die stelsel nie foutloos is nie, is daar ook pogings van die regering om behuising, sanitasie, elektrisiteit en maatskaplike toelaes aan huishoudings te voorsien, wat MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers se hanteringsopsies kan verbreed (Keynote address by the deputy president to the national conference to finalise the national strategic plan on HIV and AIDS, 2007-2011 (2007); Streak, 2002).

2.12 Hoofstuksamevatting

In die voorafgaande hoofstuk is die studiekonteks, teikengroep en sentrale konsepte wat ondersoek is gedefinieer. Bykomend is enkele dataversamelingsmetodes, koderingsraamwerke en begrippe wat betrekking het op die studie omskryf. Waar toepaslik vir hierdie punt in die tesis, is daar ook operasionele definisies gegee. Die hoofstuk is afgesluit met 'n algemene oorsig van die Suid-Afrikaanse MIV/Vigs-geaffekteerde kind en versorger se leefwêreld. In die volgende hoofstuk word 'n samevatting gegee van die belangrikste sielkundige literatuur wat gebruik is as agtergrond vir die beplanning en uitvoering van die studie en die interpretasie en bespreking van die bevindings.

HOOFSTUK 3

LITERATUUROORSIG

In hierdie hoofstuk word literêre agtergrondsinligting gegee vir die studie. Ooreenstemmend met die primêre doelstellings van die studie, word 'n oorsig gegee van navorsing aangaande kinders se (1) vrese, (2) hanteringstrategieë, en (3) leerervarings in verhouding tot vrese. Daarna word vorige navorsingsbevindings oor MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers se (1) vrese en (2) hanteringsmeganismes bespreek, as agtergrond vir die sekondêre doelstellings van hierdie studie.

3.1 Vrese van kinders

Uitgebreide navorsing oor meer as 100 jaar, het gelei tot diepgaande begrip oor kinders se vrese (Gullone, 1999; 2000). Danksy verskeie Wes-Kaapse studies, waarvan die name van Burkhardt (2002; 2003; 2007), Du Plessis (2006) en Loxton (2004) die belangrikste is vir hierdie studie, is daar ook plaaslik 'n regverdigbare kennisbasis saamgestel oor dié onderwerp. Aangesien kindervrese 'n integrale aspek van ontwikkeling is (Field et al., 2001; Gullone, 1999; 2000; King et al., 1998), is dit belangrik dat bevindings oor vermeende spesiale populasies se vrese, soos die huidige MIV/Vigs-geaffekteerde teikengroep, oorweeg moet word teen die agtergrond van kennis oor normatiewe kindervrese. Sekere vrese mag naamlik ontwikkelingsaspekte weerspieël, eerder as die resultaat van besondere omstandighede. Dit was dan ook 'n hoofdoelstelling van navorsing oor kindervrees, naamlik om algemene vreespatrone te identifiseer, waarteen ongewone vrese uitgeken kan word (Gullone, 1999; 2000). Die waarde van meervoudige informante in studies oor kinders se vrese is ook beklemtoon (Muris et al., 2001).

In hierdie oorsig word die literatuur oor kinders se vrese in drie onderafdelings bespreek: (1) *Normatiewe populasies* se vrese, (2) *spesiale populasies* se vrese, en (3) *versorgers se persepsies* oor kinders se vrese. 'n Bespreking van ander aspekte wat voorheen ondersoek is, soos die intensiteit en voorkoms van kindervrese (vgl. Craske, 1997; Gullone, 1999; 2000), is buite die omvang van die huidige oorsig.

3.1.1 Vrese van normatiewe populasies

In studies oor normatiewe kindervrese, is ondersoek ingestel na kinders se algemeenste vrese en die voorspelbaarheid van verskille in hierdie vrese na aanleiding van demografiese en kontekstuele faktore (Gullone, 2000). Verder het dit duidelik geword dat die vrese wat deur kinders as hul algemeenste vrese gerapporteer is, 'n funksie was van die meetinstrument wat gebruik is (Burkhardt et al., 2003; Muris et al., 1997). Teen die voorafgaande agtergrond is die literatuur oor normatiewe populasies vir hierdie oorsig georganiseer na aanleiding van vier kernveranderlikes wat deur navorsing geïdentifiseer is as faktore wat kinders se vrese beïnvloed, naamlik (1) *ouderdom*, (2) *nasionaliteit*, (3) *kultuur* en (4) *sosio-ekonomiese agtergrond*. Daarna is die effek van (5) *metodologie* op bevindings oor kinders se vrese bespreek.

3.1.1.1 Ouderdom en vrese

Kenmerkende verskille is gevind tussen die vrese van kinders in verskillende ontwikkelingsstadia (Weems & Costa, 2005). Dit is waarskynlik die gevolg van kognitiewe maturasie gedurende die kinderjare (Muris, Merckelbach, Gadet et al., 2000). Die bevindings aangaande die ontwikkelingspatroon van normatiewe kindervrese kan soos volg saamgevat word. Voor 5-jarige ouderdom word spesifieke dinge gevrees soos honde, geraas, skielike bewegings en vreemdelinge. Gedurende die kleuterjare word diervrese prominent en vrese ontstaan vir die donker en denkbeeldige stimuli soos monsters (Botha et al., 2001; Loxton, 2004). In studies wat voorskoolse kinders ingesluit het (Keller, 2001; Loxton, 2004; Loxton, Wait, Zwemstra & Hartley, 2005; Martalas, 1999; Muris, Merckelbach, Gadet et al., 2000; Muris, Merckelbach & Luijten, 2002), is aansienlik meer vrese vir fantasiekarakters geïdentifiseer, as in studies wat slegs middel-kinderjarige, oftewel ouer kinders se vrese ondersoek het. In laasgenoemde studies was fantasievrese oor die algemeen afwesig onder die vyf algemeenste vrese wat vermeld is (Burkhardt et al., 2003; Derevensky, 1979; Muris et al., 1997; Muris, Merckelbach, Mayer & Prins, 2000; Muris, Merckelbach, Ollendick et al., 2002). Vrese vir byvoorbeeld spoke is egter steeds deur middel-kinderjariges gerapporteer (Du Plessis, 2006; Muris, Merckelbach, Gadet et al., 2000), maar gedurende hierdie lewenstadium gaan sodanige fantasievrese toenemend gepaard met vrese wat verband hou met akademiese prestasie, vriende en onderwysers (Louw, Van Ede et al., 2001; Muris, Merckelbach, Gadet et al., 2000). Vrese oor liggaamlike kwessies, fisiese voorkoms en mediagebeure word ook al hoe meer ervaar (Ferrari, 1986; Mash & Wolfe, 2005) en dierverwante stimuli bly algemene bronne van vrees tot aan die einde van die middel-kinderjare (Burkhardt et al., 2003; Muris, Merckelbach & Luijten, 2002; Muris, Merckelbach, Gadet et al., 2000). Gedurende adolessensie is sosiale angs en vrese vir mislukking en kritiek prominent (Weems & Costa, 2005).

Spesifiek dan met betrekking tot die middel-kinderjare, het gesaghebbende ontwikkelingsielkundige skrywers die volgende vrese geïdentifiseer as normatief: *Liggaamlike besering*, *weerlig*, *die donker*, *bedtyd* en *alleenheid*, *fantasiekarakters*, *skeiding van ouers*, *mediagebeure*, *toetse* en *eksamens*, *skoolprestasie* en *die dood* (Botha et al., 2001; Mash & Wolfe, 2005). Daar sou dus verwag kon word dat die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders in die huidige studie, hierdie vrese sou ervaar as deel van hul normale ontwikkeling. Kenmerkend aan die middel-kinderjare is dat fantasievrese, wat algemeen voorkom aan die begin van dié periode, toenemend vervang word met sosiale vrese (Muris, Merckelbach, Gadet et al., 2000). Verder dat die kleinkinderjarige vrese vir konkrete stimuli (bv. honde) oorgaan na vrese vir abstrakte stimuli soos die dood (Botha et al., 2001; Gullone, 2000).

3.1.1.2 Nasionaliteit en vrese

Slegs 'n beperkte aantal studies is onderneem om kinders uit verskillende lande se vrese te vergelyk (Mahat et al., 2004). Die bevindings van hierdie studies veronderstel dat 'n groot aantal kindervrese universeel is. Ollendick, Yang, King, Dong en Akande (1996) het byvoorbeeld die vrese vergelyk van 7- tot 17-jarige Amerikaanse, Australiese, Chinese en Nigeriese kinders. Al die lande se kinders het oorwegend vrese gerapporteer wat verband gehou het met dood en gevaar. Mahat et al. (2004) het Amerikaanse en Nepalese kinders se mediese vrese vergelyk. Die deelnemers uit beide lande het vrese gerapporteer vir mediese ervarings, met *om 'n inspuiting te kry* as die mees gevreesde item vir die Amerikaanse én Nepalese deelnemers. Oor die algemeen het die vrese van kinders in Westerse lande die meeste ooreengestem (Gullone, 2000).

Ten spyte van groot ooreenkomste in die vrese van kinders dwarsoor die wêreld, is sekere nasionaliteitsverskille gevind. Vrese vir haaie en gewere was kenmerkend van Australiese, spookvrese van Chinese, sosiale vrese van Amerikaanse, en oseaan en slangvrese van Nigeriese kinders (Gullone, 2000; Ollendick et al., 1996). Slangvrese is konsekwent deur Suid-Afrikaanse kinders gerapporteer, terwyl akademiese vrese selde plaaslik vermeld is (Burkhardt, 2002; 2007).

Daar is voorgestel dat geografiese faktore en kultuur 'n belangrike invloed kon gehad het op die nasionale verskille wat gevind is (Burkhardt, 2002; Loxton, 2004; Ollendick et al., 1996). Die implikasie is dat literatuur oor normatiewe kindervrese nie sondermeer veralgemeen kan word na ander lande nie (Gullone, 2000). Aangesien daar binne Suid-Afrika aardrykskundige en kulturele variasie is, impliseer dit vir die huidige studie dat vergelyking van die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders se vrese met die bevindings van Wes-Kaapse studies en die vrese van Swart teikengroepe die geldigste en betroubaarste gevolgtrekkings sal moontlik maak (Burkhardt, 2003).

3.1.1.3 Kultuur en vrese

Wanneer ondersoek ingestel is na die invloed van kultuur op die vrese wat die meeste deur kinders gerapporteer word, is individualisties- en kollektivisties-georiënteerde kulture gewoonlik vergelyk. Hierdie kulture word gevind in onderskeidelik Westerse en Asiatiese/Afrika-lande. Die beklemtoning van self-kontrole en sosiale inhibisie (Burkhardt et al., 2003), volksverhale (Loxton, 2004) en streng ouerlike dissiplinêre praktyke (Mash & Wolfe, 2005) is eienskappe van kollektivistiese kulture wat kinders van Afrika en Asië se vrese kan beïnvloed. Hierteenoor mag die fokus van individualisties-georiënteerde kulture op persoonlike doelstellings en onafhanklikheid aanleiding gee tot kultuur-spesifieke vrese by kinders van Westerse lande (Botha et al., 2001; Ollendick et al., 1996).

Swart Suid-Afrikaanse kinders se Afrika en hul Wit portuurs se Europese herkoms (Barbarin & Richter, 2001a), wat onderskeidelik 'n kollektivistiese en Westerse kulturele agtergrond veronderstel, het navorsers in staat gestel om die invloed van kultuur op kinders se vrese te ondersoek, deur Swart en Wit Suid-Afrikaanse kinders se vrese te vergelyk (Burkhardt et al., 2003; Loxton, 2004).

Burkhardt et al. (2003) het onder meer die VLM gebruik om ondersoek in te stel na die vrese van 'n multi-kulturele teikengroep 9- tot 13-jarige kinders van die Wes-Kaap. *Slange* was bo aan die ranglys van die Swart én die Wit kulturele groepe se vrese. Vrese vir *misdaad*, *transport* en *roofdiere* was ook deel van beide groepe se 10 mees gerapporteerde vrese. *Roofdiere* was egter aansienlik hoër op die ranglys van die Swart as die Wit kinders se vrese (tweede vs. sesde posisie). *Misdaad* en *transport* hierteenoor, was onderskeidelik die vierde en vyfde op die ranglys van die Wit kinders se vrese, terwyl dit eers tiende (*misdaad*) en agste (*transport*) was op die ranglys van die Swart kinders se vrese. Die Swart kinders het dus meer vrese vir *roofdiere* en minder vrese vir *misdaad* en *transport* gerapporteer as die Wit kinders. Stimuli wat uitsluitlik deur die Swart deelnemers gerapporteer is was *wapens*, *krokodille*, *bendes*, *honde*, *akkedisse* en *insekte*. Hierteenoor was *haaie*, *spinnepoppe*, *diewe*, om *alleen tuis* te bly, die *dood* en *skollies* deel van die Wit kinders se 10 algemeenste vrese, maar nie van die Swart kinders s'n nie. Laasgenoemde het ook nie *skolastiese vrese* gerapporteer nie. Hierdie prestasie-georiënteerde vrees was elfde op die ranglys van die Wit kinders se vrese.

Die voorafgaande bevindings van Burkhardt et al. (2003), is deur Du Plessis (2006) gebruik om 'n Vreeslys te ontwikkel. Die lys is vervolgens toegepas om 'n multi-kulturele teikengroep 10- tot 14-jarige kinders van die Wes-Kaap se algemeenste vrese te identifiseer. Statistiese vergelyking van die Swart en Wit kinders se vrese het getoon dat die *Swart* kinders beduidend *minder* vrese vir die *dood* en *misdaad* gerapporteer het as die Wit kinders. Hulle het egter *meer* vrese vir *krokodille* en *roofdiere* gerapporteer. Hierteenoor het die *Wit* kinders beduidend *minder* vrese vir *slange* vermeld, terwyl *bendes* en *verkragting* aansienlik *meer* gevrees is as deur die Swart kinders. Daar was dus 'n groot mate van ooreenstemming tussen die resultate van Du Plessis (2006) en Burkhardt et al. (2003) met betrekking tot kulturele verskille tussen Swart en Wit Suid-Afrikaanse kinders se vrese.

Loxton (2004) het kulturele verskille ondersoek in 'n voorskoolse teikengroep van die Wes-Kaap. Semi-gestruktureerde onderhoude, ooreenstemmend met die VOM, is vir data-insameling gebruik. In volgorde was *wilde diere*, *regte persone* en *fantasiepersone* bo aan die ranglys van die Swart én die Wit kinders se primêre vrese. Daar is egter ook statisties beduidende verskille gevind tussen dié twee kulture se vreesinhoud. Met betrekking tot hul primêre vreesinhoud, het die *Wit* kinders beduidend *meer* vrese gerapporteer vir *alleenheid* as die Swart kinders. Beduidende verskille tussen die Swart en Wit kinders met betrekking tot hul totale vreesinhoud, was dat die *Swart* kinders *meer* vrese vir *huishoudelike diere* gerapporteer het as die *Wit* kinders. Laasgenoemde het *meer* totale vrese vermeld vir die *donker* en *bangmaakdrome* as hul Swart portuurs.

Die bevindings van Burkhardt et al. (2003), Du Plessis (2006) en Loxton (2004) studies veronderstel dat kinders van Suid-Afrika se Swart rassekulture meer vrese vir dierverwante stimuli ervaar as hul Wit portuurs. Verder dat plaaslike Wit kinders meer geneig is om vrese te ervaar vir misdaad, die dood en alleenwees.

3.1.1.4 Sosio-ekonomiese agtergrond en vrese

Sosio-ekonomiese agtergrond is 'n omvattende konsep wat, soos die woord impliseer, in algemene terme 'n indikasie gee van 'n persoon se sosiale en ekonomiese omstandighede. As sodanig is dit 'n aanduiding van die ervarings waaraan 'n persoon blootgestel word (Hess in Richter, 1994). Aangesien veronderstel kan word dat kinders se ervarings hul vrese beïnvloed (Rachman, 1977), is dit nie vreemd dat navorsers uitgegaan het om die invloed van sosio-ekonomiese agtergrond op kinders se vrese te ondersoek nie. In 'n vroeë studie is bevind dat vrees vir *rotte*, *kakkerlakke* en *misdaad* kenmerkend was aan kinders met 'n lae sosio-ekonomiese agtergrond. Hierteenoor het kinders uit hoë sosio-ekonomiese groepe meer vrese gerapporteer vir *hoogtes*, *ongelukke*, *giftige insekte* en *gevaarlike diere* as portuurs met 'n lae sosio-ekonomiese agtergrond (Angelino, Dollins & Mech in Burkhardt et al., 2003). Soos geïdentifiseer in die literatuuroorsig van Gullone (2000), is vrese vir *diere*, *vreemdelinge*, *verwerping* deur ouers, *dood*, *geweld*, *knipmesse*, *polisiemanne* en *lyfstraf* meer gevind onder kinders uit laer as kinders uit hoër sosio-ekonomiese groepe. Hierteenoor was vrese vir *hoogtes*, *swak gesondheid*, *treine*, *troeteldiere se veiligheid* en *pretparkervarings* kenmerkend van kinders met 'n hoër sosio-ekonomiese agtergrond. Hierdie bevindings veronderstel dat kinders met 'n lae sosio-ekonomiese profiel se vrese meer onmiddellik en realiteitsgebaseer is, as dié van kinders uit hoë sosio-ekonomiese samelewings (Gullone, 2000).

Daar is egter beklemtoon dat bevindings met betrekking tot sosio-ekonomiese verskille in kinders se vrese met sorg geïnterpreteer moet word, aangesien studies teenstrydige resultate gelewer het (Gullone, 2000). Dit blyk in besonder die geval te wees in Suid-Afrika met betrekking tot vrese wat verband hou met dood, misdaad en geweld. In teenstelling met die bevindings aangaande sosio-ekonomiese agtergrond en kindervrese waarna reeds verwys is, het die deelnemers in Du Plessis (2006) se studie, wat 'n lae sosio-ekonomiese agtergrond gehad het, beduidend *minder* vrese vir die *dood* en *misdaad* gerapporteer as die deelnemers met hoër sosio-ekonomiese agtergronde. Vrese vir *bendes* en *verkragting* was selfs kenmerkend aan kinders uit hoër sosio-ekonomiese gesinne. In ooreenstemming met die algemene bevindings egter, het plaaslike kinders met laer sosio-ekonomiese agtergronde meer vrese vir *dieragtige stimuli* (bv. huishoudelike diere) en *regte mense* (bv. vreemdelinge) gerapporteer as kinders met hoër sosio-ekonomiese agtergronde (Keller, 2001; Loxton, 2004; Du Plessis, 2006).

In Suid-Afrika is groot ooreenstemming gevind tussen sosio-ekonomiese en kulturele verskille in kinders se vrese (Du Plessis, 2006; Loxton, 2004). Dit was verklaarbaar, aangesien statistiese ontleding getoon het dat Swart kinders oorwegend lae tot middel en Wit kinders vernaamlik hoër sosio-ekonomiese agtergronde gehad het (Du Plessis, 2006). Hierdie bevinding beklemtoon dat 'n bespreking oor enige aspek van armoede en sosio-ekonomiese status in Suid-Afrika, noodwendig nou verwant moet wees aan kultuur en as sodanig bevolkingsgroeplidmaatskap (Richter, 1994).

3.1.1.5 Metodologie en vrese

In Afdeling 2.7 is die VOM, VLM en VOS voorgestel as die drie dataversamelingmetodes wat teenswoordig die meeste gebruik word om kinders se self-gerapporteerde vrese te ondersoek. Soos vermeld in die inleiding tot hierdie oorsig oor normatiewe kindervrese, het studies se bevindings verskil, afhangend van die metode wat gebruik is vir data-insameling (Burkhardt et al., 2003; Muris et al., 1997).

Wanneer die nie-leidende metodes vir data-insameling gebruik is (*VOM/VLM-studies*), is vrese vir dierverwante stimuli die meeste gerapporteer. Dit sluit in *wilde diere* (bv. leeus), *akwatiese diere* (bv. haaie), *insekte* (bv. bye) en *huishoudelike diere* (bv. honde). Volgens die VOM- en VLM-studies blyk veral *spinnkoppe* en *wilde diere*, spesifiek slange, algemene kindervrese te wees (Burkhardt et al., 2003; Keller, 2001; Loxton, 2004; Martalas, 1999; Muris et al., 1997; Muris, Merckelbach, Mayer et al., 2000; Muris, Merckelbach, Ollendick et al., 2002).

In teenstelling met die VOM- en VLM-studies, veronderstel die *VOS-studies* dat *dood* en *gevaar* verwante stimuli die meeste kindervrese veroorsaak. In die meeste studies het meer as die helfte van die deelnemers vrese gerapporteer soos: *Om nie in staat te wees om asem te haal nie, om deur 'n motor of trok gestamp te word, inbrekers by huise, aardbewings, dood, en siekte* (Muris & Ollendick, 2002). Dood/gevaar is reeds deur die vroegste VOS-studies geïdentifiseer as die vernaamste bron van vrees gedurende die kinderjare. Oor tyd het die spesifieke dood/gevaar vrese egter verander. Sedert die 1990s is vrese byvoorbeeld gerapporteer vir *kernoorlog* en *familielede se afsterwe*. Dit is geïnterpreteer as 'n aanduiding dat kinders se vrese verander in reaksie op sosiale en omgewingsveranderinge (Gullone & King, 1993; 1997).

In aansluiting hierby is dit opmerklik dat vrese vir *MIV/Vigs* toenemend gerapporteer is deur Suid-Afrikaanse (Burkhardt, 2007; Peltzer & Promtussananon, 2003) en buitelandse (Gullone & King, 1993; Muris & Ollendick, 2002) kinders, indien dit voorgehou is as 'n opsie. Alhoewel meer as twee derdes (69.8%) van Burkhardt (2007) se plaaslike teikengroep vrese gerapporteer het vir MIV/Vigs in reaksie op die FSSC-SA (sien Afdeling 2.7.2), is sodanige vrees slegs eenmalig gerapporteer tydens kwalitatiewe onderhoude, wat in aanloop tot die studie met kinders gevoer is om nuwe omstandigheidspesifieke items te identifiseer vir die ontwikkeling van dié instrument. Volgens Brown, Reynolds en Brenman (1994), word MIV/Vigs-vrese nie spontaan gerapporteer nie, omdat kinders ondanks, of as gevolg van, hul angs te senuagtig is om daarvoor te kommunikeer. In verband met die graad van vrees wat MIV/Vigs vir kinders veroorsaak, is voorbeelde gedokumenteer van kinders wie se vrese die diagnose van 'n vigsfobie geregverdig het (Hagopian, Weist & Ollendick, 1990).

'n Minder ooglopende verskil tussen die VOM- en VOS-studies, hou verband met *mediese vrese*. Mediese vrese is selde geïdentifiseer, wanneer die VOM vir data-insameling gebruik is. Waar sodanige vrese spontaan vermeld is, was dit onderaan die ranglys van die algemeenste vreesinhoud (Burkhardt et al., 2003; Loxton, 2004; Muris, Merckelbach & Luijten, 2002). Slegs 2.6 % van die 4- tot 12-jarige deelnemers aan Muris, Merckelbach, Gadet et al. (2000) se studie het byvoorbeeld spontaan vrese vir mediese prosedures vermeld. Hierteenoor was vrese vir *om 'n ernstige siekte te kry* en, soos in die voorafgaande paragraaf vermeld, *MIV/Vigs* dikwels bo aan die vreesranglys van VOS-studies (Muris et al., 1997; Muris, Merckelbach, Ollendick et al., 2002).

Tabelle 1 en 2 illustreer die kategorieë in die eerste vyf rangposisies van verskeie internasionale en plaaslike teikengroepe se vreesstrukture, soos geïdentifiseer deur VOM/VLM- en VOS-studies onderskeidelik.

Tabel 1

Vreesstrukture van Internasionale en Plaaslike Teikengroepe, Geïdentifiseer deur Vrye Opsie Metode (VOM) en Vrees Lys Metode (VLM)-studies

Studie	Teikengroep	Vreeskategorieë (%) ^a
<i>Internasionale teikengroepe</i>		
Derevensky (1979)	6- 12-jaar	Diere (30.0); persone (16.0); masjinerie (12.0); dood/besering (11.0); natuurverskynsels/ander (10.0).
Muris et al. (1997)	9- 13-jaar	Spinnekoppe (18.6); ontvoering (7.8); roofdiere/donker (6.2); bangmaak rolprente (5.4); slange (6.0).
Muris, Merckelbach, Mayer et al. (2000)	8- 13-jaar	Spinnekoppe (11.7); dood/leed aan ander (9.7); dood/leed aan self/ontvoering (6.6); donker (6.2); inbrekers (5.9).
Muris, Merckelbach, Gadet et al. (2000)	4- 12-jaar	Diere (21.6); fantasiekarakters (12.6); ontvoering/sosiale bedreiging (7.9); bangmaakdrome/rolprente (6.8); natuurverskynsels (6.3).
Muris, Merckelbach & Luijten (2002)	4- 13-jaar	Diere (22.2); natuurverskynsels (10.2); leed aan self/ander (9.7); fantasiekarakters (6.8); sosiale bedreiging/bangmaak rolprente/inbrekers (9.0).
Muris, Merckelbach, Ollendick et al. (2002) ^b	8- 12-jaar	Spinnekoppe (31.4); slange (24.5); donker (16.7); doodgaan/dood van ander (15.7); roofdiere (12.7).
<i>Plaaslike teikengroepe</i>		
Martalas (1999)	5- 7-jaar H	Wilde diere (32.2) ^c ; fantasiediere (22.1) ^c ; akwatiese diere/insekte (8.6) ^c ; fantasiepersone (6.7) ^c ; huishoudelike diere (6.0) ^c .
Keller (2001)	5- 7-jaar L tot M	Wilde diere (31.0) ^c ; fantasiepersone (19.3) ^c ; fantasiediere (12.4) ^c ; regte mense (9.7) ^c ; huishoudelike diere (7.6) ^c .
Burkhardt (2003)	8- 13-jaar KHK	Slange (41.1); spoke (30.5); spinnekoppe (18.4); donker/nag (15.6); vreemdelinge (13.5).
Burkhardt et al. (2003) ^b	9- 13-jaar L/M/H ^d	Slange (45.5); roofdiere (22.8); wapens (22.3); misdaad (14.1); dood (13.6).
Loxton (2004)	5- 7-jaar L/M/H ^e	Wilde diere (40.6) ^f ; fantasiepersone (18.0) ^f ; regte mense (12.6) ^f ; donker/nag (5.3) ^f ; huishoudelike diere/insekte (4.7) ^f .
Loxton et al. (2005)	4- 6-jaar H/M/L ^c	Fantasiekarakters (31.3); diere (20.8); ander (12.5); persoonlike leed/leed aan ander (8.3).
Du Plessis (2006) ^g	10- 14-jaar L/M/H ^c	Verkragting (1.5); hoogtes/spoke (0.6); vlieëry/bye (0.5); oorlog/verdrinking/moord (0.3).

Nota. VOM = Vrye Opsie Metode. H = hoë sosio-ekonomiese agtergrond. L = lae sosio-ekonomiese agtergrond. M = middel sosio-ekonomiese agtergrond. KHK = kinderhuiskinders ('n spesiale populاسie).

^aPersentasie van totale teikengroep, tensy anders aangedui. ^bDie Vrees Lys Metode, 'n VOM-vergelykbare metode, is geïmplementeer. ^cPersentasie van totale aantal vrese. ^dOorwegend M. ^eOorwegend H. ^fPersentasie van primêre vrese.

^gSpontane reaksies op "ander" kategorie, gevoeg by 'n Vrees Opname Skedule-tipe vraelys.

Tabel 2

Vreesstrukture van Internasionale en Plaaslike Teikengroepe, Geïdentifiseer deur Vrees Opname Skedule (VOS) studies

Studie	Teikengroep	Vreeskategorieë (%) ^a
<i>Internasionale teikengroepe</i>		
Muris et al. (1997)	9- 13-jaar	Nie asem te kry (68.2); ernstige siekte te kry (58.1); bomaanvalle (57.3); gestamp te word deur voertuig (54.2); vuur/om gebrand te word (45.0).
Muris, Merckelbach, Mayer et al. (2000)	8- 13-jaar	Nie asem te kry (18.3); inbrekers (14.8); bomaanvalle/van hoë plek te val (10.3); dood/dooie mense (10.0); weg te raak in vreemde plek (9.7).
Muris, Merckelbach, Ollendick et al. (2002)	8- 12-jaar	Nie asem te kry/bomaanvalle (50.0); ernstige siekte te kry (34.3); gestamp te word deur voertuig/van hoë plek te val (33.3); inbreker (29.4); vuur/om gebrand te word (27.5).
Muris & Ollendick (2002)	12- 19-jaar	MIV/Vigs (48.1); vermoor te word (45.7); familielid wat sterf (40.7); om verkrag te word (40.3); bomaanvalle (35.9).
<i>Plaaslike teikengroepe</i>		
Burkhardt (2003)	8- 13-jaar KHK	Nie asem te kry (68.8); bomaanvalle/van hoë plek te val/elektrisiteit-skok (66.7); bere/wolwe (66.0); vuur/om gebrand te word (63.1); dood/dooie mense (61.7).
Burkhardt et al. (2003)	9- 13-jaar L/M/H ^b	Nie asem te kry (70.5); gestamp te word deur voertuig (65.3); van hoë plek te val (64.9); elektrisiteitskok (63.9); weg te raak in vreemde plek (61.6).
Du Plessis (2006)	10- 14-jaar L/M/H ^c	Dood (24.5); slange (19.5); misdaad (11.3); krokodille (10.9); roofdiere (7.5).
Burkhardt (2007)	7- 12-jaar ?SES	MIV/Vigs (69.8); nie asem te kry (68.6); gestamp te word deur voertuig (68.4); leeus (67.5); van hoë plek te val (65.6).

Nota. VOS = Vrees Opname Skedule. KHK = kinderhuiskinders ('n spesiale populasie). L = lae sosio-ekonomiese status. M = middel sosio-ekonomiese status. H = hoë sosio-ekonomiese status. ?SES = sosio-ekonomiese status nie gerapporteer.

^aVerskillende VOS-revisies is geïmplementeer. ^bOorwegend M. ^cOorwegend H.

As gevolg van die uiteenlopende bevindings van die VOM/VLM- en VOS-studies, kan daar nie duidelike gevolgtrekkings gemaak word oor watter stimuli die meeste deur kinders gevrees word nie. Daar kan egter met relatiewe sekerheid afgelei word dat diervrese van die algemeenste vrese is wat deur kinders ervaar word. Alhoewel dit nie die mees gerapporteerde vrese was in VOS-studies, soos in VOM/VLM-studies nie, is dit naamlik ook in leidende VOS-tipe studies gerapporteer (Burkhardt, 2003; 2007; Du Plessis, 2006).

In teenstelling met die veronderstelling dat vrese wat in VOM-studies gerapporteer word persoonlike betekenis het (Mooney et al., 1985), is geargumenteer dat VOS nie werklike vrese identifiseer nie, maar kinders se negatiewe emosies in reaksie op gedagtes aan die potensieel vreeswekkende stimuli wat voorgelê word (Muris et al., 1997). Daar is getuienis vóór en téén sodanige argument. Ter ondersteuning, is bevind dat dood/gevaar vrese met 'n hoë frekwensie vermeld is, wanneer die FSSC-R (VOS) gebruik is om kinders se algemeenste vrese te identifiseer. Toe dieselfde kinders versoek is om hul vrese te lys (VLM), is dood/gevaar vrese aanmerklik minder gerapporteer. Ook hul dagboekinskrywings het getoon dat dood/gevaar

vrese selde ervaar is op 'n daaglikse basis. Wanneer die vrese wel voorgekom het, was dit kortstondig en nie intens nie (Muris, Merckelbach, Ollendick et al., 2002). Hierteenoor het McCathie en Spence (1991) bevind dat VOS-geïdentifiseerde dood/gevaar vrese gepaard gegaan het met hoë vlakke van vreesagtige gedagtes en vermydende gedrag en Ollendick en King (1994) se deelnemers het gerapporteer dat sodanige vrese die uitvoering van hul daaglikse aktiwiteite benadeel het. Eerder as om die hipotese te verwerp dat VOS nie werklike vrese identifiseer nie, is voorgestel dat selfs wanneer kinders versoek word om die frekwensie van vrese en vermydende gedrag te beoordeel, daar op VOS-items gereageer word op die idee aan die vreeswekkende stimuli wat voorgehou word en nie na aanleiding van werklike reaksies nie (McCathie & Spence, 1991).

Teen die voorafgaande agtergrond moet metodologiese aspekte dus in ag geneem word wanneer die moontlikheid van besondere vrese oorweeg word, met ander woorde as oorweeg word of 'n teikengroep 'n spesiale populasie is. Spesifiek met betrekking tot dier, dood/gevaar en mediese vrese.

3.1.2 Vrese van spesiale populasies

In teenstelling met die uitgebreide kennisbasis oor normatiewe kindervrese, is min bekend aangaande spesiale populasies se vrese. Die studies wat onderneem is, verskaf nietemin betekenisvolle agtergrondsinligting oor die potensiële verwantskap tussen besondere omstandighede en die ervaring van vrees gedurende die kinderjare. As agtergrond vir die huidige studie word verwys na bevindings oor die vrese van kinders (1) met *kroniese siektes*, (2) met *bepaalde intellektuele vermoëns*, en (3) *kinderhuiskinders*. Daarna word 'n oorsig gegee van literatuur oor die vrese van (4) *MIV/Vigs-geïdentifiseerde kinders*, die vermeende spesiale populasie in die huidige ondersoek.

3.1.2.1 Vrese van kinders met kroniese siektes

Mediese prosedures, lang periodes van hospitalisasie en afwagting van mediese toetsuitslae, is slegs enkele eienskappe van kinders met kroniese siektes (bv. kanker) se leefwêreld wat aanleiding kan gee tot angs en vrees (Nadeane McCaffrey, 2006). Die studie van King et al. (1990) is een van die min studies wat 'n ontwikkelings sensitiewe metode (VOS) gebruik het om die ervarings van kinders met kroniese siektes te ondersoek (Kenny, 1994), in dié studie se geval vreeservarings. In vergelyking met 'n gesonde kontrole groep, het die 7- tot 18-jarige deelnemers aan King et al. (1990) se studie, wat met 'n kroniese siekte geleef het (bv. asma), beduidend meer vrese gerapporteer wat verband gehou het met die *onbekende, besering* en *klein diere*. Alhoewel die verskil nie statisties beduidend was nie, het die kinders met die kroniese siektes in vergelyking met die gesonde kinders ook meer mediese vrese gerapporteer. Spesifiek is die volgende vrese teen 'n hoër frekwensie vermeld: *Om hospitaal toe te gaan, dood/dooie persone, om siek te word by die skool, om 'n inspuiting te kry, tandartsbesoek, om 'n snyplek/besering te kry, rowwespel gedurende speelperiodes, om bloed te sien, harde sirenes, en om asemtekort te ervaar*. Hierteenoor het die gesonde kinders meer vrese gerapporteer vir *doktersondersoek* en *kieme/om 'n siekte te kry*. Die finale gevolgtrekking was dat die kinders se self-gerapporteerde vrese beïnvloed is deur hul gesondheidstatus. Alhoewel die kinders met 'n kroniese siekte dus as 'n spesiale populasie geïdentifiseer is, het die navorsers beklemtoon dat hul vrese nie geïnterpreteer kon word as 'n aanduiding van psigopatologie nie.

Pediatriese MIV-infeksie word beskou as 'n kroniese siekte van die kinderjare (Meyers & Weitzman, 1991). Tot 35 tablette moet daaglik geneem word en dan is daar steeds 'n groot risiko vir opportunistiese infeksies (Bachanas et al., 2001). Daar kan dus veronderstel word dat MIV-positiewe kinders 'n spesiale sub-populasie MIV/Vigs-geaffekteerde kinders mag wees met betrekking tot hul vrese. Alhoewel dit nie 'n spesifieke navorsingsvraag was nie, is in die huidige ondersoek bevindings gemaak in dié verband.

3.1.2.2 Vrese van kinders met beperkte intellektuele vermoëns

Teen die agtergrond van kognitiewe teoretici se veronderstelling dat daar 'n verband is tussen verstandelike maturasie en kindervrese (sien Afdeling 4.2.1), het navorsers uitgegaan om vas te stel of kinders met beperkte intellektuele vermoëns moontlik 'n spesiale populasie is met betrekking tot hul vrese. In 'n vroeë studie, het Derevensky (1979) ooreenstemming gevind tussen die vrese van kinders wat onderskeidelik 'n verstandelike agterstand (*mentally retarded*) en spesiale leerbehoefte (*learning disabled*) gehad het en die vrese van 'n normatiewe teikengroep wat volgens kronologiese ouderdom jonger was. Al drie groepe het meer onrealistiese vrese gerapporteer as 'n ouer teikengroep wat nie 'n intellektuele beperking gehad het nie. In teenstelling het Muris, Merckelbach en Luijten (2002) geen beduidende verskille gevind tussen die vreesinhoud van 'n normatiewe teikengroep en kinders wat laer as gemiddelde intellektuele vermoëns gehad het nie. 'n Vergelykbare VOM as Derevensky (1979) is gebruik vir data-insameling. Die navorsers het egter beklemtoon dat slegs die breë vreeskategorieë geanaliseer is. 'n Meer spesifieke ontleding van die kinders se vrese kon beter insig verskaf het.

Alhoewel daar dus teenstrydige bevindings is met betrekking tot verskille tussen die vrese van kinders met ouderdomsverwagte en beperkte intellektuele vermoëns, kan die veronderstelling dat laasgenoemde 'n spesiale populasie mag wees met betrekking tot hul vrese nie verwerp word nie. In verskeie normatiewe vreesstudies het navorsers derhalwe 'n meetinstrument ingesluit om 'n breë indikasie te verkry van die deelnemers se intellektuele maturasievlak (Keller, 2001; Loxton, 2004; Martalas, 1999). Dit was een van die funksies waarvoor die GHD geïmplementeer is in die huidige studie (sien Afdelings 2.7 en 5.4.1.1). Insluiting van sodanige meetinstrument was besonder relevant vir hierdie ondersoek, aangesien die MI-virus 'n direkte invloed het op die sentrale sensus en kinders wat met MIV/Vigs leef se intellektuele vermoëns negatief kan affekteer (Sadock & Sadock, 2003). Tydens vroeë fases van MIV-infeksie mag kontekstuele faktore egter 'n groter effek hê as die MI-virus per se (Armstrong, Seidel & Swales, 1993; Nozyce et al., 2006). Daar is ook aanduidings dat MIV/Vigs-geaffekteerde kinders wat nie persoonlik geïnfekteer is nie, soortgelyke kognitiewe agterstande toon (Forehand et al., 1998), wat aansluit by die idee dat omstandighedsfaktore verantwoordelik mag wees vir die kognitiewe agterstande.

3.1.2.3 Vrese van kinderhuiskinders

Kinders wat opgroei in kinderhuise het dikwels 'n geskiedenis van onstabiele huislike omstandighede en mishandeling. Selfs na plasing in statutêre residensiële sorg is daar min sekuriteit met betrekking tot versorgingsreëlins (bv. vakansieverblyf), sodat grootword in pleegsorg beskryf is as 'n *uitdagende reis deur die kinderjare* (Harden, n.d., p. 31). Teen dié agtergrond het Burkhardt (2003; vgl. Burkhardt & Loxton, in pers) die vrese van middel-kinderjarige kinders

woonagtig in Wes-Kaapse kinderhuise ondersoek as 'n spesiale populasie. Die ooreenkoms tussen die kinderhuiskinders se vrese en plaaslike normatiewe data was beperk. In reaksie op die VOM het die kinderhuiskinders meer *regte persoon* en *ander* vrese gerapporteer, as hul normatiewe portuurs in die vergelykbare plaaslike studie van Burkhardt et al. (2003), waarna ook voorheen verwys is in die huidige literatuuroorsig (sien Tabele 1 en 2). Die kinderhuiskinders is dus geïdentifiseer as 'n spesiale populasie met betrekking tot hul vrese. Die bevinding is toegeskryf aan die teikengroep se besondere lewensomstandighede, wat vergelykbaar was met 'n uitgebreide gesinsnetwerk, en gekenmerk is deur vroulike versorging, beperkte manlike rolmodelle, gemeenskaplike geriewe en afsonderlike woonareas vir seuns en meisies. Buitestaanders se reaksies op kinderhuiskinders en 'n gebrek aan beheer oor reëlings aangaande hul toekoms, is ook voorgestel as moontlike bydraende faktore.

3.1.2.4 Vrese van MIV/Vigs-geaffekteerde kinders

Die voorafgaande oorsig aangaande spesiale populasies ondersteun die huidige veronderstelling dat MIV/Vigs-geaffekteerde kinders 'n spesiale populasie mag wees met betrekking tot hul vrese. MIV/Vigs-geaffekteerde kinders wat persoonlik geïnfekteer is leef met 'n kroniese siekte (Meyers & Weitzman, 1991). Daar is verduidelik dat MIV/Vigs-geaffekteerde kinders beperkte intellektuele vermoëns mag hê (Armstrong et al., 1993) en sommige groei op in versorgingsoorde (Giese, 2002). Dit is bykomend tot die hoë risiko leefwêreld van die MIV/Vigs-geaffekteerde kind (sien Afdeling 2.11), wat aanleiding mag gee tot besondere vrese. Agtergrondsinligting om insig te verskaf in dié verband is egter beperk. Soos in die inleidende hoofstuk gemotiveer, is daar spesifiek nie vergelykbare plaaslike studies gevind oor MIV/Vigs-geaffekteerde kinders se vrese nie, wat aansluit by die meer algemene behoefte aan beskrywende inligting aangaande MIV/Vigs-geaffekteerde kinders se belewenisse (Wiener, Mellins, Marhefka en Battles, 2007; Wild, 2001).

Die meeste inligting oor MIV/Vigs-geaffekteerde kinders se vrese is gevind in studies wat ondersoek ingestel het na ongeïnfekteerde kinders se emosionele reaksies op ontsluiting van hul moeders se MIV-positiewe statusse. Vrese oor die *toekoms* en *ma wat doodgaan* is algemeen vermeld (Murphy et al., 2006; Tompkins, 2007). Bykomend is sosiale vrese soos vir *verwerping deur vriende* en *skinderpraatjies* gerapporteer. Daar was ook kinders wat bang was dat mense *slegte dinge van hul moeders sou dink* as haar diagnose bekend sou word (Murphy et al., 2002; 2006). Dit was opmerklik dat nagenoeg die helfte van kinders oor tyd klaarblyklik vergeet het van hul versorgers se MIV-positiewe status. Angsverwante reaksies was vir 'n groot aantal kinders beperk tot 'n akute periode direk na ontsluiting. Verder het die kinders se vrese gefluktueer met hul moeders se gesondheidstatus (Murphy et al., 2006). Laasgenoemde sluit aan by die bevinding dat MIV/Vigs-geaffekteerde kinders se emosionele aanpassing statisties voorspel kon word op grond van die hoeveelheid siekteverwante spanning soos fisiese simptome wat deur hul MIV-positiewe moeders ervaar is, met meer moederlike spanning geassosieer met 'n groter mate van disfunksionele aanpassing by kinders (Hough, Brumitt, Templin, Saltz & Mood, 2003). Soos voorgestel in die literatuur oor kinders met kanker (Claflin & Barbarin, 1990), is daar dus aanduidings dat kontekstuele inligting (bv. sigbare simptome) meer spanning by MIV/Vigs-geaffekteerde kinders kan veroorsaak as verbale informasie (bv. verduideliking tydens ontsluiting). Teen die intuïsie veronderstel die literatuur dus dat ontsluiting nie, soos ouderdom of kultuur, 'n veranderlike is waarvolgens MIV/Vigs-geaffekteerde kinders se ervaring van MIV/Vigs-verwante vrese voorspel kan word nie. Die aanwesigheid van siekte simbole (bv. medikasie/simptome) mag 'n meer betroubare aanwyser wees.

Vrese om *besmet* te word is ook gedokumenteer. In 'n plaaslike studie van Peltzer en Promtussananon (2003), het 'n 11-jarige meisie gerapporteer dat sy bang was dat sy MIV-infeksie opgedoen het, nadat sy haar ouers se oorskietkos geëet het. Halperin (1993) het 'n geval beskryf van 'n dogter wat gevrees het dat MIV/Vigs oorerflik was, nadat sy 'n dermatologiese infeksie ontwikkel het. Haar oorlede MIV-positiewe moeder het sodanige velprobleme gehad gedurende die terminale fase van haar siekte. 'n Seun wat aan 'n intervensieprogram deelgeneem het, het verduidelik dat hy nie meer sy MIV-positiewe moeder op die lippe gesoen het nie, uit vrees vir MIV-oordrag (Witte & De Ridder, 1999).

Bevindings wat gedokumenteer is oor 'n intervensieprogram vir die ongeïnfekteerde kinders van MIV-positiewe versorgers in Amerika, verskaf 'n alternatiewe perspektief van MIV/Vigs-geaffekteerde kinders se vrese (Roth, Siegel & Black, 1994). MIV/Vigs-verwante vrese (bv. vir stigma) was nie op die voorgrond van hierdie kinders se daaglikse belewenis nie. Hul vernaamste bekommernisse het gesentreer rondom die onstabiliteit van hul lewens. Daar was besorgdheid oor *versorgingspatrone* en *interpersoonlike verhoudings met versorgers* wat versteur is, weens aandag wat gegee moes word aan siek gesinslede. Kinders was ook bekommerd oor die *geweld* in hul omgewings en het onveilig gevoel. 'n Seun wie se MIV-positiewe vader 'n bendelid was, was bang dat hy of sy ouer doodgeskiet sou word. Tydens 'n ondersteuningsprogramsessie is vertel van sy vrees om *seergemaak* te word. Soos opgemerk deur die navorsers, was MIV/Vigs vir hierdie kinders slegs een komponent van 'n groter realiteit van psigo-sosiale stresfaktore soos armoede en geweld (Roth et al., 1994).

Siegel en Gorey (1998) en Wild (2001) het die aandag daarop gevestig dat MIV-positiewe kinders 'n spesiale sub-populasie MIV/Vigs-geaffekteerde kinders mag wees. Geen literatuur is gevind waaruit afgelei kan word of hierdie veronderstelling geldig is spesifiek met betrekking tot hul vrese nie. Dit sou egter die logiese afleiding wees teen die agtergrond van die bykomende psigo-sosiale uitdagings van 'n kroniese siekte waarmee hulle gekonfronteer word (Giese, 2002), soos daar reeds na verwys is (sien Afdeling 3.1.2.1). Geringe aanduidings dat MIV-positiewe kinders 'n spesiale sub-populasie mag wees, is dat die 24.3% beraamde voorkoms van *DSM*-angsversteurings onder pediatriese MIV/Vigs-pasiënte daarop dui dat ang 'n ernstige probleem is onder hierdie populasie (Scharko, 2006). Diagnoseerbare angsversteurings waarmee MIV-positiewe kinders gepresenteer het, het vreesverwante spesifieke fobies ingesluit (New, Lee & Elliott, 2007).

3.1.3 Versorger-persepsie vrese

In die vroegste navorsing oor kinders se vrese is data hoofsaaklik ingesamel deur 'n derdeparty soos ouers en onderwysers. Dit is gevolg deur 'n reeks studies wat gefokus het op kinders se selfrapporteringsverslae (Gullone, 1999). Ten spyte van die teenswoordige uitgangspunt dat dit optimaal is om die kind se persepsie en minstens een bykomende party se verslag te versamel oor kinders se psigo-sosiale funksionering oor die algemeen en hul vrese spesifiek (Mahat & Scoloveno, 2003; Muris et al., 2001; Silverman & Saavedra, 2004), word sodanige studies slegs sporadies onderneem (Lahikainen, Kraav, Kirmanen & Taimalu, 2006).

Insameling van meer as een persepsie oor kinders se vrese sluit aan by die navorsingskonsep *triangulasie van observators*, wat beteken dat die volledigste beeld van 'n verskynsels verkry word deur die bestudering daarvan uit verskillende gesigspunte (Neuman, 2000). Met betrekking tot kwalitatiewe studies, word dit beskou as die beste metode om die

navorsingskwaliteitsvereistes geldigheid en betroubaarheid te bevorder (Babbie & Mouton, 2001). Vrae oor geldigheid wat ontstaan het, nadat onderlinge afwyking dikwels gevind is tussen kinders se selfrapporteringsverslae en derdepartypersepsies oor kinders se vrese, is die rede waarom die belang van meer as een informant in kindervreesstudies beklemtoon is (Gullone, 1999).

Die kenmerkendste verskil tussen kind- en versorgerverslagdoening is gevind met betrekking tot die voorkoms van kinders se vrese. Versorgers het oorwegend 'n laer voorkoms gerapporteer as hul kinders (Keller, 2001; Lahikainen et al., 2006; Loxton, 2004). In die studie van Muris et al. (2001) het 73.3% van die kinders byvoorbeeld slaaptydvrese gerapporteer. Volgens hul versorgers het slegs 34.0% sodanige ervarings gehad. Verskille is ook voorheen gevind met betrekking tot die rangordes van die vreesstrukture wat onderskeidelik deur kinders self en versorgers oor hul kinders gerapporteer is. In die plaaslike studie van Keller (2001) en Loxton (2004) het versorgers byvoorbeeld opmerkbaar meer *ander* vrese gerapporteer as hul kinders. Verskille is ook gevind met betrekking tot die spesifieke vreesinhoud wat geïdentifiseer is deur kinders en hul versorgers oor hul kinders onderskeidelik (Keller, 2001; Lahikainen et al., 2006; Loxton, 2004). Oor die algemeen het studies groter kind-versorger ooreenstemming gevind met betrekking tot die *struktuur* as tot die *voorkoms*, *rangordes* en *spesifieke inhoud* van kindervrese (Lahikainen et al., 2006; Mooney et al., 1985; Muris et al., 2001). Verskille tussen kinders en versorgers se verslagdoening oor kinders se vrese is in verskillende kulture gedemonstreer (Lahikainen et al., 2006).

Verskeie verklarings is voorgestel vir die onderlinge afwyking tussen verskillende informante se persepsies oor kindervrees. *Eerstens* is dit klaarblyklik dat groter ooreenstemming gevind sal word met betrekking tot vrese vir konkrete stimuli, wat maklik deur buitestaanders waargeneem kan word soos vir 'n posbode. Gegewe die normatiewe ontwikkelingspatroon van vrese (sien Afdeling 3.1.1.1), impliseer dit dat buitestaanders meer betroubare verslagdoeners sal wees van jonger kinders se vrese. Ook omdat ouer kinders hul vrese beter verberg as jonger kinders (Gullone, 1999; 2000). *Tweedens* sal dié vrese wat die meeste persoonlike kwelling veroorsaak waarskynlik gerapporteer word (Lahikainen et al., 2006). Die emosionele betekeniswaarde van spesifieke kindervrese mag verskillend wees vir kinders en volwassenes en teenstrydige verslae tot gevolg hê. *Derdens* kan sosiale wenslikheid veroorsaak dat sekere vrese nie gerapporteer word deur versorgers nie (Lahikainen et al., 2006). Soortgelyk mag kinders as gevolg van sosialiseringpraktjke nie met hul versorgers of navorsers oor hul vrese kommunikeer nie (Mahat & Scoloveno, 2003). *Vierdens* kan versorgers en kinders in dieselfde vreesituasies betrokke wees (bv. ouerkonflik). Ouerlike egosentrisme in sodanige scenario's kan aanleiding gee tot 'n lae sensitiwiteit vir hul kinders se emosionele ervarings (Lahikainen et al., 2006). Versorgers met sielkundige versteurings (bv. depressie) mag ook minder gefokus wees op hul kinders, wat kan bydra tot teenstrydige selfrapporterings- en derdepartyverslae (Silverman & Saavedra, 2004).

Die volgende is voorgestel met betrekking tot die interpretasie van uiteenlopende verslae oor kinders se sielkundige funksionering. Volgens Silverman en Saavedra (2004), is vermelding van 'n internaliseringsprobleem soos angs en vrees, 'n aanduiding dat dit ervaar word. Spesifiek in verband met kindervrese, is egter van die standpunt uitgegaan dat kinders die primêre informante moet wees. Versorgers kan betekenisvolle addisionele inligting verskaf (Muris et al., 2001). In die huidige studie is die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders dus beskou as die bekwame rapporteerders van hul vrese. Die

versorgers het 'n alternatiewe perspektief verskaf. Waar slegs een informant melding gemaak het van 'n spesifieke vrees, is dit geïnterpreteer as die aanwesigheid daarvan.

3.1.4 Afdelingsamevatting

Hierdie afdeling was 'n oorsig van die inligting wat gebruik is as literêre kontrole om die huidige MIV/Vigs-geaffekteerde kinders se vrese te interpreteer. Navorsing toon dat vrese gedurende die kinderjare 'n normatiewe verskynsel is en kinders se vreesinhoud dikwels voorspelbaar is op grond van demografiese eienskappe. Verder is bevind dat sekere kinders besondere vrese ervaar as gevolg van hul spesiale omstandighede en daar is aanduidings dat MIV/Vigs-geaffekteerde kinders sodanige spesiale populasie mag wees. Met betrekking tot versorger-persepsie vrese, is daar dikwels verskille gevind tussen kinders se self-gerapporteerde vrese en die vrese wat deur versorgers vermeld word oor hul kinders.

3.2 Hanteringstrategieë van kinders

In die 1980s was navorsing oor kinders se hanteringstrategieë steeds in 'n vormingsfase (Compas, 1987; Compas et al., 2001; Fields & Prinz, 1997). Sedertdien is aansienlik gevorder om die proses van hantering gedurende die kinderjare te verstaan. Soos ook geblyk het uit die huidige literatuursoektog, is 'n groot hoeveelheid werk egter steeds nodig om hierdie navorsingsarea op dieselfde standaard te bring as navorsing oor volwassenes se hanteringsmeganismes (Compas et al., 2001) en kindervrees. In teenstelling met die literatuur oor kindervrese, is gefokus op spesiale populasies, eerder as normatiewe teikengroepe (Band & Weisz, 1988, Mahat & Scoloveno, 2003). Daar is veral 'n leemte geïdentifiseer aan plaaslike navorsing oor kinders se hanteringsmeganismes. Sover vasgestel kon word is slegs twee vergelykbare studies voorheen onderneem. Dié studies het egter onderskeidelik 'n voorskoolse teikengroep (Loxton, 2004) en 'n spesiale populasie kinderhuiskinders (Burkhardt, 2003) ondersoek en dus nie normatiewe data gegenereer aangaande middelkinderjariges se hanteringstrategieë nie. Die leemte aan navorsing oor kinders se hanteringstrategieë, het die daarstelling van 'n literêre kontrole vir die huidige ondersoek gekompliseer. Ook is daar slegs 'n beperkte aantal studies geïdentifiseer wat versorgers se persepsies oor hul kinders se hanteringstrategieë ingesluit het (Compas et al., 2001).

Ofskoon ten volle vergelykbare studies nie altyd geïdentifiseer kon word nie, is die mees relevante literatuur oor kinders se hanteringsmeganismes geselekteer, wat interpretasie van die huidige bevindings sou bevorder. Dié inligting word bespreek onder die volgende drie hoofopskrifte: (1) *Normatiewe populasies* se hanteringstrategieë, (2) *spesiale populasies* se hanteringstrategieë, en (3) *versorgers se persepsies* oor kinders se hanteringstrategieë.

3.2.1 Hanteringstrategieë van normatiewe populasies

Vrees is 'n onaangename emosie en dit is 'n natuurlike reaksie om dit te wil vermy of verlig. Aangesien dit nie altyd moontlik is nie (Botha et al., 2001), is die aanleer van strategieë om vrese te hanteer deel van normale kinderontwikkeling (Robinson et al., 1994). Dit impliseer dat ontwikkelingsaspekte in berekening gebring moet word, wanneer kinders se hanteringsmeganismes geïnterpreteer word. Hiervoor is ouderdom die eenvoudigste aanwyser om te gebruik. Dit het ook klaarblyklike betekenis om ander demografiese faktore te oorweeg wat hantering tydens die kinderjare kan beïnvloed.

Weens metodologiese probleme is 'n koherente kennisbasis oor normatiewe populasies se hanteringstrategieë en die faktore waardeur dit beïnvloed word tot dusver egter nie saamgestel nie (Compas et al., 2001).

Binne die beperkings van die bestaande literatuur, word bevindings aangaande normatiewe populasies se hanteringstrategieë vervolgens bespreek na aanleiding van die demografiese veranderlikes (1) *ouderdom*, (2) *nasionaliteit*, (3) *kultuur* en (4) *sosio-ekonomiese agtergrond*. Metodologie was nie 'n prominente kwessie in die hanteringsliteratuur, soos in die literatuur aangaande kinders se vrese nie. Afsonderlike bespreking van metodologiese aspekte aangaande navorsing oor kinders se hanteringstrategieë was derhalwe irrelevant vir die huidige doeleindes.

3.2.1.1 Ouderdom en hanteringstrategieë

Daar is voorheen daarna verwys, dat reeds in die vroegste literatuur oor kinders se hanteringstrategieë beklemtoon is dat kennis oor volwassenes se hantering nie voldoende is om kinders se reaksies op spanning te verstaan nie (sien Afdeling 2.8.2). *Eerstens* mag kinders se hanteringsopsies beperk wees as gevolg van hul lae sosiale status; beperkte ervaring; vlak van kognitiewe, emosionele en sosiale ontwikkeling; ingeperkte mobiliteit; en persoonlike asook finansiële afhanklikheid van volwassenes (Fields & Prinz, 1997; Kliwer, 1991). *Tweedens* verskil die leefwêreld van kinders en volwassenes. Kinders mag byvoorbeeld meer dikwels blootgestel word aan situasies wat buite hul beheer is. Dit impliseer dat hanteringsmeganismes wat oor die algemeen as adaptief beskou word vir volwassenes, minder doeltreffend mag wees gedurende die kinderjare, wanneer pogings om die omgewing te beïnvloed onsuksesvol mag wees (Kliwer, 1991). Die aanname was dus dat die wyse waarop spanning hanteer word oor die lewenspan sou verander (Lazarus & Folkman, 1984). Alhoewel die volledige ontwikkelingspatroon van hanteringstrategieë oor die lewensloop nog gedokumenteer moet word (Compas et al., 2001; Lazarus & Folkman, 1984), is die volgende tendense reeds geïdentifiseer.

Gedurende die kinderjare is die ontwikkelingspatroon van hantering taamlik opsigtelik (Lazarus & Folkman, 1984). Babas se onwillekeurige reaksies (bv. huil) op omgewingstressors soos harde geluide, is geïnterpreteer as die eerste tekens van menslike hanteringsgedrag (Compas et al., 2001; Ebersöhn & Eloff, 2002). Meer komplekse hanteringstrategieë ontwikkel geleidelik namate kinders hul wêreld begin verstaan en verskillende wyses van hantering aanleer (Lazarus & Folkman, 1984).

Daar is drie tendense geïdentifiseer waardeur hantering gedurende die *voorskoolse jare* gekenmerk word. *Eerstens* word probleem-gefokusde- en vermydingsgedrag, die algemeenste gebruik om spanning te hanteer. *Tweedens* wend voorskoolse kinders hulself hoofsaaklik tot versorgers vir ondersteuning. *Derdens* is daar min verskille gevind in die strategieë wat deur voorskoolse kinders gebruik word om uiteenlopende situasies te hanteer (Fields & Prinz, 1997).

Die eerste twee eienskappe is plaaslik geïllustreer deur Loxton (2004), wat die hanteringsmeganismes ondersoek het van 'n multi-kulturele groep 5- tot 7-jarige kinders van die Wes-Kaap. Soos in die huidige studie, is Band en Weisz (1988) se koderingsraamwerk gebruik om die data te ontleed (sien Afdeling 2.8.2) en die kinders se hanteringsmeganismes is in verhouding tot hul vrese ondersoek. Met betrekking tot die breë dimensies is *primêre kontrole meganismes* (bv. *probleem-gefokusde vermyding* en *direkte probleemoplossing*) die meeste vermeld, gevolg deur *sekondêre kontrole meganismes* en

laastens *hopelose kontrol meganismes* (vgl. eerste kenmerk). Dit was opmerklik dat *sosiale/spirituele ondersteuning* ('n sekondêre kontrole meganisme) die sub-dimensie was wat algeheel die meeste voorgekom het. Kenmerkend aan die ouderdomsgroep is ouers vermeld as die belangrikste ondersteuningsfigure (vgl. tweede kenmerk).

Met betrekking tot hantering gedurende die *middelkinderjare* is die volgende tendense geïdentifiseer (Fields & Prinz, 1997). *Eerstens* is daar 'n geleidelike toename gevind in emosie-gefokusde en kognitiewe hanteringsmeganismes (sekondêre kontrole strategieë). Alhoewel daar 'n algehele afname waargeneem is in die gebruik van probleem-gefokusde meganismes (primêre kontrole strategieë), is 'n toename opgemerk in pogings om direkte oplossings vir probleme te vind ('n primêre kontrole strategie). *Tweedens* is daar aanduidings van 'n periode aan die begin van die middelkinderjare waartydens ondersteuning van portuurs verkies word. Dit verander weer na 'n voorkeur vir volwassebystand aan die einde van die middel-kinderjare, soos gedurende die voorskoolse jare. Algeheel is daar egter 'n afname geïdentifiseer in die gebruik van sosiale ondersteuning as 'n hanteringsmeganisme. Dit was *derdens* kenmerkend dat middel-kinderjariges se hanteringstrategieë toenemend gedifferensieer geraak het (Fields & Prinz, 1997), wat 'n aanduiding is dat hanteringstrategieë selektief aangepas is by die aard van die spanningsituasie.

In die studie waarin Band en Weisz (1988) die koderingsraamwerk voorgestel het, soos gebruik in die huidige ondersoek (sien afdeling 2.8.2), is van hierdie middel-kinderjarige hanteringstendense gedemonstreer. Kinders van onderskeidelik 6-, 9- en 12-jarige ouderdom se hanteringstrategieë is vergelyk. Laasgenoemde is ondersoek in verband met spanningsvolle situasies waarmee die meeste kinders op 'n tyd in hul lewens gekonfronteer word (bv. konflik met portuurs). Daar was 'n beduidende toename in die gebruik van *sekondêre kontrole strategieë* van 6- tot 12-jarige ouderdom en 'n gepaardgaande afname in *primêre kontrole strategieë*. Van die primêre kontrole strategieë soos *direkte probleem-oplossing* en *probleem-gefokusde aggressie* het egter toegeneem met ouderdom (vgl. eerste kenmerk). Verder was dit kenmerkend dat die middel-kinderjarige teikengroep verskillende hanteringstrategieë gebruik het vir verskillende tipes spanning (vgl. derde kenmerk). In verband met situasies wat waarskynlik deur die kinders getakseer is as onbeheerbaar (bv. mediese prosedures/fisiese ongelukke), is meer *sekondêre kontrole meganismes* (bv. dink aan iets gelukkigs) gerapporteer, as vir spanningsfaktore soos akademiese probleme wat moontlik as beheerbaar beoordeel is. Vir laasgenoemde is hoofsaaklik *primêre kontrole meganismes* gerapporteer soos om werksverrigting te verhoog. Dit was opmerklik dat mediese prosedures die spanningsgebeurtenis was waarvoor die meeste *hopelose kontrole meganismes* gerapporteer is.

Bevindings oor adolessente se hanteringsgedrag, het getoon dat (1) die selektiewe aanpassing van hanteringsmeganismes by die aard van die spanning steeds toeneem en (2) 'n groter variasie kognitiewe hanteringsvaardighede gedurende hierdie periode verwerf word (Fields & Prinz, 1997). Benewens die fundamentele veranderinge wat geïdentifiseer is gedurende die kinderjare en adolessensie, is die mening dat die beste veralgemening met betrekking tot hantering oor die totale lewenspan is, dat hanteringstrategieë verander in reaksie op die spanning wat pertinent is gedurende 'n spesifieke ontwikkelings stadium (Lazarus & Folkman, 1984).

3.2.1.2 Nasionaliteit en hanteringstrategieë

Die meeste studies oor kinders se hanteringsmeganismes is onderneem in ontwikkelde lande. Oor die strategieë wat kinders in derdewêreldlande gebruik om hul vrese en spanning te hanteer is min bekend. Soos opgemerk in die inleiding tot hierdie afdeling, is Suid-Afrika nie 'n uitsondering in dié verband nie.

In een van die min studies wat kinders van verskillende nasionaliteite se hanteringsmeganismes vergelyk het, is groot ooreenstemming gevind tussen die hanteringstrategieë van Amerikaanse en Taiwanese kinders. Waar verskille voorgekom het, was dit aangaande die hantering van spanningsituasies waar kultuur-spesifieke norme ter sprake was. Die bevinding het daarop gedui dat in ag name van kinders se sosio-kulturele konteks noodsaaklik is, ten einde hul hanteringsgedrag te verstaan (McCarty et al., 1999), eerder as land van herkoms per se.

3.2.1.3 Kultuur en hanteringstrategieë

Soos voorgestel in die literatuur oor kindervrees (Gullone, 2000), kan veronderstel word dat die vernaamste kulturele verdeling, met betrekking tot kinders se hanteringstrategieë, sal wees tussen individualisties- en kollektivisties-georiënteerde kulture. Sodanige afleiding word ondersteun deur die bevindinge van McCarty et al. (1999) waarna verwys is in die voorafgaande sub-afdeling. In lyn met hul kulturele agtergrond, wat sosiale inhibisie en onderdanigheid dikteer (Botha et al., 2001; McCarty et al., 1999), het die Taiwanese kinders meer as dubbel die hoeveelheid bedekte (*covert*) hanteringstrategieë as Amerikaanse kinders gerapporteer om spanningsituasies te hanteer waarby gesagsfigure betrokke was (bv. woede van volwassenes). Hierteenoor was die Amerikaanse kinders meer geneig as hul Taiwanese portuurs om sekondêre kontrole meganismes te gebruik om fisiese beserings te hanteer (McCarty et al., 1999). Dit blyk konsekwent te wees met hul Westerse agtergrond wat onafhanklikheid en individualisme beklemtoon (Botha et al., 2001) en impliseer dat soeke van eksterne hulp ontmoedig word.

Die invloed van kultuur was egter nie altyd volgens verwagting nie. Mahat en Scoloveno (2003) het veronderstel dat Nepalese kinders dikwels gebed as 'n hanteringstrategie sou rapporteer, gegewe dié kultuur se streng godsdienstige oortuigings. In teenstelling is bevind dat dit selde gerapporteer is deur die teikengroep. Ook anders as verwag, het Loxton (2004) plaaslik geen beduidende verskille gevind tussen die hanteringstrategieë wat deur kinders van Suid-Afrika se onderskeie rassekulture gerapporteer is in verhouding tot hul vrese nie.

3.2.1.4 Sosio-ekonomiese agtergrond en hanteringstrategieë

Op internasionale vlak is die literatuur aangaande die verwantskap tussen sosio-ekonomiese agtergrond en kinders se hanteringstrategieë beskryf as *teleurstellend* (Compas et al., 2001). Plaaslik het Loxton (2004) die volgende bevindinge gemaak. Waar kinders met 'n lae sosio-ekonomiese agtergrond hoofsaaklik *probleem-gefokusde vermyding* strategieë gerapporteer het in verhouding tot hul vrese, was *sosiale/spirituele ondersteuning* bo aan die ranglys van die kinders wat 'n hoër sosio-ekonomiese agtergrond gehad het. Tussen hierdie twee groepe deelnemers is 'n bykomende verskil gevind met betrekking tot *kognitiewe vermyding strategieë*. Die kinders met 'n hoër sosio-ekonomiese agtergrond het hierdie tipe

meganismes beduidend meer gerapporteer as kinders uit lae sosio-ekonomiese huishoudings. Spesifieke hanteringsmeganismes wat gerapporteer is sluit in, om die vrees te *ignoreer*, *televisie te kyk* en *te speel* asook om die vrees *weg te dink* of ‘n *teddiebeer vas te hou* (Loxton, 2004). Nederlandse kinders, wat oorwegend ‘n hoër sosio-ekonomiese agtergrond gehad het, het soortgelyke meganismes gerapporteer vir die hantering van hul slaaptydvrees as die hoë sosio-ekonomiese Suid-Afrikaanse kinders. Wending na ouers vir ondersteuning was die mees gerapporteerde strategie. *Aandagafleiding* (bv. lees ‘n boek) en *vashou aan teddiebere* is ook dikwels vermeld (Muris et al., 2001). Vir sover dit die hantering van vrees aangaan, is daar dus aanduidings dat die rapportering van ondersteuning en kognitiewe strategieë kenmerkend mag wees aan hoër sosio-ekonomiese teikengroepe.

3.2.2 Hanteringstrategieë van spesiale populasies

Van die wye verskeidenheid teikenpopulasies wat spesiale populasies mag wees met betrekking tot hul hanteringstrategieë, word in hierdie oorsig verwys na (1) kinders met *kroniese siektes*, (2) kinders met *beperkte intellektuele vermoëns*, en (3) *kinderhuiskinders*. Daarna word bestaande literatuur oor (4) MIV/Vigs-geaffekteerde kinders se hanteringsmeganismes weergegee, die vermeende spesiale populasie in hierdie studie.

3.2.2.1 Hanteringstrategieë van kinders met kroniese siektes

Ten spyte van die besondere uitdagings wat kinders met kroniese siektes moet hanteer, is daar toenemende getuienis dat ‘n groot aantal van hierdie kinders goed aanpas by hul omstandighede (Kenny, 1994). Daar is selfs aanduidings dat kinders met kroniese siektes as gevolg van hul omstandighede alledaagse spanning meer effektief hanteer as gesonde kinders, deur beter vaardigheid in die selektiewe toepassing van emosie-gefokusde en probleem-gefokusde strategieë om onderskeidelik onbeheerbare en beheerbare spanning te hanteer (Hampel, Rudolph, Stachow, Laß-Lentzsch & Petermann, 2005).

In ‘n literatuuroorsig aangaande die hanteringstrategieë van kinders met kroniese en akute siektes, is *sosiale ondersteuning* (bv. belegging in vriendskap) en *pogings om die bron van spanning te verander* (bv. rus) geïdentifiseer as dié twee meganismes wat die algemeenste gedokumenteer is (Ryan-Wenger, 1996). Ander gedragstrategieë wat deur kinders met kanker gerapporteer is sluit in om *hulp vir skoolprobleme* te kry en om van *skool te verwissel* of *weiering van skoolbywoning*, weens negatiewe aandag (bv. terger) van mede-leerders. *Positiewe selfspraak* en *aandagafleiding* (bv. deur musiek te luister) is voorbeelde van kognitiewe strategieë wat deur kinders gebruik is om die uitdagings van kroniese siekte te hanteer (Claflin & Barbarin, 1990; Nadeane McCaffrey, 2006). Verduring (*endurance*) is ‘n strategie wat hoofsaaklik deur gehospitaliseerde kinders gerapporteer is, waarskynlik as gevolg van relatiewe magteloosheid wat ervaar is oor hul mediese versorging. Dit het onder meer gemanifesteer as *passiewe aanvaarding* en *samewerking* (Ryan-Wenger, 1996).

In die geheel dui die literatuur op ‘n groot mate van ooreenstemming tussen die hanteringstrategieë van kinders met kroniese siektes en gesonde kinders, met betrekking tot die *tipe strategieë* en ouderdomsverwante *ontwikkelingspatroon* van die meganismes wat gerapporteer word (Claflin & Barbarin, 1990; Ryan-Wenger, 1996). Daar is egter dikwels verskille gevind tussen sieklike en gesonde kinders aangaande die *frekwensie* en *effektiwiteit* van sekere hanteringstrategieë (Ryan-Wenger, 1996).

3.2.2.2 Hanteringstrategieë van kinders met beperkte intellektuele vermoëns

Daar kan verwag word dat 'n intellektuele beperking die aanleer van hanteringsvaardighede sal beïnvloed (Ebersöhn & Eloff, 2002). Geen studies is egter geïdentifiseer wat toepaslike agtergrondsinligting verskaf het vir hierdie studie nie. Ryan (1989) se teikengroep het kinders met beperkte intellektuele vermoëns ingesluit, maar dié sub-groep deelnemers se data is nie afsonderlik ontleed nie.

3.2.2.3 Hanteringstrategieë van kinderhuiskinders

Die spesiale omstandighede van kinders wat opgroei in kinderhuise mag nie slegs aanleiding gee tot besondere vrese nie, dit kan ook die strategieë beïnvloed wat hierdie populasie gebruik om hul vrese te hanteer. Waarskynlik as gevolg van die godsdienstige aard van baie versorgingsinstellings, was *spirituele ondersteuning* (bv. bid) een van die algemeenste strategieë wat deur middel-kinderjarige kinderhuiskinders van die Wes-Kaap gebruik is om hul vrese te hanteer. *Kognitiewe strategieë, emosie-gefokusde trane en emosie-gefokusde aggressie* is selde gerapporteer. Laasgenoemde is toegeskryf aan lewenstadia-spesifieke eienskappe, eerder as spesiale omstandighede (Burkhardt, 2003). Die voorafgaande bevindings beklemtoon dat spesifieke kontekstuele faktore én normatiewe ontwikkelingsaspekte oorweeg moet word, wanneer vermeende spesiale populasies se hanteringsmeganismes geïnterpreteer word.

3.2.2.4 Hanteringstrategieë van MIV/Vigs-geaffekteerde kinders

Soos met betrekking tot die vrese van MIV/Vigs-geaffekteerde kinders, is daar 'n leemte geïdentifiseer aan navorsing oor die hanteringstrategieë van MIV/Vigs-geaffekteerde kinders (Ebersöhn & Eloff, 2002; Hough et al., 2003). In studies oor MIV/Vigs-geaffekteerde kinders se hantering is die konsep dikwels gedefinieer as 'n uitkoms, met ander woorde mate van sielkundige aanpassing, eerder as pogings om spanning of vrees te hanteer (bv. Hayden, 2006).

Die beperkte literatuur wat beskikbaar is, veronderstel dat MIV/Vigs-geaffekteerde kinders probleemgedrag demonstreer (Forehand et al., 1998; Hough et al., 2003). In 'n studie oor MIV/Vigs-geaffekteerde kinders en adolessente van Malawi en Lesotho, is *rook* en *alkoholgebruik* byvoorbeeld algemeen as hanteringstrategieë vermeld. Die teikengroep was in die sorg van die uitgebreide gesinsnetwerk. Volgens die navorsers was dit vir die kinders 'n manier om in te pas by hul besondere sosiale omstandighede (Ansell & Young, 2008). MIV/Vigs-geaffekteerde kinders en adolessente van Amerika (11- tot 17-jaar) het *wapens* gedra en 'n *onoorwinlike* houding aangeneem, wat volgens die navorsers gedui het op 'n onderliggende vrees vir die geweld in hul gemeenskap (Roth et al., 1994).

'n Meer adaptiewe hanteringstrategie is deur Murphy et al. (2006) geïdentifiseer. In reaksie op ontsluiting van hul moeders se MIV-positiewe statusse, het 7- tot 14-jarige kinders belangstelling in MIV/Vigs geopenbaar deur inligting te soek in die media, boeke of op die internet (Murphy et al., 2006). Pediatriese MIV/Vigs-pasiënte het 'n soortgelyke nuuskierigheid gehad oor hul behandeling. Dit is deur gesondheidspersoneel geïnterpreteer as 'n poging om kognitiewe beheer te verkry oor hul liggame en lewens (Lee & Johann-Liang, 1999). Sodanige *intellektualisasie* is 'n hanteringstrategie wat voorheen

waargeneem is by pediatriese kankerpatiënte (Last & Veldhuizen, 1996) en die gesonde kinders van terminale kankerlyers (Adams-Greenly & Moynihan, 1983).

Ontkenning ten einde angs te voorkom, is 'n hanteringstrategie wat geïdentifiseer is by adolessente wie se ouers aan vigs gesterf het. Alhoewel ontkenning oor die algemeen as 'n disfunksionele hanteringstrategie beskou word, was die navorsers van mening dat dit op die korttermyn 'n effektiewe meganisme was, sodat ontwikkelingstake bemeester kon word (Halperin, 1993).

Andiman (1995) het voorgestel dat kinders in MIV/Vigs-geaffekteerde huishoudings die MIV-positiewe gesinslid mag *vermy* uit vrees vir besmetting. Hierdie strategie is inderdaad gerapporteer deur die seun waarna voorheen verwys is, wat sy MIV-positiewe moeder nie op die lippe wou soen nie (Witte & De Ridder, 1999; sien Afdeling 3.1.2.4).

Die Suid-Afrikaanse MIV/Vigs-konteks is uniek, sodat selfs kennis oor die hanteringstrategieë van MIV/Vigs-geaffekteerde kinders in nabygeleë Afrika-lande nie sondermeer plaaslik gebruik kan word vir die ontwikkeling van ondersteuningsprogramme vir MIV/Vigs-geaffekteerde kinders nie (Ansell & Young, 2008; Ebersöhn & Eloff, 2002). Ofskoon die daarstelling van inligting vir intervensiedoeleindes nie 'n doelwit was van die huidige studie nie, het hierdie ondersoek die plaaslike navorsingsveld hiervoor geopen.

3.2.3 Versorger-persepsie hanteringstrategieë

Soos in die literatuur aangaande kinders se vrese, is 'n groot beperking van navorsing oor kinders se hanteringstrategieë dat daar oorwegend berus is op selfrapporteringsverslae (Compas et al., 2001). Waar versorgers se persepsies ondersoek is, het die bevindings ooreengestem met dié van studies oor kindervrees wat meervoudige informante ingesluit het (sien Afdeling 3.1.3). Daar was ooreenkomstig met betrekking tot die hanteringstruktuur wat deur kinders en hul versorgers gerapporteer is (Loxton, 2004; Mahat & Scoloveno, 2003; Mooney et al., 1985; Muris et al., 2001). Die voorkoms van minder opsigtelike hanteringsmeganismes (bv. aandagaflleiding) is egter deur versorgers onderskat. Dit was ook opmerklik dat 'n groot aantal ouers nie geweet het watter hanteringstrategieë hul kinders gebruik het om hul vrese te hanteer nie (Muris et al., 2001).

Dieselfde beginsels is voorgestel vir die interpretasie van uiteenlopende verslae oor kinders se hanteringsmeganismes, as oor kinders se vrese (Compas et al., 2001; Muris et al., 2001). In navolging van die aanbevelings, is die huidige MIV/Vigs-geaffekteerde kinders beskou as die primêre informante van hul hanteringstrategieë, terwyl versorgers betekenisvolle addisionele inligting verskaf het. Vermelding van 'n hanteringsmeganisme deur een party, is geïnterpreteer as die aanwesigheid daarvan (sien Afdeling 3.1.3).

3.2.4 Afdelingsamevatting

Uit die voorafgaande literatuuroorsig aangaande kinders se hanteringsmeganismes, was dit duidelik dat daar 'n leemte is aan navorsing oor dié onderwerp. Spesifiek ook in Suid-Afrika en oor MIV/Vigs-geaffekteerde kinders as 'n vermeende spesiale populasie. 'n Uitgebreide literêre kontrole om die huidige MIV/Vigs-geaffekteerde kinders se hanteringstrategieë te

interpreteer, kon gevolglik nie daargestel word nie. Aangaande kinders se selfrapporteringsverslae en versorgers se persepsies oor hul kinders se hanteringsmeganismes, is verskille dikwels gevind tussen die onderskeie verslagdoeners se verslae.

3.3 Leerervarings van kinders

Navorsing oor die rol van leerervarings (*Rachman se weë*) in kinders se vrese strek oor 'n kort periode, relatief tot die literatuur oor kinders se vrese. Alhoewel inligtings-, modellerings-, en kondisioneringservarings nie die *ontstaan* van alle kinders se vrese kon verduidelik nie (Du Plessis, 2006; King et al., 1998), is die *rol* van dié drie leerkanale in die ervaring van kinders se vrese ondersteun deur buitelandse (King et al., 1998) én plaaslike (Du Plessis, 2006) navorsing. Gepubliseerde Suid-Afrikaanse navorsing is egter beperk tot 'n enkele studie (Muris et al., in pers).

Oorwegend is bevind dat kinders 'n kombinasie van kondisionerings-, modellerings- en inligtingservarings gerapporteer het in verhouding tot hul vrese, met die gevolgtrekking dat die drie leerkanale 'n interaktiewe rol het in kinders se vreeservarings (Ollendick & King, 1991). Die aandag is egter gevestig op *inligtingservarings*, wat dikwels die mees gerapporteerde kanaal was, wanneer die breë (Loxton et al., 2005; Muris et al., 1997; Ollendick & King, 1991) en wanneer die streng (Muris, Merckelbach, Gadet et al., 2000; Muris et al., 2001) definisie van Rachman se weë gebruik is. Navorsing dui dus daarop dat negatiewe inligting nie slegs 'n *rol* mag hê in kinders se vreeservarings nie, maar ook werklik aanleiding kan gee tot die *ontstaan* daarvan. Oor die algemeen is *negatiewe inligting* dus teen die hoogste frekwensie vermeld, gevolg deur die ander twee leerervarings in die tweede of derde posisie. In Ollendick en King (1991) se studie het 89.0% van die deelnemers byvoorbeeld *negatiewe inligting* oor hul vrese herroep. *Modelleringservarings* is deur 56.0% en *kondisioneringservarings* deur 36.0% deelnemers gerapporteer. In Muris et al. (1997) se studie het 87.8%, 61.1% en 49.6% van die deelnemers onderskeidelik *inligtings-*, *kondisionerings-* en *modelleringservarings* vermeld as die breë definisie gebruik is. Hierdie studie word dikwels na verwys, aangesien dit die ongewone bevinding gehad het dat *kondisioneringservarings* algeheel die mees gerapporteerde kanaal was vir die werklike ontstaan van vrese (streng definisie).

Die prominente rol van vreeswekkende inligting in die ervaring en verwerwing van kinders se vrese, is deur eksperimentele studies bevestig. Daar is gedemonstreer dat negatiewe inligting oor onbekende monsters en diere nie slegs voldoende was om aanleiding te gee tot vreesgevoele daaroor nie (Field et al., 2001), maar ook werklik vermydende gedrag tot gevolg gehad het (Field & Lawson, 2003). Die effek van inligtingservarings is bemiddel deur eienskappe van die persoon wat die inligting oorgedra het. Waar 7- tot 9-jarige kinders ontvanklik was vir informasie wat oorgedra is deur ouer kinders en gesagsfigure soos onderwysers, kon dieselfde ouderdom portuurs nie hul vreesoortuigings verander nie. Middelkinderjariges se ingesteltheid om van ouer persone te leer is voorgestel as verklaring vir dié bevinding (Field et al., 2001). Teen die verwagting kon negatiewe inligting nie aanleiding gee tot sosiale vrese in 'n vroeë adolessente teikengroep nie. Soos na verwys in die bespreking aangaande ouderdom en vrese (sien Afdeling 3.1.1.1), is dié ouderdomsgroep naamlik vatbaar vir die verwerwing van sosiale vrese. Verskeie beperkings van die studie kon bygedra het tot dié teenstrydige bevinding (Field, Hamilton, Knowles & Plews, 2003).

Daar is ook ondersoek ingestel na die verhouding tussen die onderskeie leerervarings en spesifieke tipe vrese. Met betrekking tot die *ervaring* van vrees was *negatiewe inligting* die mees gerapporteerde kanaal in verhouding tot vrese vir *diere*, *dood/gevaar* en *mediese kwessies*. Spesifiek is in verhouding tot vrese vir *diere* en *mediese kwessies* negatiewe inligting herroep deur nagenoeg al die deelnemers wat sodanige vrese gerapporteer het (Muris et al., 1997). Hierteenoor was *kondisionering* die mees gerapporteerde kanaal met betrekking tot die werklike *ontstaan* van sodanige *dier-* en *mediese* vrese (Merckelbach, Muris & Schouten, 1996; Muris et al., 1997). Die *ontstaan* van vrese vir *fantasiekaraktters* en *gevaar/dood* is hoofsaaklik deur kinders toegeskryf aan *negatiewe inligting* (Muris et al., 1997; Muris, Merckelbach, Gadet et al., 2000). Die deelnemers in die studies waarna verwys is, het dus klaarblyklik nie werklike ervarings met die *dood/gevaar* en *fantasiekaraktters* gehad, waardeur hul vrese gemotiveer is nie. Hul vrese vir *diere* en *mediese kwessies* hierteenoor het skynbaar ontstaan deur direkte leerervarings. Die algemene veronderstelling is dat *kondisioneringservarings* geassosieer word met die verwerping van klinies beduidende vrese en dat *modellerings-* en *inligtingservarings* aanleiding gee tot minder intense vrese (Field et al., 2001).

Die enigste plaaslike ondersoek regverdig afsonderlike verwysing. Du Plessis (2006), gepubliseer as Muris et al. (in pers), het ondersoek ingestel na die rol van Rachman se weë in die vrese van 'n middel-kinderjarige, multi-kulturele teikengroep van die Wes-Kaap. In teenstelling met die meeste internasionale bevindings (bv. Ollendick & King, 1991), is *modelleringservarings* die meeste gerapporteer (75.3%), gevolg deur *inligtings-* (67.4%) en *kondisioneringservarings* (49.4%). Die navorser se gevolgtrekking van die ongewone bevinding was dat land van herkoms 'n rol speel in die leerkanale wat kinders die meeste ervaar in verhouding tot hul vrese (Du Plessis, 2006).

Aangaande die verhouding tussen die drie leerkanale en spesifieke vrese van die Suid-Afrikaanse kinders, is bevind dat *modellering* die kanaal was wat die meeste herroep is in verband met vrese vir die *dood*, *slange*, *spinnepoppe*, *bendes*, *wapens* en *honde*. Vrese vir *misdad*, *krokodille*, *roofdiere* en *verkragting* is hoofsaaklik geassosieer met *negatiewe inligting*. Die televisie is die inligtingsbron wat die meeste gerapporteer is. *Kondisioneringservarings* was nooit die mees gerapporteerde kanaal in verhouding tot 'n spesifieke tipe vrees nie (Du Plessis, 2006).

Du Plessis (2006) het ook tot die gevolgtrekking gekom dat die inherente kulturele sisteme van 'n land 'n invloed het op die leerervarings wat kinders het. Alhoewel die Swart én die Wit Suid-Afrikaanse deelnemers beide *modelleringservarings* teen die hoogste frekwensie vermeld het, is verskille gevind met betrekking tot die leerkanale wat gerapporteer is deur die onderskeie rassekulture. Swart kinders het beduidend *meer inligtingservarings* gerapporteer as Wit kinders. Laasgenoemde het aansienlik *minder kondisioneringservarings* herroep as hul Swart portuurs. Statistiese ontleding van die teikengroep se demografiese data het getoon dat die Swart deelnemers hoofsaaklik 'n lae en Wit deelnemers 'n hoër sosio-ekonomiese agtergrond gehad het. Dit het verklaar waarom vergelyking van die Suid-Afrikaanse kinders met betrekking tot sosio-ekonomiese agtergrond dieselfde resultate gelewer het, as vergelyking van die deelnemers met betrekking tot rassekultuur. Die deelnemers met 'n lae sosio-ekonomiese agtergrond/Swart rassekultuur het dus meer *inligtingservarings* én meer *kondisioneringservarings* vermeld as die deelnemers met 'n hoër sosio-ekonomiese agtergrond/Wit rassekultuur.

Internasionale én plaaslike bevindings veronderstel dus dat die ervaring van vrese gedurende die kinderjare leerkanal-spesifiek mag wees. Die sterk invloed van modellering op die vrese van Suid-Afrikaanse kinders en die sosio-kulturele

verskille wat gevind is, is 'n aanduiding dat die verwantskap konteks-spesifiek mag wees (Du Plessis, 2006), dit is 'n eienskap van kinders se leefwêreld.

3.4 Persoonlike vrese van MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers

Dit is nie ongewoon vir volwassenes om vrese te ervaar nie (Botha et al., 2001). Selfs tipiese kindervrese soos vir slange, is steeds gerapporteer in studies wat ondersoek ingestel het na volwassenes se vrese (Kirkpatrick in Loxton, 2004). Gedurende volwassenheid is vrese wat verband hou met lewenstadia-spesifieke uitdagings egter meer prominent. Verantwoordelikheid vir die versorging van 'n kind is sodanige uitdaging wat vrees kan veroorsaak. Die fisiese (bv. voetgangerongeluk) en sielkundige (bv. molestering) skending van hul kinders was byvoorbeeld algemene bronne van kommer vir stedelike ouers (Blakely, 1994). Siekte en die dood is ook kwessies waarvoor die mens oor die totale lewensloop bang bly (Taylor, 2006). Gevolglik is dit verstaanbaar dat *vrees* dikwels 'n tema was in studies wat breër ondersoek ingestel het na die *ervarings* van MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers, 'n populasie wat hul ouerskaprol vertolk in 'n konteks van siekte en dood (bv. Antle, Wells, Goldie, Dematteo & King, 2001; Varga, Sherman & Jones, 2005). Die feit dat dit spontaan na vore gekom het in versorgers se verhale, beklemtoon die relevansie van die huidige eksplisiete ondersoek na die vrese van MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers.

(1) *Ontsluiting*, (2) *toekomstige versorging/welstand van kinders*, (3) *materiële bronne* en (4) *persoonlike welstand* is vier bronne van vrees wat algemeen deur MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers gerapporteer is. Dié vreestemas word as agtergrond vir die huidige studie bespreek. Dit is opmerklik dat MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers se bekommernisse ooreengestem het, ofskoon die spesifieke wyse waarop MIV/Vigs in hul lewens gemanifesteer het (bv. met betrekking tot persoonlike MIV-status/verwantskap aan geïnfekteerde persoon) dikwels verskil het (Antle et al., 2001).

3.4.1 Ontsluiting

Ontsluiting is die tipe vrees wat sekerlik die meeste gedokumenteer is in die literatuur aangaande MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers se ervarings. Ook in Suid-Afrika was ontsluiting op die voorgrond van MIV-positiewe vroue van Johannesburg se bekommernisse, wanneer hulle uitgevra is oor 'n lewe met MIV/Vigs in die konteks van moederskap (Varga et al., 2005).

Uit MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers se verhale kan afgelei word dat kommer oor ontsluiting gemotiveer is deur 'n reeks onderliggende vrese. MIV-positiewe ouers wou nie hul diagnoses bekend maak nie, omdat verwag is dat dit 'n ongewenste *emosionele impak* sou hê op hul kinders en geliefdes, asook bekommernis dat kinders dié *geheim* sou *openbaarmaak* buite die gesin (Antle et al., 2001; Lee & Johann-Liang, 1999; Murphy et al., 2002; Rehm & Franck, 2000; Tompkins, 2007). Versorgers was bang dat publieke kennis oor hul MIV-positiewe status aanleiding sou gee tot *diskriminasie* teen hul kinders en *geskindery* of *verwerping* deur skoolvriende (Murphy et al., 2002; Niebuhr, Hughes & Pollard, 1998; Rehm & Franck, 2000; Roth et al., 1994; Tompkins, 2007). Daar was ook kommer dat hul *persoonlike aansien* geskend sou word (Murphy et al., 2002); vrese vir *fisiese geweld*, *verwerping* en *blaam* (Varga et al., 2005; Tompkins, 2007); en kommer om met *vrae oor die dood* en *wyse van oordrag* gekonfronteer te word (Antle et al., 2001). Ten spyte van hul vrese, het sommige versorgers

ontsluiting aan kinders oorweeg, aangesien dit besorgdheid sou verlig oor die moontlikheid dat dit op *ander wyses uitgevind* sou word (Tompkins, 2007).

Ontsluiting is in besonder 'n spanningsvolle kwessie vir versorgers, wanneer kinders ingelig moet word oor hul persoonlike MIV-positiewe status. Enersyds is daar vrees vir die *emosionele* en *sosiale implikasies* van ontsluiting vir die kind (Oberdorfer et al., 2006, Wiener et al., 2007), asook vir woede teenoor ouers (Wiener et al., 2007), as die virus van moeder na kind oorgedra is. Andersyds is daar kommer oor kwessies soos *oordrag*, indien MIV-positiewe kinders oningelig sou wees oor hul status. Veral as hulle ouer word en daar 'n risiko is vir vroeë seksuele aktiwiteit (Lee & Johann-Liang, 1999; Wiener et al., 2007).

3.4.2 Toekomstige versorging/welstand van kinders

Die *toekomstige versorging* en *welstand van kinders*, is 'n tweede tipe vrees wat dikwels aangeteken is in die literatuur oor MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers se belewenisse. In 'n studie oor die ervarings van MIV-positiewe ouers, was al die Kanadese vaders en moeders besorg oor die welstand van hul kinders. Naas die gesonde funksionering van die gesinsisteam as 'n geheel, was die behoeftes van hul kinders die hoogste prioriteit vir die versorgers. Selfs waar slegs moeders geïnfekteer was en vaders nog geleef het om die versorging van kinders oor te neem, was beide ouers bekommerd dat die vaders nie daarvoor opgewasse sou wees nie (Antle et al., 2001). Ook vir pleegouers in 'n Namibiese gemeenskap, was die toekomstige versorging en behoeftes van die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders in hul sorg, 'n groot bron van kommer. Sodanige vrees is egter nie gerapporteer deur versorgers wat werkzaam was in vigsoorde in dieselfde gemeenskap nie. Daar is voorgestel dat dié versorgers moontlik oortuig was dat die kinders aangeneem sou word, of buitendien nie volwasseheid sou bereik nie (Hayden, 2006).

3.4.3 Materiële bronne

Om aan die gesin se *materiële behoeftes* te voldoen, is 'n derde tipe vrees wat gerapporteer is deur MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers. Vir baie ouers is die emosionele spanning wat ervaar is as gevolg van MIV/Vigs, naamlik gekompliseer deur armoede. Bekommernisse het ingesluit geld vir *voedsel; huishuur; kleding; hospitalisasie; skoolfooie*; en om *nee te antwoord* op kinders se versoeke, onder meer vir 'n basiese lewensmiddel soos brood (Antle et al., 2001; Gillman & Newman, 1996; Hayden, 2006). Hierdie vrese het toegeneem oor tyd, namate kinders ouer en hul behoeftes meer geword het (Hayden, 2006). Alhoewel 'n buitestaander dus sou kon aanneem dat MIV/Vigs die grootste probleem sou wees in MIV/Vigs-geaffekteerde huishoudings, was kwessies soos voedsel, behuising en betaling van 'n elektrisiteitsrekening op 'n dag-tot-dag basis meer pertinent vir baie MIV-positiewe vaders en moeders (Antle et al., 2001; Gillman & Newman, 1996; Green et al., 1996; Taylor, 2006). 'n Groep MIV-positiewe vroue, waarvan die meeste moeders was, het op 'n ranglys aangedui dat dit hul primêre bekommernis was (Gillman & Newman, 1996). Alhoewel, daar was ook uitsonderings. Ten spyte van lae sosio-ekonomiese omstandighede was oorlewingsbehoefte vir sommige MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers nie 'n sentrale tema van hul belewenis nie. Kondisies van geweld en misdaad, wat met armoede geassosieer word en voorheen soms gerapporteer is deur MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers, was ook nie prominente vrese vir hierdie versorgers nie (Rehm & Franck, 2000).

3.4.4 Persoonlike welstand

Onsekerheid oor hul *persoonlike gesondheid en toekoms*, is 'n vierde vreestema wat na vore gekom het in MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers se vertellings (Antle et al., 2001; Hayden, 2006). Dit is klaarblyklik dat vrese oor persoonlike welstand meer prominent sal wees vir geïnfekteerde versorgers, wat die uitdagings van 'n lewe met 'n kroniese siekte persoonlik ervaar. Omdat die meeste versorgers in hierdie studie MIV-positief was (sien Tabel 3), word dus bykomend verwys na bevindings aangaande die belewenisse van MIV-positiewe mans en vroue buite die konteks van versorgerskap.

Dit is duidelik uit die literatuur dat 'n lewe met MIV/Vigs gepaard gaan met angs en spesifiek ook vrees en bekommernis. Tsai, Hsiung en Holzemer (2002) het byvoorbeeld Taiwanese MIV/Vigs-lyers gevra om drie simptome te beskryf wat onlangs ervaar is. Angs en vrees is geïdentifiseer saam met verskeie fisiologiese simptome (bv. naarheid). Van al die simptome wat vermeld is, is angs die derde meeste gerapporteer. Vrees was sesde op die ranglys.

Met betrekking tot die spesifieke inhoud van MIV-positiewe mans en vroue se vrese, is bevind dat vrese vir die dood as sodanig selde vermeld is. Kommer oor die *sterfproses* hierteenoor is dikwels gerapporteer. Dit het ingesluit vrees vir *pyn, fisiese afhanklikheid* van ander, 'n *lang sterfbed* en *onmenswaardigheid*. Sodanige vrese is veral deur simptomatiese individue ervaar. Asimptomatiese persone met MIV was hoofsaaklik bang om ernstige *siektesimptome* te ontwikkel (Green et al., 1996). Uit die literatuur kan afgelei word dat simptoomstatus een van die grootste bronne van emosionele spanning, insluitend angs en vrees, was vir persone wat met MIV/Vigs geleef het (Green et al., 1996; Hough et al., 2003; Tsai et al., 2002).

3.4.5 Afdelingsamevatting

Uit die literatuur oor MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers en MIV-positiewe volwassenes oor die algemeen, is dit duidelik dat angs en vrees 'n sentrale tema was in hierdie teikenpopulasie se belewenisse. *Ontsluiting, toekomstige versorging/welstand van kinders, materiële bronne* en *persoonlike welstand* is in hierdie oorsig uitgelig as algemene vrese wat ervaar is.

3.5 Persoonlike hanteringstrategieë van MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers

Dit is kontroversieel of fundamentele veranderinge plaasvind in volwassenes se hanteringsgedrag (Lazarus & Folkman, 1984), soos in kinders se hanteringstrategieë (sien Afdeling 3.2.1.1). Hoe dit ook mag wees, gedurende volwassenheid word die mens steeds, of moontlik veral, gekonfronteer met spanningsvolle gebeure wat hanteer moet word. 'n Sentrale aspek van hierdie hantering behels die regulering van emosies soos vrees (Fields & Prinz, 1997). Dit vereis selektiewe implementering van 'n verskeidenheid strategieë, berustend op die unieke aard van die situasie (Lazarus & Folkman, 1984).

MIV/Vigs, as 'n kroniese siekte met 'n onsekere verloop, is 'n spanningsfaktor wat unieke uitdagings stel vir die hantering daarvan. Nie slegs vir die persoon wat met MIV/Vigs leef nie (Taylor, 2006), maar vir almal wat daardeur geaffekteer word. Veral as dit voorkom in die konteks van ouerskap (Antle et al., 2001; Chalfin, Grus & Tomaszkeski, 2002; Hughes &

Caliandro, 1996). Hierdeur gemotiveer is verskeie studies onderneem om vas te stel hoe MIV/Vigs-verwante spanning hanteer word deur volwassenes wat met MIV/Vigs leef en spesifiek ook MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers. Daar was ook bevindings spesifiek in verband met die hantering van MIV/Vigs-verwante angs en vrees (bv. Tsai et al., 2002). Vier breë hanteringsdimensies, wat algemeen gerapporteer is deur MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers en MIV-positiewe volwassenes oor die algemeen, word in hierdie oorsig bespreek. Dit is: (1) *Soek ondersteuning*, (2) *kognitiewe strategieë*, (3) *gesondheidsgedrag*, en (4) *ontsluiting*.

Daar is tentatiewe aanduidings dat geïnfecteerde ouers, ongeïnfecteerde familiële versorgers en pleegouers se hanteringstrategieë tot 'n groot mate ooreenstemmend mag wees (Chalfin et al., 2002). Aangaande die hanteringsmeganismes van MIV-positiewe persone egter, is beduidende verskille gevind met betrekking tot die demografiese veranderlikes geslag, nasionaliteit en kultuur (Chou, 2004; Kempainen et al., 2006). Na demografiese verskille word verwys soos toepaslik as agtergrond vir die huidige studie.

3.5.1 Soek ondersteuning

Soek ondersteuning is een van die hanteringstrategieë wat dikwels gerapporteer is deur persone wat met MIV/Vigs geleef het én MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers. Drie vorme van ondersteuning is gesoek: (1) *Spirituele*, (2) *sosiale* en (3) *intellektuele* ondersteuning. Afsonderlike verwysing na elk is toepaslik vir die huidige doeleindes.

3.5.1.1 Spirituele ondersteuning

Spirituele ondersteuning, ook bekend as religieuse hantering (Reyes-Ortiz, 2006), was dikwels die algemeenste vorm van bystand wat gesoek is (bv. Chalfin et al., 2002; Kaplan, Marks & Mertens, 1997). Twee sub-tipes word onderskei. *Organisatoriese hantering* sluit in aktiwiteite soos kerkbywoning en deelname aan godsdienstige groepe (Reyes-Ortiz, 2006) en kultureel-godsdienstige rituele. *Intrinsieke hantering* hierteenoor hou verband met die konsep spiritualiteit, wat verwys na transendente/bosinnelike geloofsoortuigings en aktiwiteite. Dit is meer persoonlik as organisatoriese meganismes (Walsh & Pryce, 2003) en voorbeelde is geloof in 'n Hoër Mag, gebed en lees van heilige geskrifte (Reyes-Ortiz, 2006).

Spirituele ondersteuning is 'n strategie wat spesifiek in verband met die hantering van MIV/Vigs-verwante vrees as emosie gerapporteer is. *Kerk/tempel bywoning*, *lees heilige geskrifte* en *gebed* is byvoorbeeld drie van die algemeenste strategieë wat vermeld is vir die hantering van MIV/Vigs-verwante angs en vrees deur 'n groep MIV-positiewe deelnemers van Taiwan (Tsai et al., 2002). *Gebed* is ook deur Amerikaanse en Noorweegse persone wat met MIV/Vigs geleef het gerapporteer as 'n strategie om MIV/Vigs-verwante angs te hanteer. Alhoewel gebed in vergelyking met MIV-positiewe mans en vroue van Taiwan en Noorweë die meeste deur Amerikaanse deelnemers gerapporteer is, is dit as effektief geëvalueer deur al drie nasionaliteite (Kempainen et al., 2006).

Organisatoriese en intrinsieke meganismes is ook gerapporteer vir die hantering van MIV/Vigs-verwante spanning as 'n meer omvattende konsep, onder meer deur MIV-positiewe moeders (Chalfin et al., 2002; Kaplan et al., 1997; Rehm & Franck, 2000), MIV/Vigs-geaffekteerde vaders (Rehm & Franck, 2000), asook ongeïnfecteerde familiële versorgers en

pleegouers (Chalfin et al., 2002). Enkele ouers het egter ambivalente gevoelens gehad oor organisatoriese ondersteuning (d.i. bywoning van kerkgroepe) as 'n hanteringstrategie vir MIV/Vigs-verwante spanning. Hulle het veroordeel gevoel en vrees wat by gemeentelede waargeneem is, is negatief ervaar (Rehm & Franck, 2000).

In die literatuur is die aandag gevestig op die noue verwantskap tussen godsdiens en kultuur. In alle gelowe is daar aanduidings dat godsdiens die hoogste geag word deur Swart rassekulture (Walsh & Pryce, 2003). Alhoewel nie noodwendig kerk toe gegaan word nie, word gebid in moeilike tye (Boyd-Franklin, 2003). In aansluiting is bevind dat spirituele ondersteuning beduidend meer gebruik is deur MIV-positiewe mans en vroue met 'n Swart as met 'n Wit rassekultuur (Chou, 2004). MIV-positiewe vroue mag ook meer geneig wees as mans om van spirituele strategieë gebruik te maak vir die hantering van MIV/Vigs-verwante simptome, insluitend angs en vrees (Chou, 2004; Kempainen et al., 2006).

3.5.1.2 Sosiale ondersteuning

Sosiale ondersteuning is 'n tweede vorm van ondersteuning wat gesoek is deur persone wat met MIV/Vigs geleef het (Chou, 2004; Green et al., 1996; Kempainen et al., 2006; Tsai et al., 2002) én MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers (Chalfin et al., 2002; Hardy, Armstrong, Routh, Albrecht & Davis, 1994; Kaplan et al., 1997; Mayers et al., 2005; Rehm & Franck, 2000). *Familie, vriende, mediese personeel* en *beraders* is voorbeelde van belangrike ondersteuningsfigure wat in die konteks van 'n kroniese siekte ondersteuning kan bied deur te vertroos en fisiese hulp te verleen (Taylor, 2006). Dit was opmerklik dat vrees en angs die enigste MIV/Vigs-verwante simptome was waarvoor sosiale ondersteuning dikwels vermeld is deur persone wat met MIV/Vigs geleef het. Strategieë vir die hantering van fisiese simptome het selde mense betrek (Tsai et al., 2002).

Oor die hele wêreld is soeke na sosiale ondersteuning dikwels deur MIV-positiewe persone gerapporteer as 'n meganisme vir die hantering van MIV/Vigs-verwante angs (Kempainen et al., 2006). Daar is egter bevind dat strategieë soos bywoning van ondersteuningsgroepe en praat met mense ongeveer ses keer meer deur Swart as deur Wit geïnfekteerde mans en vroue gebruik is vir die hantering van MIV/Vigs-verwante simptome soos angs (Chou, 2004). Dit veronderstel dat soeke na sosiale ondersteuning 'n kultuur-spesifieke hanteringstrategie mag wees. Ter ondersteuning van sodanige afleiding het die meerderheid (72.4%) van 'n groep Swart MIV-positiewe moeders van Johannesburg binne 'n week na hul diagnose ondersteuning by ander gesoek. 'n Behoeftes aan emosionele bystand is een van die redes wat hiervoor vermeld is en metgeselle/eggenote is die ondersteuningsfigure wat die meeste gerapporteer is (Varga et al., 2005).

Daar word algemeen aanvaar dat sosiale ondersteuning die negatiewe impak van 'n kroniese siekte vir pasiënte en hul versorgers kan bemiddel (Taylor, 2006). Spesifiek met betrekking tot MIV/Vigs is bevind dat sosiale ondersteuning 'n direkte invloed gehad het die hoeveelheid emosionele spanning wat deur MIV-positiewe moeders ervaar is, met meer ondersteuning geassosieer met minder spanning (Hough et al., 2003). Meer nog, daar is aanduidings dat bevredigende sosiale ondersteuning MIV-positiewe mans en vroue beskerm het teen die ontwikkeling van fisiologiese simptome (Ashton et al., 2005).

Alhoewel soek sosiale ondersteuning dikwels as hanteringstrategie vermeld is, is strategieë soos *slaap* en *bly alleen* ook gerapporteer vir die hantering van MIV/Vigs-verwante vrees en spanning (Green et al., 1996; Kemppainen et al., 2006; Tsai et al., 2002). Dit veronderstel dat persone wat met MIV/Vigs leef geneig mag wees om hulself af te sonder en te isoleer. Daar kan dus afgelei word dat die beskikbaarheid van sosiale ondersteuning nie sinoniem is met die gebruik daarvan nie.

3.5.1.3 Intellektuele ondersteuning

Intellektuele ondersteuning is 'n derde vorm van ondersteuning wat beskryf is in die literatuur oor die hantering van MIV/Vigs-verwante spanning. Dit verwys na die verkryging van inligting en raad oor MIV/Vigs en die behandeling daarvan (Commerford, Gular, Orr, Reznikoff & O'Dowd, 1994). Informasie help 'n individu om 'n spanningsfaktor beter te verstaan en te bepaal hoe dit die effektiwste hanteer kan word (Taylor, 2006).

Waar spirituele en sosiale ondersteuning dikwels deur MIV-positiewe persone gerapporteer is vir die hantering van MIV/Vigs-verwante ang en vrees, was intellektuele ondersteuning nie 'n self-gerapporteerde meganisme vir dié doel nie (Tsai et al., 2002). Daar is ook aanduidings dat intellektuele ondersteuning minder effektiw mag wees vir die hantering van ang in die konteks van MIV/Vigs, as in die konteks van ander kroniese siektes (Commerford et al., 1994). In die studie van Rehm en Franck (2000) het MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers egter emosioneel baatgevind by intellektuele ondersteuning van verpleegsters, dokters en sosiale werkers.

Oor die algemeen was die huidige navorser se bevinding dat intellektuele ondersteuning minder in die literatuur voorgekom het, as byvoorbeeld spirituele ondersteuning. Dit kon die resultaat gewees het van kwantitatiewe meetinstrumente, wat nie items ingesluit het oor soeke na inligting nie (bv. Chalfin et al., 2002; Kemppainen et al., 2006).

3.5.2 Kognitiewe strategieë

'n Tweede breë hanteringsdimensie wat in die literatuur oor volwasse MIV/Vigs-hantering beskryf is, is *kognitiewe strategieë*. Dit behels verstandelike prosesse om die emosionele impak van spanning te verlig, asook aktiwiteite wat ten doel het om 'n persoon se aandag af te lei. Na aanleiding van dié omskrywing, is dit nie vreemd dat verskeie kognitiewe meganismes gerapporteer is, spesifiek vir die hantering van MIV/Vigs-verwante ang en vrees as *emosies* nie. Voorbeelde sluit in *doen dinge vir aandagafleiding*, *leer positiewe denkwyses*, *onderdrukking*, *ignorering*, *praat myself daardeur*, *herinterpretasie* en *ontkenning* (Green et al., 1996; Kemppainen et al., 2006; Mayers et al., 2005; Tsai et al., 2002). *Positiewe herinterpretasie* en *wensdenkery* was van die algemeenste hanteringstrategieë wat deur MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers gerapporteer is vir die hantering van MIV/Vigs-verwante spanning (Chalfin et al., 2002; Hardy et al., 1994; Kaplan et al., 1997; Mayers et al., 2005).

Verskeie kognitiewe hanteringsmeganismes (bv. ontkenning/wensdenkery) is geassosieer met disfunksionele uitkomst, onder meer hoër vlakke van ang (Commerford et al., 1994; Kaplan et al., 1997). Nietemin was navorsers se gevolgtrekking dat sodanige strategieë die beste hanteringsopsies mag wees in die konteks van 'n ongeneeslike siekte soos MIV-infeksie. Aktiewe, probleem-gefokusde hanteringstrategieë sal nie noodwendig waarneembare positiewe uitkomst tot gevolg hê, ten

einde emosioneel geruststellend te wees nie (Hardy et al., 1994). Die algemene uitgangspunt dat die effektiwiteit van hanteringsmeganismes altyd binne konteks geëvalueer moet word (Compas et al., 2001), is dus in besonder van toepassing op die hantering van MIV/Vigs-verwante spanning en vrees.

Green et al. (1996) het bevind dat MIV-positiewe mans en vroue vir lang periodes in staat was om hul status suksesvol te ontken. Sommige deelnemers het gerapporteer dat by tye werklik vergeet is van hul diagnoses. Die sukses van ontkenning was egter beperk tot asimptomatiese periodes. Wanneer tekens van siekte waargeneem is, was hierdie strategie nie meer doeltreffend nie. Dit het veronderstel dat die verskillende fases in die verloop van MIV-infeksie, verskillende strategieë vereis vir suksesvolle hantering. Alhoewel ontkenning oor die langtermyn aanleiding sou kon gee tot negatiewe sielkundige uitkomst, was die navorsers se finale gevolgtrekking dat dit op die korttermyn, gedurende asimptomatiese periodes, adaptief was, omdat die MIV-positiewe persone hierdeur 'n gevoel van welwees behou het (Green et al., 1996).

3.5.3 Gesondheidsgedrag

Gesondheidsgedrag was 'n derde breë hanteringsdimensie in studies oor die hantering van MIV/Vigs-verwante spanning, vrees en ang. *Medikasie* (bv. toonbankmedikasie/anti-depressante), *lewenstylaanpassings* (bv. gesonde eetgewoontes) en *oefening* is algemene voorbeelde van gesondheidsgedrag wat voorgekom het. Gesondheidsgedrag was egter nie beperk tot adaptiewe aktiwiteite nie en het ook ingesluit die gebruik van *alkohol*, *tabak*, *dagga* en ander *dwelmmiddels*. Alhoewel sommige mans en vroue op hul MIV-positiewe diagnose gereageer het deur drank en dwelms te misbruik (Green et al., 1996), is 'n tendens waargeneem onder MIV-positiewe persone om direk na hul diagnose positiewe lewenstylaanpassings te maak (Taylor, 2006).

Medikasie is selde deur MIV-positiewe persone gerapporteer as 'n hanteringsmeganisme vir MIV/Vigs-verwante vrees en ang. Oefening (bv. om te gaan stap) hierteenoor is dikwels vermeld en is ook geëvalueer as 'n effektiewe strategie (Chou, 2004; Kemppainen et al., 2006; Tsai et al., 2002). Met betrekking tot die positiewe effek van oefening op gemoedstemming oor die algemeen, is opgemerk dat dit moontlik as doeltreffend gerapporteer word, omdat persone gunstige verwagtings daarvoor het (Taylor, 2006).

Demografiese verskille is gevind met betrekking tot gesondheidsgedrag as 'n hanteringstrategie vir MIV/Vigs-verwante ang en simptome. MIV-positiewe persone met 'n Wit rassekultuur, het meer medikasie gebruik as dié met 'n Swart rassekultuur (Chou, 2004; Kemppainen et al., 2006). Beter toegang van Wit mense tot mediese hanteringshulpbronne is voorgestel as rede vir hierdie bevinding (Chou, 2004). Aangaande alkohol is bevind dat dit beduidend meer gebruik is deur mans as vroue vir die hantering van MIV/Vigs-verwante ang (Kemppainen et al., 2006). In die konteks van versorging, was alkohol die hanteringstrategie wat die minste gerapporteer is deur MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers. Die aandag is egter daarop gevestig dat versorgers se lae rapportering van drankgebruik die resultaat kon gewees het van minimering en ontkenning (Chalfin et al., 2002).

3.5.4 Ontsluiting

Ontsluiting is 'n vierde hanteringsdimensie wat dikwels beskryf is in die literatuur oor MIV-positiewe volwassenes en MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers se hantering. Navorsing het getoon dat ontsluiting nie so eenvoudig is soos die direkte mededeling van 'n persoon, kind of naasbestande se MIV-positiewe status nie. Varga et al. (2005) het twee wyses van ontsluiting geïdentifiseer wat gebruik is deur Swart MIV-positiewe moeders van Johannesburg. Alhoewel sommige moeders ander *direk* vertel het van hul status, was daar moeders wat *indirekte* boodskappe gegee het. Een vrou het byvoorbeeld aan familielede vertel dat sy haar baba gaan laat toets vir MIV-infeksie, wat geïmpliseer het dat sy as moeder MIV-positief was. Deur indirekte ontsluiting kon die moeders voorkom dat hulle direk gekonfronteer sou word met hul status, wat waarskynlik sou volg na direkte ontsluiting.

Ontsluiting word beskou as 'n belangrike komponent in die hanteringproses van MIV/Vigs (Varga et al., 2005). Nie slegs vir die geïnfekteerde individu nie, maar ook vir die gesin as 'n sisteem en ander individuele gesinslede. Op persoonlike vlak het persone met MIV/Vigs gerapporteer dat ontsluiting 'n belangrike stap was in die aanvaarding van hul diagnose. Na ontsluiting het hulle meer ontspanne gevoel, omdat geheimhouding verby was. Daar kon vir bystand in die werksplek gevra word en sosiale ondersteuning is ontvang. Hierteenoor het dié wat hul status verberg het, sosiaal geïsoleerd gevoel (Fesko, 2001). MIV-positiewe moeders se ervaring was dat ontsluiting oor die langtermyn hul intieme verhoudings bevorder het (Varga et al., 2005). Op gesinsvlak het ontsluiting in huishoudings, waar daar ook geïnfekteerde kinders was, hantering van die praktiese eise van MIV/Vigs gefasiliteer soos die inname van medikasie (Rehm & Franck, 2000). MIV-positiewe moeders wat aan hul ongeïnfekteerde kinders ontsluit het, het onder meer die volgende positiewe gevolge gerapporteer: *Afname in persoonlike spanning, makliker om hulp te verkry, verbeterde kommunikasie met kind en minder bekommernis by kind waargeneem* (Tompkins, 2007). In gesinne waar kinders leukemie gehad het, het van die aspekte waarna in hierdie paragraaf verwys is; dit is *eksterne ondersteuning, kwaliteit van ouers se huweliksverhoudings en oop kommunikasie* in die gesin; aanleiding gegee tot 'n beduidende verbetering in aanpassing oor tyd (Kupst & Schulman, 1988), wat die waarde van ontsluiting vir die gesin in die hanteringsproses van 'n kroniese siekte gedemonstreer het.

Daar is egter ook gevalle gedokumenteer waar ontsluiting negatiewe uitkomstige gehad het. In die Suid-Afrikaanse studie van Varga et al. (2005), het ontsluiting byvoorbeeld tot gevolg gehad dat MIV-positiewe moeders emosioneel verwerp is deur die uitgebreide gesinsnetwerk, intieme vriende en eggenote. Sommige is ook weerhou van finansiële en ander vorme van materiële ondersteuning. 'n Buitelandse teikengroep MIV-positiewe moeders was spyt oor ontsluiting aan hul kinders en was van mening dat hul ongeïnfekteerde kinders sedertdien meer bekommerd was (Tompkins, 2007).

Opmerklik dus toon die literatuur dat ontsluiting een van die grootste bronne van vrees, maar ook een van die doeltreffendste hanteringstrategieë mag wees vir MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers, afhangend van die versorger se unieke konteks en lewensomstandighede (Varga et al., 2005).

3.5.5 Afdelingsamevatting

Hierdie afdeling het 'n oorsig verskaf van literatuur oor die hanteringsmeganismes van MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers spesifiek en meer algemeen oor MIV-positiewe volwassenes. *Soek ondersteuning, kognitiewe strategieë, gesondheidsgedrag, en ontsluiting* is vier algemene strategieë wat in die literatuur voorgekom het en afsonderlik bespreek is as agtergrond vir die huidige studie.

3.6 Hoofstuksamevatting

In hierdie hoofstuk is 'n oorsig gegee van relevante navorsing oor kinders se *vrese, hanteringsmeganismes* en *leerervarings* in verhouding tot vrese. MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers se persoonlike *vrese* en *hanteringsmeganismes* is bespreek, asook literatuur aangaande versorgers se persepsies aangaande kinders se vrese en hanteringstrategieë. In die volgende hoofstuk word 'n teoretiese raamwerk voorgestel vir hierdie studie.

HOOFSTUK 4

TEORETIESE RAAMWERK

In hierdie hoofstuk word vyf sielkundige perspektiewe voorgestel as teoretiese agtergrond vir die studie. Die *psigo-sosiale benadering* word eerste bespreek, gevolg deur onderskeidelik die *kognitiewe benadering*, *Rachman se teorie* en die *sielkundige attribusie teorie*. Hierdie teorieë word ten slotte geakkommodeer binne die *sistemiese benadering*, ten einde 'n meta-teoretiese raamwerk daar te stel vir die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders en versorgers se vrese en hanteringstrategieë. Die teorieë is in vorige navorsing met ooreenstemmende doelwitte gebruik (bv. Burkhardt, 2002; 2003; 2007; Du Plessis, 2006; Loxton, 2004; Mahat et al., 2004), is komplementêrend en integreer die sentrale konsepte wat ondersoek is.

4.1 Psigo-sosiale teorie

Die psigo-sosiale teorie van menslike ontwikkeling is waardevol vir die studie, omdat dit 'n verklaring bied vir menslike vrese én vir hanteringsgedrag. Dit omvat met ander woorde beide sentrale konsepte wat ondersoek is. In teenstelling met baie ander ontwikkelingsteorieë (Newman & Newman, 1995), kan die psigo-sosiale teorie ook direk toegepas word om die vrese en hanteringsmeganismes te verstaan van alle ouderdomsgroepe en dus dié van die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders én hul versorgers.

4.1.1 Psigo-sosiale teorie en vrese

Erikson (1963), die grondlegger van die psigo-sosiale benadering, het 'n teorie oor menslike ontwikkeling voorgestel en beskryf hoe dit aansluit by die ervaring van vrees en ang. Opkomende teoretici het beklemtoon dat menslike ontwikkelingsteorieë aangepas moet word om wetenskaplik en sosiaal relevant te bly (Newman & Newman, 1995), en Erikson (1963) se oorspronklike konseptualisering van ontwikkeling aangepas vir die moderne tyd. Die basiese beginsels het egter dieselfde gebly (Newman & Newman, 1995). Vir die huidige studie het integrasie van Erikson (1963) se klassieke benadering tot vrese by die kontemporêre psigo-sosiale siening van menslike ontwikkeling 'n werkbare perspektief verskaf, waarvolgens Suid-Afrika se MIV/Vigs-geaffekteerde kinders en versorgers, en dus die huidige kind-versorger pare, se vrese vandag verstaan kan word.

Soos opgemerk, het psigo-sosiale teoretici ontwikkelingsaspekte direk in verband gebring met die konsep vrees (Erikson, 1963). Verder is die hedendaagse veronderstelling dat ontwikkeling begin vóór (Newman & Newman, 1995) en nie by geboorte, soos oorspronklik voorgestel is nie (Erikson, 1963). Teen dié agtergrond is daar 'n teoretiese motivering vir die idee dat begrip vir die vrese van Suid-Afrika se MIV/Vigs-geaffekteerde populasie moet begin by voorgeboortelike faktore wat hul voorouers se ontwikkeling beïnvloed het (sien Afdeling 2.11).

Die uitstaande kenmerk van die psigo-sosiale teorie is dat ontwikkeling beskou word as 'n lewenslange proses (Meyer & Van Ede, 2001). Dit is dié rede waarom hierdie benadering gebruik kan word om mense van alle ouderdomme se vrese te verstaan. Ontwikkeling word gekonseptualiseer as 'n proses van groei en verandering wat ontvou in verskillende stadia. Die

idee is dat die volgorde van die stadia geneties bepaal word en gevolglik is 'n benaderde kronologiese ouderdomsgrens voorgestel vir elke stadium (Hergenhahn & Olson, 2003). Die ouderdomme van die huidige MIV/Vigs-geaffekteerde kinders was ooreenstemmend met die *middel-kinderjare* en dié van hul versorgers oorwegend met die stadia *vroeë- en middel-volwassenheid* (Newman & Newman, 1995; sien Afdelings 2.2 en 2.3).

Deur 'n 8-jarige meisie en haar 36-jarige moeder te visualiseer, is dit duidelik dat individue in 'n spesifieke ontwikkelingsstadium kenmerkende liggaamlike, kognitiewe, sosiale en sielkundige eienskappe, behoeftes en vaardighede het. Wanneer hierdie eienskappe nie in ooreenstemming is met die eise en verwagtings van die samelewing nie word innerlike spanning ervaar. Sodanige spanning is 'n sentrale komponent van die psigo-sosiale teorie en daar word na verwys as *psigo-sosiale krisis*. Dit is klaarblyklik dat 'n mens nie altyd in staat is om aan die eise van die samelewing te voldoen nie en gevolglik word innerlike spanning deur psigo-sosiale teoretici beskou as voorspelbaar en 'n normatiewe aspek van ontwikkeling (Newman & Newman, 1995). Volgens Erikson (1963) is dit hierdie psigo-sosiale spanning wat veroorsaak dat 'n mens oor sy of haar totale lewensloop gereed is om vrese en angs te ervaar. Hy het beklemtoon dat die oorsprong van hierdie spanning en gevolglik vrese en angs gesitueer is in die sosiale konteks.

Vrees is deur Erikson (1963) beskou as 'n geregverdigbare emosie, wat gefokus is op identifiseerbare bedreigings en gevaar, wat aansluit by die definisie van die huidige studie (sien Afdeling 2.4). Angs hierteenoor, is gekonseptualiseer as 'n vae gevoel van spanning wat bedreigings oordryf of die illusie skep van gevaar. Gevolglik is angs as patologies beskou. Teen die agtergrond van Franklin D. Roosevelt se uitspraak dat *vrees al is wat gevrees moet word*, het Erikson (1963) derhalwe voorgestel dat *daar niks is om te vrees behalwe angs nie*. Volgens hom het kinders egter die reg om kinderlike vrese én angs te ervaar, omdat hulle nog nie die vlak van maturasie bereik het, en die nodige vaardighede deur volwassenes aangeleer is, om potensiële bedreigings realisties te beoordeel nie. Hierdie siening van vrees ondersteun die idee dat algemene kindervrese genormaliseer moet word (Gullone; 2000).

Aangesien die mens se eienskappe verander deur groei en ontwikkeling, en hiermee saam die verwagtings van die samelewing, verander die kwessies wat die meeste innerlike spanning veroorsaak oor tyd. Gevolglik is 'n *sentrale psigo-sosiale krisis* voorgestel vir elke ontwikkelingsstadium. Elke stadium se krisis moet opgelos word, ten einde die sielkundige balans te herstel en alvorens ontwikkeling na 'n volgende stadium kan plaasvind. Die ideale oplossing van elke stadium is geleë op 'n kontinuum tussen 'n totaal positiewe of negatiewe oplossing. Na laasgenoemde opponerende resolusies word deur psigo-sosiale teoretici na verwys as *pole* en vir elke stadium is 'n positiewe en negatiewe pool gedefinieer (Newman & Newman, 1995).

Gedurende die *middel-kinderjare* is die samelewingsverwagting dat vaardighede bemeester moet word wat nodig is vir kinders om produktiewe lede van hul kultuur te word (Hergenhahn & Olson, 2003). Dit vereis onder meer die vorming van vriendskappe, aanleer van kognitiewe vaardighede, en uitbreiding van self-kennis (Louw, Van Ede et al., 2001). Middel-kinderjariges is gewoonlik fisiek, kognitief en sosiaal gereed, asook sielkundig daarop ingestel, om hierdie nuwe ontwikkelingsfase te hanteer. Indien pogings suksesvol is, ontstaan 'n gevoel van arbeidsaamheid (Erikson in Hergenhahn & Olson, 2003). Hierteenoor word minderwaardigheidsgevoelens ervaar, wanneer pogings misluk. Gedurende die middel-kinderjare is die psigo-sosiale krisis dus tussen 'n gevoel van *arbeidsaamheid* (positiewe pool) en *minderwaardigheid*

(negatiewe pool). Optimale resolusie gee 'n gevoel van *bekwaamheid* wat middel-kinderjariges bemagtig vir die adolessente lewenstadium wat volg (Meyer & Van Ede, 2001).

Van *vroeë-volwasse*nes word verwag om intieme verhoudings te vestig, seksueel reproduktief te wees en 'n beroep te vestig. Wanneer noue interpersoonlike kontak vermy word, word isolasie ervaar. Gedurende vroeë-volwassenheid moet 'n persoon hom- of haarself dus oriënteer tussen die pole *intimiteit* (positief) en *isolasie* (negatief), ten einde die sentrale psigo-sosiale krisis van hierdie stadium suksesvol op te los (Meyer & Van Ede, 2001). Die ideale resolusie is 'n gevoel van *liefde*, wat verwys na 'n verhouding, gewoonlik binne die huwelik, met 'n persoon waarmee wederkerige vertroue en die siklusse van werk, voortplanting en ontspanning gedeel word (Erikson, 1963; Meyer & Van Ede, 2001).

Om aan die samelewing se eise te voldoen, moet persone gedurende *middel-volwassenheid* die intieme verhoudings en beroep, wat gedurende vroeë volwassenheid gevestig is, handhaaf en die huishouding bestuur (Newman & Newman, 1995). Hiervoor is 'n gevoel van *sorgsaamheid* nodig, wat beskou word as die ideale resolusie van 'n psigo-sosiale krisis tussen *generatiewiteit* (positiewe pool) en *stagnasie* (negatiewe pool). Generatiewiteit is 'n wye konsep wat verwys na 'n drang om 'n betekenisvolle bydrae te maak tot die opkomende generasie, byvoorbeeld deur kinderopvoeding, sinvolle dienslewering, of skepping van kultuurprodukte. Persone wie se lewenservarings sodanig was dat daar geloof is in die sinvolheid van die lewe asook die waarde en toekoms van die mensdom, sal die psigo-sosiale krisis van middel-volwassenheid optimaal oplos (Hergenhahn & Olson, 2003; Meyer & Van Ede, 2001).

Daar word voorgestel dat die psigo-sosiale krisisse geïnterpreteer kan word as areas van sielkundige kwesbaarheid gedurende 'n spesifieke lewenstadium. Dit is duidelik dat MIV/Vigs psigo-sosiale kwessies raak wat sentraal is gedurende die lewenstadia van die teikengroep wat ondersoek is (bv. kognitiewe vermoëns van MIV-positiewe middel-kinderjares/seksuele verhoudings van vroeë volwasse versorgers/generatiewiteit van geïnfekteerde versorgers in middel-volwassenheid). Dus gesien teen die agtergrond van die psigo-sosiale benadering, is die veronderstelling dat MIV/Vigs 'n bedreiging is wat sielkundige spanning tot gevolg kan hê en gevolglik vrese veroorsaak by die kinders en versorgers wat daardeur geaffekteer word. Dit beklemtoon die weerloosheid van die teikengroep en verskaf 'n sterk teoretiese motivering vir sielkundige navorsing oor MIV/Vigs-geaffekteerde middel-kinderjariges en hul volwasse versorgers.

Twee slotopmerkings met betrekking tot die psigo-sosiale benadering en vrees is betekenisvol. Eerstens is die veronderstelling dat 'n psigo-sosiale krisis nooit finaal opgelos is nie. Tydens latere stadia kan vorige krisisse herleef word, wanneer negatiewe lewensgebeure die balans versteur wat voorheen bereik is (Newman & Newman, 1995). Daar kan veronderstel word dat 'n persoonlike MIV-positiewe diagnose of dié van 'n geliefde sodanige gebeurtenis is. Tweedens het psigo-sosiale teoretici beklemtoon dat ontwikkeling plaasvind in 'n kulturele opset. Die spesifieke eise en verwagtings van die samelewing en hoe dit ervaar word mag dus verskil van persoon tot persoon en kultuur tot kultuur (Erikson, 1963; Hergenhahn & Olson, 2003; Newman & Newman, 1995). Hiermee vestig die psigo-sosiale teorie aandag daarop dat die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders en versorgers se vrese geïnterpreteer moet word binne 'n kulturele konteks. Daar kan veronderstel word dat dieselfde sal geld met betrekking tot hul hanteringsmeganismes.

4.1.2 Psigo-sosiale teorie en hanteringsstrategieë

Soos die konsep psigo-sosiale krisis, is *hanteringsgedrag* ‘n sentrale komponent van die psigo-sosiale benadering. Dit word omskryf as aktiewe pogings om spanning te verlig en nuwe oplossings te vind vir die uitdagings van elke ontwikkelingsstadium (Newman & Newman, 1995). Die definisie is dus ooreenstemmend met dié van Lazarus en Folkman (1984), wat geïmplementeer is vir die huidige studie (sien Afdeling 2.5).

Vanuit ‘n psigo-sosiale perspektief reflekteer ‘n persoon se hanteringsstrategieë sy of haar unieke talente en motiewe. Hanteringsgedrag word verder beïnvloed deur faktore soos die beskikbaarheid van hanteringshulpbronne, die aard van interpersoonlike verhoudings en die akkumulering van lewenservarings (Newman & Newman, 1995). Hiervolgens sal mense se hanteringsmeganismes dus deur hul leefwêreld beïnvloed word. Geen hanteringsgedrag word beskou as die regte of beste metode nie. Die eienskappe van optimale hantering is dat die strategie toegang tot inligting bevorder, asook vryheid van beweging en emosionele regulering moontlik maak (Newman & Newman, 1995). Dit impliseer dat primêre én sekondêre kontrole meganismes beide adaptiewe hanteringsstrategieë kan wees (sien Afdeling 2.8.2).

Daar is ‘n verwantskap voorgestel tussen suksesvolle hantering, waargenome selfdoeltreffendheid en die optimale resolusie van psigo-sosiale krisisse (Loxton, 2004). *Waargenome selfdoeltreffendheid* is ‘n konsep van die leerteoretiese benadering, wat verwys na ‘n persoonlike oortuiging dat ‘n taak uitgevoer, ‘n doel bereik of ‘n probleem oorkom kan word (Baron & Byrne, 2003). Gedurende die middel-kinderjare kan effektiewe hantering van akademiese probleme byvoorbeeld waargenome self-doeltreffendheid verhoog, werksywer aanspoor en sodoende bydrae tot die ontwikkeling van arbeidsaamheid en bekwaamheid (positiewe resolusie). Hierteenoor kan oneffektiewe hantering aanleiding gee tot lae waargenome self-doeltreffendheid, minderwaardigheidsgevoelens (negatiewe resolusie) en gevolglik vrese tot gevolg hê.

‘n Belangrike bydrae van die psigo-sosiale teorie met betrekking tot hanteringsgedrag, is die uitgangspunt dat mense nie passiewe slagoffers is van biologiese faktore en omgewingsinvloede nie. Oor die totale lewensloop het persone die potensiaal om selfbeskermend op te tree (Newman & Newman, 1995), oftewel hanteringsmeganismes te implementeer. Vanuit ‘n psigo-sosiale perspektief is die verwagting dus dat die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders en versorgers pogings sal aanwend om hul vrese te verlig.

4.1.3 Psigo-sosiale teorie samevatting

Die psigo-sosiale teorie bring mense se vrese in verband met normale ontwikkelingsprosesse, wat impliseer dat dit ‘n emosie is wat genormaliseer moet word. In besonder gedurende die kinderjare, wanneer kinders se oordeelsvermoë beperk is. Verder word die invloed van die sosiale konteks en kultuur op menslike ontwikkeling, en as sodanig op vrees, beklemtoon. Mense word egter nie beskou as passiewe slagoffers van hul omstandighede nie, omdat hulle die potensiaal het om hanteringsmeganismes te implementeer.

4.2 Kognitiewe teorie

Die aansluiting van die kognitiewe benadering by hierdie studie word duidelik wanneer 'n formele omskrywing van kennis oorweeg word. Volgens ontwikkelingsielkundiges is *kognisie* die wyse waarop inligting uit die omgewing *ingewin*, *in kennis verander* en *verstandelik voorgestel* word (Meyer & Van Ede, 2001). Indien kennis behels hoe die wêreld geïnterpreteer word, sal dit klaarblyklik beïnvloed wat as vreeswekkend ervaar word. Verder hou kennis in hoe kennis *geberg*, *herwin* en *geïmplementeer* word om gedrag te rig (Meyer & Van Ede, 2001). As daar dus 'n verband is tussen kennis en gedrag, sou dit ook 'n effek moet hê op mense se hanteringstrategieë. Soos die psigo-sosiale teorie is die kognitiewe benadering dus betekenisvol vir die huidige studie, omdat dit 'n verklaring bied vir beide sentrale konsepte wat ondersoek is. Die waarde van die kognitiewe teorie is egter grotendeels beperk tot die verklaring van kinders se vrese en hanteringsmeganismes, omdat dit kognitiewe ontwikkeling beperk tot die eerste lewenstadia van die mens.

4.2.1 Kognitiewe teorie en vrese

Die kognitiewe ontwikkelingsteorieë van Piaget en Vygotsky verskaf insig oor kinders se vrese.

Piaget se kognitiewe ontwikkelingsteorie (in Meyer & Van Ede, 2001; Gruber & Vonèche, 1977), is een van die algemeenste teorieë wat deur navorsers gebruik is om die kenmerkende eienskappe van kinders se vrese te verduidelik (bv. Loxton, 2004; Muris, Merckelbach, Gadet et al., 2000). Volgens Piaget is kognitiewe ontwikkeling die resultaat van fisiologiese veranderinge in die brein en kinders se interaksies met hul leefwêreld. Die biologiese aard van breinontwikkeling is 'n vasgelegde genetiese eienskap van alle mense. Gevolglik is voorgestel dat kognitiewe ontwikkeling plaasvind in vier invariante stadia vanaf geboorte tot adolessensie, waartydens ontwikkeling voltooi word (Meyer & Van Ede, 2001; Gruber & Vonèche, 1977). Die derde, sogenaamde *konkreet-operasionele periode*, is ooreenstemmend met die middel-kinderjare en het dus betrekking op die huidige studie.

Kinders in 'n spesifieke stadium word gekenmerk deur eiesoortige denke en redeneringsvermoëns. Soos voorgestel deur Piaget se teorie, is konkreet-operasionele kinders se gedagtegang gebaseer op voorwerpe wat sintuiglik waargeneem kan word (d. i. konkreet). Hipotetiese denke (d. i. abstrakte redeneringsvermoëns) word verwerf gedurende die volgende en laaste stadium van kognitiewe ontwikkeling (formeel-operasionele periode). Tydens die konkreet-operasionele periode ontwikkel 'n vermoë om te redeneer oor oorsaak-en-effek verhoudings. Verder is kinders in hierdie stadium toenemend in staat om gevaar te identifiseer (Meyer & Van Ede, 2001; Gruber & Vonèche, 1977), maar bedreigende situasies word nie altyd volledig verstaan nie (Ollendick, Yule & Ollier in Craske, 1997).

Kinders in die konkreet-operasionele periode se kognitiewe eienskappe is soos volg gebruik om die aard en inhoud van hul vrese te verduidelik. Daar is voorgestel dat middel-kinderjariges se konkrete denke verbandhoudend is met hul vrese vir *duidelik gedefinieerde* stimuli soos groot honde. Verder dat die afname in vrees vir *fantasiekaraktters* gedurende hierdie stadium, parallel is met 'n toenemende vermoë om tussen fantasie en die werklikheid te onderskei (Botha et al., 2001; sien Afdeling 3.1.1.1).

Vanuit 'n kognitiewe perspektief is kinders in die konkreet-operasionele periode se *mediese vrese*, en spesifiek MIV/Vigs vrese, die resultaat van wanvoorstellings oor die wyse waarop inligting oor die oorsake en gevolge van siekte geïnkorporeer word by bestaande kennis oor mediese kwessies (Walsh & Bibace, 1990). Oorsake word waargeneem as diskreet en nie verstandelik geklassifiseer nie. Gevolglik mag daar 'n onvermoë wees om bestaande kennis te gebruik, ten einde die geldigheid van nuwe inligting oor kanale van oordrag te oorweeg met behulp van klassifikasieëls. Alle nuwe informasie oor oorsake is dus potensiële vrese. Verder is kinders se redeneringsvermoë aangaande faktore wat die verloop van siekte kan beïnvloed beperk tot ongeveer 10-jarige ouderdom. Tyd word waarskynlik beskou as die enigste faktor tussen infeksie en die dood. Spesifiek aangaande MIV/Vigs-vrese, is voorgestel dat hierdie ontwikkelingsbeperking hierdie tipe vrese van middel-kinderjariges intensiveer. Na die ouderdom van 11-jaar toon kinders egter 'n toenemende begrip vir die potensiële positiewe effek van medikasie en optimale sorg op die verloop van siekte. Die veronderstelling is dat dit daartoe bydrae dat ouer kinders meer realistiese MIV/Vigs-vrese rapporteer (Walsh & Bibace, 1990).

Vygotsky se gesitueerde kognisie teorie (in Gilbert, 1998; Meyer & Van Ede, 2001; Newman & Newman, 1995), bied 'n verklaring vir kulturele verskille in kindervrees en die oordrag van spesifieke vrese na opkomende generasies (Burkhardt, 2007). Volgens Vygotsky word kinders gebore met basiese vermoëns soos waarneming, aandag skenk en geheue. Omdat dit nie voldoende is om alle doelwitte te bereik nie, word kinders verplig om hoër kognitiewe vaardighede te ontwikkel (Meyer & Van Ede, 2001). Dit is moontlik deur sosiale interaksie, waardeur die vaardighede van meer bekwame persone geleidelik geïnternaliseer word. 'n *Inter-verstandelike* proses (sosiale interaksie) word dus 'n *intra-verstandelike* proses (persoonlike kognitiewe vaardigheid). Kulture bied verskillende geleenthede vir sosiale interaksie en die vaardighede van meer bekwame lede in 'n gemeenskap verskil, dikwels as gevolg van historiese faktore. Dit impliseer dat die sosio-historiese en kulturele agtergrond van kinders hul kognitiewe ontwikkeling sal beïnvloed (Gilbert, 1998; Meyer & Van Ede, 2001; Newman & Newman, 1995).

Vanuit 'n gesitueerde kognisie benadering kan die aard van menslike denke dus teruggevoer word na hul leefwêreld (Gilbert, 1998). Daar word voorgestel dat dit ook hul gedagtes oor gevaar en bedreiging sal beïnvloed, met ander woorde wat gevrees word. Soos die psigo-sosiale benadering vestig Vygotsky se teorie dus aandag daarop dat die vrese van Suid-Afrika se MIV/Vigs-geaffekteerde kinders hul sosio-kulturele erfenis mag weerspieël. Dieselfde faktore kon 'n effek gehad het op die vrese wat hul versorgers gedurende hul eie kinderjare verwerf het. Om dié rede verklaar Vygotsky se kognitiewe teorie hoe vrese oorgedra word na opkomende generasies.

4.2.2 Kognitiewe teorie en hanteringstrategieë

Uit die literatuuroorsig is dit duidelik dat kinders se hanteringstrategieë toenemend kompleks word en ingestel op emosionele regulering (Compas et al., 2001; Fields & Prinz, 1997; sien Afdeling 3.2.1.1). In die terminologie van hierdie studie, is daar 'n toename in sekondêre kontrole meganismes. Dié tendens is onder meer toegeskryf aan kognitiewe ontwikkeling gedurende die kinderjare (Band & Weisz, 1988; Fields & Prinz, 1997).

Band en Weisz (1988) het die volgende verklarings voorgestel vir die lae voorkoms van sekondêre kontrole meganismes onder kinders aan die begin van die konkreet-operasionele periode. Sekondêre kontrole strategieë is dikwels verborge vir

buitestaanders en kan dus nie aangeleer word deur observasie nie. Gevolglik vereis die verwerwing van sodanige strategieë ‘n bepaalde vlak van kognitiewe maturasie, waaroor kinders nog nie beskik aan die begin van die konkreet-operasionele periode nie. Verder mag hierdie jonger kinders se kognitiewe vaardighede om sekondêre kontrole meganismes doeltreffend te gebruik beperk wees, sodat voorkeur gegee word aan primêre kontrole meganismes (Band & Weisz, 1988; Fields & Prinz, 1997).

Dit is eers met toenemende kognitiewe ontwikkeling dat kinders begrip mag toon dat een meganisme nie effektief is om alle situasies te hanteer nie, byvoorbeeld dat trane nie ‘n inspuiting gaan verhoed nie (Band & Weisz, 1988). Dit sal verduidelik waarom jonger kinders se hanteringsmeganismes ongedifferensieer is en middel-kinderjariges se strategieë vir hantering toenemend omstandigheidspesifiek.

Die ontwikkeling van metakognisie is beklemtoon as ‘n aspek van kognitiewe ontwikkeling wat middel-kinderjariges se hanteringsmeganismes kan verduidelik (Fields & Prinz, 1997). *Metakognisie* verwys na ‘n persoon se kennis van en beheer oor sy of haar denkprosesse (Van Ede in Botha et al., 2001). Sodanige metakognitiewe kennis oor self-kontrole, insluitend die vermoë om behoeftebevrediging uit te stel, is geassosieer met probleemoplossingsvaardighede en emosionele regulering (Fields & Prinz, 1997). Met betrekking tot emosionele regulering, verstaan middel-kinderjariges byvoorbeeld dat gevoelens psigies verander kan word soos deur om aan iets aangenaams te dink (Vander Zanden in Louw, Van Ede et al., 2001). Pogings om aan iets genotvol te dink is in die huidige studie, afhangend van die deelnemer se doel met die strategie, dus gekodeer as *kognitiewe vermyding* of *suiwer kognisie*.

4.2.3 Kognitiewe teorie samevatting

Vanuit ‘n kognitiewe perspektief is kinders se vrese en hanteringstrategieë ‘n refleksie van hul kenmerkende denkpatrone. Denke weer word beskou as die resultaat van kinders se sosio-kulturele erfenis. Die kognitiewe benadering impliseer dus dat die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders se vrese en hanteringstrategieë direk of indirek geskiedkundige faktore verwant aan hul kultuur mag weerspieël.

4.3 Rachman se leerteorie

Die rol van leerervarings in die huidige MIV/Vigs-geaffekteerde kinders se ervaring van vrees, is ondersoek teen die agtergrond van Rachman (1977; 1998) se teorie oor die verwerwing van vrees en spesifieke fobies. Om van vorige afdelings te herhaal, is die sentrale uitgangspunt van hierdie *assosiatiewe perspektief* dat *direkte* (kondisionering) en *indirekte* (modellering en negatiewe inligting) leerervarings ‘n deurslaggewende rol het in die ervaring, ontstaan en intensivering van vrees (vgl. Afdelings 1.1, 2.6 en 3.3).

Volgens die oorspronklike kondisioneringsteorie sou vrese aangeleer word deur direkte blootstelling aan vreeswekkende stimuli of situasies. Die aanname was dat neutrale stimuli deur assosiasie aangeleerde vrese word, wanneer dit in tyd en plek voorkom met angswekkende gebeure (Rachman, 2002). Volgens hierdie tradisionele siening is die waarskynlikheid dat standhoudende vrese sal ontwikkel afhanklik van die *intensiteit* van die angs wat ervaar word tydens blootstelling aan

vreeswekkende stimuli en die aantal *herhalings* van die assosiasie tussen gekondisioneerde stimuli en vrese. Verder mag stimuli wat ooreenkomste toon met aangeleerde vrese ook vreeswekkende eienskappe aanneem (King et al., 1998).

Bewustheid het ontstaan dat die oorspronklike kondisioneringsteorie nie alle vrese kon verduidelik nie. Om uit te brei op wat reeds in die inleidende hoofstuk genoem is, kon dit byvoorbeeld ook nie sosiale vrese verklaar wat dikwels geleidelik ontstaan nie. Verder ontstaan vrese soms sonder dat daar direkte kontak was met die stimuli (King et al., 1998; Rachman, 2002). Teen dié agtergrond, het Rachman (1977) die twee addisionele weë voorgestel wat 'n rol mag hê in kinders se vreeservarings. Daar moes meer as een kanaal wees waardeur vrese verwerf word (Rachman, 1998).

Die idee dat vrese kan ontstaan deur waarneming van ander se vreesreaksies (*modellering*), is gemotiveer deur die sukses van modellering as 'n terapeutiese hulpmiddel (King et al., 1998; Rachman, 1977). Verder het 'n reeks klassieke studies getoon dat modellering van aggressiewe gedrag aan kinders, aanleiding gegee het tot nabootsing van die model se optrede (Nevid, Rathus & Greene, 2003). Hieruit is afgelei dat dit sekerlik ook moontlik sal wees vir kinders om vrese deur observering te verwerf. Veral gedurende die middel-kinderjare wanneer daar 'n toenemende vermoë is om ander se perspektief te inkorporeer (Du Plessis, 2006; Fields & Prinz, 1997).

Vir die idee dat vrese verwerf kan word deur oordrag van *negatiewe inligting* oor stimuli of gebeure, was daar geen wetenskaplike motivering nie. Nietemin is voorgestel dat hierdie kanaal die grondslag kon wees vir die meeste alledaagse vrese, gegewe dat inligting voortdurend aan kinders oorgedra word as deel van die opvoedingsproses (Rachman, 1977; 2002). In die hedendaagse samelewing is die televisie 'n kanaal waardeur vreeswekkende inligting dikwels oorgedra word (Du Plessis, 2006; Muris et al., 2001).

Sommige teoretici argumenteer dat, bykomend tot Rachman se drie weë, 'n vierde proses nodig is vir die verklaring van menslike vrees (Poulton & Menzies, 2002; Rachman, 2002). Die veronderstelling is dat daar nie-assosiatiewe vrese is, wat nie aangeleer word deur direkte of indirekte kanale nie (Rachman, 2002). Volgens dié *nie-assosiatiewe benadering* het sekere vrese 'n evolusionêre oorsprong. Vrese vir onder meer *hoogtes, water, skeiding* en *spinnepoppe* mog adaptiewe waarde gehad het vir pre-historiese voorvaders, met die gevolg dat dit spontaan ontstaan as deel van normale ontwikkeling (Muris, Merckelbach, De Jong et al., 2002). Daar is dus voorgestel dat die mens gepredisponeer is om sekere vrese te ervaar. Die meeste van hierdie vrese word egter mettertyd oorkom of verswak deur habituasie. Met ander woorde, daar word geleer om nie te vrees nie. Om dié idee te ondersteun, is verwys na navorsingsbevindings wat getoon het dat slangvrese meer algemeen was onder stedelike kinders, wat minder blootstelling daaraan gehad het, as onder landelike kinders wat meer waarskynlik al in kontak was met slange (Rachman, 2002). Waar sekere navorsers van mening is dat die nie-assosiatiewe verklaring van vrees oorwegend onbevredigend is vanuit 'n wetenskaplike oogpunt (Muris, Merckelbach, De Jong et al., 2002), het ander tot die gevolgtrekking gekom dat dié benadering deur navorsing ondersteun word (Poulton & Menzies, 2002).

Gegewe dat die Rachman se weë gebruik is om die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders se leerervarings te operasionaliseer, is voorkeur gegee aan die assosiatiewe perspektief in die huidige studie.

4.4 Sielkundige attribusie teorie

Die *sielkundige attribusie teorie* (Lazarus & Folkman, 1984) word ingesluit by die teoretiese raamwerk, omdat die huidige definisie van hanteringstrategieë daarvan deel is en dit insig verskaf oor die sielkundige prosesse wat bepaal of 'n potensiële bedreiging as spanningsvol en dus moontlik as vreeswekkend ervaar sal word (Ogden, 2000; Taylor, 2006). Bykomend koppel dit die konsepte spanning, vrees en hanteringstrategieë. Dié verband is nie altyd verduidelik in vorige ontwikkelingsielkundige studies oor vrees en hanteringsmeganismes nie.

Daar is voorgestel dat persone wat angswekkende kondisioneringservarings gehad het sonder om vrese te ontwikkel, die gebeure verskillend geïnterpreteer het as dié vir wie dit aanleiding gegee het tot vrese (Rachman, 2002). Lazarus en Folkman (1984) het die interpretasie van potensiële bedreigings gekonseptualiseer as 'n tweeledige proses van beoordeling. Eerstens word die betekenis van stimuli of gebeure geëvalueer (*primêre attribusie*). Indien dit as gevaarlik of potensiël bedreigend getakseer word, vind 'n tweede beoordelingsproses plaas (*sekondêre attribusie*). Hiertydens evalueer 'n persoon sy of haar hanteringsmeganismes, asook hanteringshulpbronne of stremmings in die omgewing, ten einde te bepaal of die geïdentifiseerde bedreiging suksesvol hanteer kan word. Wanneer die waargenome bedreiging groot en 'n persoon se siening van sy of haar hanteringskapasiteit negatief is, sal baie spanning ervaar word en vrese mag ontstaan. Hierteenoor sal 'n bedreiging min spanning tot gevolg hê, as dit as 'n minimale bedreiging beoordeel word en die individu bekwaam voel om dit te hanteer (Lazarus & Folkman, 1984; Taylor, 2006). In laasgenoemde geval is dit onwaarskynlik dat vrese verwerf sal word.

Dit is klaarblyklik dat kinders as gevolg van kognitiewe beperkings potensiële bedreigings en die kontroleerbaarheid daarvan anders sal interpreteer as volwassenes. Dit mag verklaar waarom oënskynlik skadelose stimuli deur kinders gevrees word en hul keuse van hanteringstrategieë beïnvloed (Fields & Prinz, 1997).

4.5 Sisteemsteorie

Die voorafgaande teorieë het telkens veronderstel dat menslike belewenis en gedrag beïnvloed word deur die sosiale omgewing. Hierdie persoon-omgewing interaksie is die fokus van die sistemiese benadering (Bronfenbrenner, 1981). Die bydrae van sisteemsteorie tot hierdie studie is tweeledig. Eerstens gee dit een van die omvattendste teoretiese omskrywings van die mens se sosiale omgewing/konteks. Tweedens kan al die vorige teorieë wat bespreek is suksesvol geakkommodeer word binne die sistemiese benadering. Om dié rede vorm dit die *meta-teoretiese raamwerk* vir hierdie studie.

Vanuit 'n sistemiese perspektief kan menslike belewenis en gedrag (G) wiskundig voorgestel word as die resultaat/funksie van 'n wisselwerking tussen 'n persoon (P) en sy of haar omgewing (O): $G = f \{P, O\}$ (Bronfenbrenner, 1981; Lewin in Scileppi, Teed & Torres, 2000). Dié vergelyking kan vir die huidige doeleindes herskryf word as $V/H = f \{P, O\}$, indien *vrees* (V) geïnterpreteer word as die belewenis en *hanteringstrategieë* (H) as die gedrag wat ondersoek is.

Die veronderstelling is dus dat die mens en sy of haar omgewing twee interafhanklike elemente is, oftewel 'n *sisteem* vorm. Daar is altyd 'n neiging in 'n sisteem om balans te handhaaf, wat impliseer dat verandering in die omgewing aanpassing

vereis van die individu en omgekeerd (Bronfenbrenner, 1981). Die persoon en omgewing word onderskeidelik ook as volledige sisteme gekonseptualiseer (Bronfenbrenner, 1981; Newman & Newman, 1995). Ook *intra*-sistemies sal verandering in een sub-sisteem die ander sub-sisteme beïnvloed. Die persoon (*menslike sisteem*) en omgewing (*sosiale sisteem*), soos voorgestel deur die sistemiese benadering word vervolgens bespreek.

4.5.1 Die menslike sisteem

Vanuit 'n sisteemperspektief is die mens 'n drieledige sisteem, bestaande uit 'n *biologiese*, *sielkundige* en *sosiale* sub-sisteem (Erikson, 1963; Newman & Newman, 1995). Gedurende verskillende lewenstadia het elke sub-sisteem kenmerkende ontwikkelingseienskappe.

Die *biologiese sub-sisteem* sluit in alle prosesse wat nodig is vir *liggaamlike funksionering* soos sintuiglike waarneming en spieraktiwiteit (Newman & Newman, 1995). Gedurende die *middel-kinderjare* is daar 'n geleidelike toename in fisiese krag, koördinasie, spierbeheer en balans (Louw, Van Ede et al., 2001). Die gevolg is dat toenemend onafhanklik opgetree en beter beheer uitgeoefen kan word oor die omgewing. Dit mag middel-kinderjariges se hanteringsopsies verbreed. Tydens *volwassenheid* begin 'n liggaamlike verouderingsproses. Die meeste mense is egter relatief gesond tot in hul veertigerjare, waarna daar 'n verhoogde vatbaarheid is vir siektes soos tuberkulose en kroniese lewenstylsiektes. MIV/Vigs veroorsaak egter dat miljoene volwassenes dwarsoor die wêreld hul jare wat relatief gesond kon gewees het in siekte deurbring (Gerdes et al., 2001).

Die *sielkundige sub-sisteem* behels aspekte soos *emosies*, *self-konsep* en *kognisie* (Newman & Newman, 1995) en is sentraal in die huidige ondersoek. Gedurende die *middel-kinderjare* is daar verandering van hulpeloosheid na onafhanklikheid, asook meer emosionele buigbaarheid en differensiasie. 'n Groter mate van *emosionele volwassenheid* word dus bereik, wat hulle onder meer in staat stel om 'n verskeidenheid gevoelens, insluitend vrese uit te druk. 'n Belangrike uitbreiding van die *self-konsep*, is dat middel-kinderjariges 'n begrip ontwikkel vir wie hulle is (ware self) en wie hulle graag wil wees (ideale self). Daar is ook 'n toemende bewuswording van ander persone se verwagtings (Louw, Van Ede et al., 2001). Soos voorgestel deur die kognitiewe benadering het middel-kinderjariges ook kenmerkende denkpatrone (sien Afdeling 4.2.1). *Volwassenes* kan oor die algemeen hul *emosies* beheer en hul gemoedstemmings is oorwegend meer stabiel as gedurende vorige lewenstadia (Gerdes et al., 2001). Uit die literatuuroorsig was dit duidelik dat die meeste volwassenes nie meer kindervrese ervaar nie, alhoewel aspekte soos ouerskap en siekte, omstandigheidspesifieke bronne van vrees en kommer kan wees (sien Afdeling 3.4). Met betrekking tot die *selfkonsep* gedurende volwassenheid blyk diegene wat 'n positiewe selfkonsep ontwikkel het hierdie beeld te behou en andersom (Gerdes et al., 2001). Toename in ouderdom gaan gepaard met *kognitiewe* agteruitgang, maar as gevolg van goeie ervaring kan die meeste volwassenes daarvoor kompenseer (Louw, 1998).

Die *sosiale sub-sisteem* is die prosesse waardeur 'n persoon geïntegreer word by die samelewing, soos sosiale rolle en verwagtings (Newman & Newman, 1995). Wanneer middel-kinderjariges begin skoolgaan word hulle *beste* vriende, leerders, sportspan- en klaskapteine. Elk van hierdie rolle gaan gepaard met spesifieke sosiale verwagtings (Newman & Newman, 1995). Volwassenes het oor die algemeen uiteenlopende keuses met betrekking tot hul lewenstyl en

interpersoonlike verhoudings, sodat sosiale rolle gedurende volwassenheid en die verwagtings wat daarmee gepaard gaan gekenmerk word deur groot individuele verskille (Gerdes et al., 2001). Die Afrika-vrou met 'n Swart rassekultuur se vryheid met betrekking tot keuse van lewenstyl is egter dikwels beperk. Weens hul lae status in die samelewing, ondergeskikte rol in die gesin en seksueel-kulturele norme, het die meeste Swart vroue van Afrika min beheer oor onder meer hul seksuele verhoudings. Dit word beskou as 'n hoofrede waarom die voorkoms van MIV/Vigs die hoogste is onder hierdie populasie (Gilbert & Walker, 2002).

As 'n kroniese siekte, is MIV/Vigs 'n faktor wat die balans kan versteur tussen die sub-sisteme van die menslike sisteem. Dit is nie slegs die pasiënt wie se biopsigososiale funksionering geaffekteer word nie, maar al die lede van die gesinsisteem word beïnvloed deur 'n kroniese siekte in die huishouding (Rolland, 2003). Die uitdagings wat gepaard gaan met die versorging van 'n siek kind kan byvoorbeeld groot spanning vir versorgers veroorsaak (Mash & Wolfe, 2005). Die verreikende impak van stres op volwassenes se fisiese en emosionele gesondheid is bekend (Gerdes et al., 2001). Deur 'n interaksie tussen die sub-sisteme voor te stel, help die sistemiese perspektief om te verstaan hoe 'n verandering in die biologiese sisteem (bv. MIV-infeksie), kan aanleiding gee tot vrees (sielkundige sisteem). 'n Interaksie is egter 'n wederkerige proses, wat impliseer dat hanteringstrategieë geïmplementeer sal word om die emosionele balans te herstel.

4.5.2 Die sosiale sisteem

Waar die mens as 'n drieledige sisteem gekonseptualiseer is, is die sosiale omgewing voorgestel as vier geneste strukture met die mens as middelpunt. Ter illustrasie is die analogie gebruik van tradisionele Russiese poppe: 'n stel poppies van verskillende groottes wat in mekaar pas. Die strukturele komponente kan geïnterpreteer word as vlakke van die sosiale omgewing wat oorweeg moet word om die kompleksiteit daarvan volledig te verstaan (Scileppi et al., 2000). In volgorde van die mees sentrale na die buitenste struktuur is die sub-sisteme van die sosiale konteks soos volg gekonseptualiseer.

Die *mikro-sisteem* verwys na die (1) aktiwiteite, (2) rolle en (3) interpersoonlike verhoudings van 'n persoon in sy of haar direkte omgewing soos die huishouding, speelgrond en in navorsing, die laboratorium of toetskamer (Bronfenbrenner, 1981). MIV/Vigs kan veranderinge in al drie elemente van die mikro-konteks veroorsaak. 'n MIV-positiewe moeder se *rol* kan byvoorbeeld verander van versorger na pasiënt as haar fisiese funksionering agteruitgaan. In sodanige geval mag huishoudelike take die *spelaktiwiteite* van haar kinders vervang. Indien die moeder emosionele probleme ondervind mag dit ook 'n effek hê op die *interpersoonlike verhoudings* in die gesin. Die mikro-konteks is ooreenstemmend met die sosiale sub-sisteem van die mens en is die direkte skakel tussen mense en hul omgewings. 'n Onlosmaaklike verwantskap tussen die persoon en omgewing word hierdeur veronderstel.

Die *meso-sisteem* behels die onderlinge verhouding tussen twee of meer mikro-kontekste, waarin 'n persoon aktief betrokke is. Dit is dus 'n sisteem van mikro-sisteme. Vir 'n kind verwys dit byvoorbeeld na die verhouding tussen die huis en die skool. Is die skool ingelig oor die MIV-positiewe kind se gesondheidstatus, sodat onderwysers hom of haar kan ondersteun? Die verhouding tussen die gesin en versorger se sosiale netwerk is 'n voorbeeld van 'n meso-sisteem gedurende volwassenheid. Is die MIV/Vigs-geaffekteerde versorger se vriende sodanig betrokke by sy of haar gesinsomstandighede dat bystand verwag kan word in tye van nood? Die meso-sisteem illustreer die kompleksiteit van die sosiale omgewing.

Na die strukturele komponent van die sosiale konteks, waarmee daar nie direkte aanraking is nie, word verwys as die *ekso-sisteem* (Bronfenbrenner, 1981). 'n Voorbeeld is die werksomgewing van 'n ouer. Wanneer diskriminasie teen 'n MIV-positiewe broodwinner werksverlies tot gevolg het, sal afhanklikes van dié versorger geaffekteer word deur die daling of afwesigheid van inkomste in die huishouding, sonder dat hulle in aanraking was met die werksplek. Die ekso-sisteem kan dus verstaan word as die mikro-kontekste van 'n persoon se naasbestaandes.

Die *makro-sisteem* behels dinge soos historiese gebeure, kulturele norme en politieke toestande. Hierdie sisteem is 'n besonder invloedryke komponent van die sosiale konteks, omdat dit kondisies op al die ander sosiale vlakke reguleer (Bronfenbrenner, 1981). Gegewe hul sosio-historiese agtergrond en politieke omstredeheid in die Suid-Afrikaanse MIV/Vigs-konteks, kan veronderstel word dat die makro-sisteem in besonder ook 'n prominente komponent is van die plaaslike MIV/Vigs-geaffekteerde populasie se leefwêreld, wat hul vrese en hanteringstrategieë mag beïnvloed.

Bronfenbrenner (1986) het 'n vyfde sub-sisteem voorgestel en dit die *krono-sisteem* genoem. Hiermee is verwys na die invloed van persoonlike ontwikkelings- en omgewingsveranderinge op die mens se belewenis en gedrag. Spesifiek is die wisselwerking tussen hierdie veranderinge beklemtoon. Lewensiklusoorname (bv. huwelik) is die eenvoudigste voorbeeld van 'n krono-sistemiese faktor. 'n Meer komplekse voorbeeld is die gesamentlike effek van al die veranderinge in 'n persoon en die omgewing oor 'n lang tydperiode.

Die krono-sisteem kan ook verstaan word as gebeurtenisse waardeur kondisies geskep word vir verandering. Hierdie gebeurtenisse kan wees normatief (bv. huwelik) en nie-normatief. MIV/Vigs in die huishouding kan beskou word as 'n nie-normatiewe gebeurtenis vir die gesinslede (Rolland, 2003). Gegewe dat 'n groot deel van Suid-Afrika se MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers groot politieke veranderinge beleef het en saam met hul kinders steeds blootgestel word aan sodanige veranderinge as gevolg van die demokratiese heropbou- en ontwikkelingsproses, sou verwag kon word dat krono-sistemiese faktore hul vrese en hanteringsmeganismes beïnvloed.

4.5.3 Sisteemsteorie samevatting: Meta-teoretiese raamwerk

Al die teorieë wat bespreek is kan binne die sistemiese vergelyking $V/H = f \{P, O\}$ geakkommodeer word om 'n omvattende teoretiese raamwerk te verskaf vir die vrese en hanteringsmeganismes van die huidige MIV/Vigs-geaffekteerde kinders en versorgers. Alhoewel daar verskeie is, word die volgende aansluitingspunte uitgelig. Deur die rol van sosiale verwagtings in die ervaring van vrees te beklemtoon, sluit die *psigo-sosiale benadering* aan by die sosiale sub-sisteem van die mens asook die mikro- en makro-sisteme van die sosiale omgewing. Die *kognitiewe benadering* en *sielkundige attribusie teorie* kan geakkommodeer word binne die sielkundige sub-sisteem van die mens. *Rachman se teorie* verskaf insig oor die wyse waarop inligting gekanaliseer word tussen die onderkeie strukture van die sosiale omgewing. Die teorieë gee dus 'n breër perspektief van die persoon (P) in die sistemiese vergelyking en bevorder ook begrip vir die interaksie tussen die individu en omgewing. Die sisteemsteorie maak 'n unieke bydrae deur die omgewing omvattend te omskryf.

Die meta-teoretiese raamwerk veronderstel dat die vrese en hanteringstrategieë van die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders en versorgers die resultaat is van persoonlike ontwikkelingseienskappe en die besondere eienskappe van hul leefwêreld. As gevolg van die interaksie sal die geheel waarskynlik meer wees as die som van die dele.

4.6 Hoofstuksamevatting

In hierdie hoofstuk is 'n meta-teoretiese raamwerk voorgestel vir die vrese en hanteringsmeganismes van die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders en hul versorgers. Hiermee is die agtergrondsinligting vir die studie afgesluit. In die volgende hoofstuk word die metodologiese aspekte van die ondersoek weergegee.

HOOFSTUK 5

METODOLOGIE

In hierdie hoofstuk word die metodologie van die studie verduidelik. Die volgende word uiteengesit: Die *navorsingsontwerp, fases van die studie*, asook die metodes en prosedures wat gebruik is vir *deelnemersseleksie, dataversameling en-ontleding*. Belangrike *taal* en *etiese* oorwegings, 'n lys van *gekonsulteerde persone* en 'n evaluering van die *datakwaliteit en interpretasies* is ook ingesluit by die hoofstuk.

5.1 Navorsingsontwerp

Die studie was eksploratief en oorwegend beskrywend van aard. Binne dié dominante kwalitatiewe model is kwantitatiewe aspekte geakkommodeer. Hierdie navorsingsontwerp is deur Tashakkori en Teddlie (1998) beskryf as 'n *gemengde metodologiese model*. 'n *Dwarsneeontwerp* is gebruik, wat beteken dat data eenmalig ingesamel is (Graziano & Raulin, 2004).

5.2 Navorsingsfases

Die studie is uitgevoer in drie opeenvolgende fases. Die aktiwiteite binne die fases het ooreenkomstig en kan slegs afsonderlik voorgestel word vir besprekingsdoeleindes. Omdat MIV/Vigs 'n aktuele politieke en sosiale kwessie is en ook 'n aktiewe navorsingsveld, is deurlopend uitgegaan om ingelig te bly van gebeure in die MIV/Vigs konteks en nuwe wetenskaplike publikasies oor dié onderwerp.

5.2.1 Fase 1: Voorbereiding

Tydens die eerste fase is die studie beplan en voorbereidings getref vir die uitvoering van die projek. Die Suid-Afrikaanse MIV/Vigs-konteks was nie 'n nuwe veld vir die navorser nie, weens vorige gemeenskapswerk by 'n versorgingsoord vir MIV-positiewe kinders. Navorsingservaring is verwerf tydens twee vorige studies oor kinders, insluitend een oor vrees, en 'n navorsingsprojek oor swanger vroue, woonagtig in 'n lae sosio-ekonomiese Wes-Kaapse gebied, waarby die navorser betrokke was.

As eerste aktiwiteit is 'n *navorsingsvoorstel* opgestel. Die protokol is gebaseer op die bogenoemde studie oor kindervrees (Loxton et al., 2005) en twee bykomende plaaslike studies oor kindervrees en-hanteringsmeganismes (Burkhardt, 2003; Loxton, 2004). Na hierdie studies is in die literatuuroorsig verwys (sien Tabel 1). Die navorsingsvoorstel is voorgelê aan die Komitee vir Mensnavorsing van die Universiteit Stellenbosch en goedkeuring is verkry om die navorsingsprojek te onderneem (Projeknommer: N06/05/085).

Die tweede aktiwiteit was om 'n *teikengroep te identifiseer* wat voldoen het aan die studie se definisie van MIV/Vigs-geaffekteerde kinders en versorgers (sien Afdelings 2.2 en 2.3). Die eerste vyf pogings was onsuksesvol. Die organisasies

wat genader is het deelname weerhou, weens teenkanting teen vigsnavorsing met kinders (twee gevalle) en teikengroep nie aan die definisie voldoen nie (twee gevalle). Een organisasie was skepties oor vigsnavorsers, maar het kontakbesonderhede verstrekkend van ander organisasies wat moontlik behulpsaam kon wees. Teen die agtergrond van bestaande literatuur is verwag dat MIV/Vigs-geaffekteerde kinders en versorgers 'n moeilik bereikbare populasie sou wees (Green et al., 1996; Sartain et al., 2000; Schüklenk, 2000; Witte & De Ridder, 1999).

Na die eerste onsuksesvolle pogings is samewerking verkry van twee Openbare Gesondheidsklinieke in die Wes-Kaap. In teenstelling met die vorige organisasies, is die navorsingsprojek ten volle ondersteun deur die personeel in beheer van die klinieke (Sr. Apollis, persoonlike kommunikasie, 22 Maart, 2006; N. Grobbelaar, persoonlike kommunikasie, 26 April, 2006), asook ander mediese personeel (T. Engel, persoonlike kommunikasie, 22 Maart, 2006) en gemeenskapsberaders (Anoniem, persoonlike kommunikasie, 22 Maart, 2006) daar ter plaatse. Bykomend is die projek skriftelik goedgekeur deur die Wes-Kaapse Departement Gesondheid en toestemming is gegee om die metropool se gesondheidsfasiliteite te gebruik vir werwing van deelnemers en data-insameling. Uiteindelik is dataversameling beperk tot een kliniek, aangesien inspeksie van pasiënteërs getoon het dat die ander kliniek slegs 'n klein aantal potensiële deelnemers gehad het en daar ook buitengewone ruimteprobleme was op die perseel.

Voordat dataversameling begin het, is die kliniek waar die studie ten slotte uitgevoer is (studiekonteks; sien Afdeling 2.1), verskeie keer besoek om die personeel te leer ken, vertrouensverhoudings te vestig en bekend te word met die omgewing. Hierdie geleentheid is ook gebruik vir die ontmoeting van potensiële deelnemers. Gedurende die besoeke is waargeneem dat ontsluiting aan kinders, soos geïdentifiseer in die literatuur (sien Afdeling 3.4.1), ook vir versorgers in die studiekonteks 'n sensitiewe saak was. Die oorspronklike navorsingsvoorstel is derhalwe gewysig om in die deelnemerinligting- en toestemmingsvorm te beklemtoon dat MIV/Vigs nie deur die navorser met die kinders bespreek sou word nie (sien Bylae B), voordat dit vir finale etiese goedkeuring voorgelê is. Dié verandering het nie implikasies gehad vir die res van die protokol nie, omdat 'n nie-leidende metode vir dataversameling beplan is, om in lyn te wees met die eksploratiewe aard van die ondersoek (sien opkomende Afdeling 5.4.1.2).

Met 11 amptelike landstale in Suid-Afrika, vereis kommunikasie met deelnemers deeglike oorweging in plaaslike navorsing. Gevolglik was daar ook *taalkundige aspekte* verbonde aan die voorbereidingsfase. Keuses moes gemaak word oor watter tale om te akkommodeer, 'n tolk is gewerf en dokumentasie is vertaal. Dié taalkundige oorwegings word bespreek in Afdeling 5.7.1.

Tydens die eerste fase is dus 'n navorsingsvoorstel opgestel, 'n veldwerkarea geïdentifiseer en leer ken, amptelike goedkeurings verkry, en aandag gegee aan konteks-spesifieke en taalkundige kwessies. Die fase het officieel geëindig, nadat toestemming van die etiese komitee verkry is om met dataversameling te begin.

5.2.2 Fase 2: Veldwerk

Die tweede fase was die aktiewe fase van die studie en het gestrek van September tot Desember, 2006. Gedurende hierdie periode is die studiekonteks twee tot drie keer per week besoek. Tydens die besoeke is deelnemers gewerf (Afdeling 5.3.1)

en data versamel (Afdeling 5.5). Dié onderskeie aktiwiteite van die veldwerkfase word opkomend in hierdie hoofstuk bespreek soos aangedui.

Bykomend is die data tentatief ontleed. In kwalitatiewe navorsing begin data-analise tydens die dataversamelingsperiode, sodat nuwe temas wat geïdentifiseer word geëksplorieer kan word (Marshall & Rossman, 1995). In hierdie studie het preliminêre data-analise die aandag gevestig op 'n klein sub-groep van die kinders: Dié wat persoonlik geïnfekteer en teenoor wie daar geen geheimhouding was oor hul diagnoses nie. Teen die agtergrond van bestaande literatuur was dit nie onverwag nie (sien Afdeling 3.1.2.1). Alhoewel die navorser aanvanklik uitgegaan het om 'n tweede deel by die studie te voeg oor die ervarings van hierdie kinders en hul versorgers, is dit by tweede oorweging nie by hierdie tesis ingesluit nie. Dit het die omvang van die projek moeilik hanteerbaar gemaak en die oorspronklike fokus van die studie sou hierdeur verlore gegaan het. Verrykende bevindings oor hierdie kinders is egter by die huidige tesis ingesluit, alhoewel dit nie 'n doelstelling was van die studie om sub-populasies te identifiseer nie (sien Afdelings 6.2.4 en 6.3.3).

Gedurende die tweede fase is alle aktiwiteite dus uitgevoer wat nodig was om die data te bekom wat nodig was vir die bereiking van die studiedoelwitte. Hierdie fase het amptelik geëindig na die dataversamelingsprosedure met die laaste deelnemer. Op dié tydstop het dit moeilik geword om nuwe deelnemers te betrek.

5.2.3 Fase 3: Afronding

Gedurende die laaste fase van die studie is finale data-analise uitgevoer (sien Afdeling 5.6) en die bevindings is geïnterpreteer en opgeteken. Hierdie fase sal ook behels die disseminasie van die inligting aan belanghebbendes by die studiekonteks en voorlegging van minstens een navorsingsartikel aan 'n geakkrediteerde joernaal vir publikasie. Die derde fase is dus die afrondingsdeel van die studie wat nog voltooi moet word na inhandiging van hierdie tesis.

5.3 Deelnemers

Die metode en prosedure waardeur deelnemers gedurende die tweede fase van die studie gewerf is, en die omvang van die finale teikengroep word in hierdie afdeling verduidelik. Volledige demografiese eienskappe van die deelnemers word weergegee in Hoofstuk 6.

5.3.1 Seleksiemetode en-prosedure

Doelgerigte steekproefneming (Neuman, 2000) is gebruik om MIV/Vigs-geïnfekteerde kinders en hul versorgers by die studie te betrek (sien Afdelings 2.2 en 2.3 vir definieerbare eienskappe). Dit beteken dat verskillende metodes gebruik is om 'n maksimale aantal deelnemers te werf (Neuman, 2000). Hierdie seleksiemetode is die aangewese metode om te gebruik wanneer deelnemers moeilik bereikbaar is, soos MIV/Vigs-geïnfekteerde kinders en versorgers (Green et al., 1996; Witte & De Ridder, 1999; sien Afdeling 5.2.1).

Potensiële deelnemers is deur pasiënteleërs geïdentifiseer en telefonies gekontak om deel te neem. Dié taak is onderneem deur 'n gemeenskapsberader, teen 'n ooreengekome vergoeding. Dié strategie was in die meeste gevalle ondoeltreffend, omdat telefoonoproep nie beantwoord is nie en daar nie opgedaag is vir die geskeduleerde onderhoude nie. Die vermoede is dat laasgenoemde toegeskryf kan word aan vervoerprobleme, eerder as 'n onwilligheid tot deelname. Dit het naamlik geblyk dat die enkele deelnemers wat opgedaag het, in die meeste gevalle geld geleen het om die studiekonteks te bereik, om dit dan terug te betaal met die vereffening wat hulle volgens ooreenkoms sou en ook ontvang het (sien Afdeling 5.5). Daarom is potensiële deelnemers, wat op die dae van data-insameling by die kliniek was, persoonlik deur die gemeenskapsberader of navorser genader om aan die studie deel te neem. Die meeste deelnemers is op hierdie wyse betrek. Gedurende die periode van data-insameling het die navorser in aanraking gekom met 'n MIV/Vigs-geaffekteerde gesin wat nie in kontak was met die veldwerkkliniek nie. Die gesin se MIV-positiewe pleegkind en versorgers het aan die definieerbare eienskappe van die teikengroep voldoen, en die kind het mediese hulp en medikasie ontvang van die Wes-Kaapse Openbare Gesondheidstelsel, wanneer dit benodig is. Derhalwe is hierdie gesin by die studie betrek en die data van die kind en een van die pleegouers is ingesluit by die finale datastel.

5.3.2 Finale teikengroep

Die finale teikengroep het bestaan uit 40 MIV/Vigs-geaffekteerde kinders en hul versorgers ($N = 34$). Die getal kinders en versorgers het verskil, omdat sibbe by die studie ingesluit is. In ses gevalle het een versorger twee kinders verteenwoordig en oor beide verslag gedoen. Die finale teikengroep was dus nietemin saamgestel uit 40 kind-versorger pare.

In totaal is data ingesamel van 43 kinders en 35 versorgers. Die data van drie kinders en een versorger is nie by finale data-analise ingesluit nie, omdat die kinders se geboortedatums en ouderdomme, soos verstrekk deur hul versorgers, nie ooreengestem het nie. Bereken vanaf die geboortedatums, het die kinders nie voldoen aan die ouderdomskriteria wat gestel is vir die studie nie (sien Afdeling 2.2). Slegs een versorger is as gevolg hiervan uitgesluit, aangesien twee van die drie kinders wie se data geëlimineer is, sibbe gehad het wat by die studie ingesluit was. 'n Bykomende onderhoud is voortydig beëindig, omdat die kind onwillig, of nie in staat was om te reageer op die navorser se versoeke nie. Dié deelnemer het jonger voorgekom as die 6-jarige ouderdom wat gerapporteer is deur die betrokke versorger.

5.4 Individuele onderhoude

Tydens die tweede fase van die studie is data versamel deur individuele onderhoude met die kinders en versorgers respektiewelik. Die onderhoude het bestaan uit verskillende sleutelkomponente. Die onderdele van onderskeidelik die kinder- en versorgeronderhoude word vervolgens in besonderhede bespreek.

5.4.1 Kinderonderhoude

Die kinders se onderhoude het die GHD, VOM en gestruktureerde vrae oor die kinders se leerervarings (Rachman se weë) ingesluit. 'n Bykomende vraag het ten doel gehad om angsgevoelens te neutraliseer wat kon ontstaan het gedurende die onderhoude. Daar moet opgemerk word dat die Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS), 'n kwantitatiewe

meetinstrument wat deur Reynolds en Richmond (1978) ontwikkel is om kinders se angs te meet, bykomend afgeneem is aan die einde van al die kinderonderhoude. Om die omvang van die studie te beperk, is die resultate nie in hierdie tesis vervat nie. Enkele addisionele vrese wat geïdentifiseer is tydens die dialoog wat gestimuleer is deur die items van die RCMAS, is egter ingesluit by die huidige datastel.

5.4.1.1 Goodenough-Harris Drawing Test

Die GHD (Harris, 1963) is 'n kindervriendelike sielkundige meetinstrument, wat voltooiing van 'n manlike-, vroulike- en selffiguurtekening behels. Dit is in vorige navorsing vir verskeie doeleindes geïmplementeer (Loxton, 2004). In hierdie studie het die GHD drie funksies gehad.

Die eerste funksie van die GHD was om 'n *gemaklike verhouding* met die kinders te vestig aan die begin van die onderhoude. Die menslike figuur is 'n nie-bedreigende onderwerp wat dikwels spontaan deur kinders gekies word om te teken (Mortenson, 1991). Omdat die voltooiing van 'n tekening 'n gevoel gee van meesterskap en selfdoeltreffendheid (Demarrais, 1995), het die GHD terapeutiese waarde gevoeg tot die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders se onderhoudservaring. Dit was duidelik dat die tekeninge deur die meeste kinders geniet is en veral die selffiguur is met sorg voltooi.

Die tweede funksie van die GHD was om 'n *breë indikatie* te verkry van die teikengroep as geheel se *kognitiewe maturasievlak*. Soos uiteengesit in die literatuuroorsig (Afdeling 3.1.2.2) en teen die agtergrond van die kognitief teoretiese benadering (Afdeling 4.2), was sodanige kennis oor die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders betekenisvol vir die interpretasie van die huidige bevindings. Dit is die doel waarvoor die GHD oorspronklik ontwikkel is en dus die meeste voor gebruik word (Harris, 1963). Die aanname is dat kinders se kognitiewe vermoëns weerspieël word in die waarheidsgetrouheid van hul tekeninge (Loxton, Mostert & Moffatt, 2006). Berustend op dié veronderstelling, word 'n kwantitatiewe aanduiding verkry van kinders se nie-verbale intellektuele maturasievlak deur die detail, lynvloeibaarheid en liggaamsproporsies van hul menslike figuurtekeninge te evalueer na aanleiding van 'n standaard puntestelsel. Die gemiddelde van die tellings, wat onderskeidelik aan die manlike- en vroulikefiguur toegeken is, word vervolgens vergelyk met bestaande norme (Harris, 1963). Alhoewel die GHD nie vir die Suid-Afrikaanse konteks gestandaardiseer is nie, word die waarde van die instrument erken vir plaaslike gebruik. Die uitgangspunt is dat die GHD 'n kindervriendelike en maklik afneembare toets is om kinders se vlak van intellektuele maturasie te beraam in die afwesigheid van 'n alternatiewe meetinstrument (Loxton et al., 2006; Richter, Griesel & Wortley in Loxton, 2004). Daar word egter beklemtoon dat GHD-tellings slegs as 'n breë aanwysing gebruik kan word van kinders se intellektuele maturasievlak, veral vir ouer teikengroepe (Harris, 1963), soos die middelkinderjarige MIV/Vigs-geaffekteerde kinders in hierdie studie. Dit kan nie as enigste indikatie gebruik word as meer akkurate metings benodig word nie (Harris, 1963; Mortenson, 1991).

Die derde funksie van die GHD was om *reaksies te ontlok* by deelnemers wat aanvanklik te bang of te skaam was om vrese te erken. Hiervoor word die instrument se projektiewe potensiaal gebruik. Wanneer geen vrese gerapporteer word nie, word met aanwysing na die selftekening gevra waarvoor die figuur bang is. Indien 'n vrees gerapporteer word is die aanname dat dit die deelnemer se persoonlike vrees verteenwoordig. Slegs een van die jongste kinders (kd. [kinderdeelnemer] 32; sien

Bylae C) het aanvanklik geen vrese gerapporteer nie. Die projeksietegniek was suksesvol om 'n reaksie by dié deelnemer te ontlok.

Die GHD is dus gebruik om 'n gemaklike verhouding te vestig met die kinders, 'n breë indikatie te verkry van die totale teikengroep se kognitiewe maturasievlak en om reaksies te ontlok, in gevalle waar deelnemers eers versuim het om vrese te vermeld. Bykomend het dit hul onderhoudservaring verryk.

5.4.1.2 Vrye Opsie Metode

Met die VOM is data ingesamel oor die kinders se vrese en *hanteringstrategieë*. Soos verduidelik in Afdeling 2.7.1, is die VOM 'n tipe semi-gestruktureerde onderhoud, met die uitstaande kenmerk dat dit 'n nie-leidende dataversamelmethode is. 'n Onbeperkte verskeidenheid vrese en hanteringsmeganismes kan dus gerapporteer word. Die VOM was die aangewese metode om te gebruik, omdat die nie-leidende eienskap daarvan in lyn was met die eksploratiewe aard van die ondersoek en lees- en skryfvaardighede nie vereis word nie (Tashakkori & Teddlie, 1998). Laasgenoemde vermoëns kon beperk gewees het onder die MIV/Vigs-geaffekteerde teikenpopulasie (sien Afdeling 3.1.2.2) en by die jongste kinders in die teikengroep. 'n Potensiële nadeel van die VOM is dat 'n klein aantal reaksies ontlok word, omdat deelnemers nie indagtig gemaak word aan stimuli wat gevrees en hanteringsmeganismes wat voorheen geïmplementeer is nie (Compas et al., 2001; Muris et al., 1997). In die huidige studie was die fokus egter op die *kwaliteit*, eerder as die *kwantiteit* van die data.

Die VOM het bestaan uit drie vrae. *Twee* het betrekking gehad op die konsep vrees en *een* op die kinders se *hanteringsmeganismes*. Die tweede vreesvraag (*Weet jy hoekom jy bang is vir [primêre vrees]?*) is ingesluit om interpretasie van die bevindings te bevorder (sien Bylae D).

Die woordkeuse van die VOM is gebaseer op die protokol van Loxton (2004). Daar is van die standpunt uitgegaan dat 'n eenvoudige woordkeuse wat suksesvol gebruik is met 'n jonger teikengroep tolkbemiddelde kommunikasie sou fasiliteer. Die vrae het sinvolle reaksies ontlok by die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders, wat 'n aanduiding is dat dit verstaan is (Loxton, 2004; Muris, Merckelbach, Gadet et al., 2000).

Met die VOM is daar dus op 'n nie-leidende wyse data versamel oor die kinders se vrese en hanteringstrategieë.

5.4.1.3 Gestruktureerde leerervaringsvrae

Ten einde die rol van Rachman se weë in die kinders se vrese te exploreer en daardeur hul leefwêreld te leer ken, is drie gestruktureerde vrae by die kinderonderhoude ingesluit. Soos gebruik deur Ollendick en King (1991), is die kinders gevra of (1) *inligtings*-, (2) *modellerings*-, en (3) *kondisioneringservarings* herroep is in verband met hul self-gerapporteerde primêre vrese (breë definisie; vgl. Afdeling 2.6). Met betrekking tot die inligtingsvraag, is die televisie gespesifiseer as die kanaal van oordrag. In hierdie studie beteken negatiewe inligting dus vreeswekkende televisieprogrammateriale. Soos bevind is in verband met die VOM, is die vrae verstaan, aangesien sinvol gereageer is (Loxton, 2004; Muris, Merckelbach, Gadet et al., 2000).

Die gestruktureerde leerervaringsvrae is by die kinders se onderhoude ingesluit tussen die vreesvrae en hanteringstrategievraag van die VOM (sien Bylae D).

5.4.1.4 Angsneutraliseringsvraag

Dit was moontlik dat daar gedurende die onderhoude angsgevoelens by die kinders kon ontstaan het, deur die gedagte aan hul vrese. Derhalwe is 'n vraag aan die einde van die kinderonderhoude ingesluit om enige negatiewe gevoelens te neutraliseer. Spesifiek is die kinders uitgevra na hul grootste wens (sien Bylae D). Dit het voorgekom asof die strategie suksesvol was om positiewe gevoelens te ontlok.

5.4.2 Versorgeronderhoude

Die onderhoude met die versorgers het bestaan uit 'n demografiese vraelys en vrae oor hul persoonlike asook hul kinders se vrese en hanteringsmeganismes, in 'n semi-gestruktureerde onderhoudsformaat (SGO). Soos met die kinders (sien Afdeling 5.4.1), is 'n kwantitatiewe meetinstrument met al die versorgers voltooi aan die einde van hul onderhoude. Spesifiek is die Child Behavior Cheklist (CBCL) geadministreer. Dié instrument is ontwikkel deur Achenbach en Rescorla (2001) om versorgers se perspektief te verkry van kinders se psigo-sosiale funksionering. Die resultate is om dieselfde rede as vir die kinders nie ingesluit by hierdie tesis nie. Daar is egter ook betekenisvolle versorger-persepsie vrese geïdentifiseer tydens afneming van die CBCL, wat geïnkorporeer is by die huidige datastel.

5.4.2.1 Demografiese vraelys

Met die *demografiese vraelys* is agtergrondsinligting ingesamel oor die deelnemers (sien Bylae E). Dit het ingesluit data oor die kinders en versorgers se *persoonlike eienskappe* (bv. ouderdom) en hul *sosiaal-huishoudelike omgewing* (bv. tipe woonhuis). Die demografiese vraelys is geïmplementeer om omskrywing van die teikengroep moontlik te maak en interpretasie van die bevindings te bevorder.

5.4.2.2 Semi-gestruktureerde onderhoud

Met die *SGOe* is data ingesamel oor die versorgers se (1) *persepsies* aangaande hul kinders se vrese en hanteringsmeganismes en (2) *persoonlike vrese en hanteringsmeganismes*. Die SGO-formaat was die aangewese metode om te gebruik, aangesien 'n teikenpopulasie met 'n oorwegend lae geletterdheid ondersoek is en geen skryf- en leesvaardighede vereis is hiervoor nie (Tashakkori & Teddlie, 1998). As gevolg van die persoonlike aard van SGOe, is die bykomende voordeel dat openhartige deelname daardeur gefasiliteer word (Thomas, 2003).

Die SGO-komponent van die versorgers se onderhoude het uit vier vrae bestaan (sien Bylae F). Die eerste en die tweede vraag het betrekking gehad op die versorgers se persepsies aangaande hul kinders se vrese en hanteringsmeganismes. Die hanteringstrategievraag is slegs gestel indien 'n vrees gerapporteer is. Deur die laaste twee vrae is data ingesamel oor die versorgers se persoonlike vrese en hanteringstrategieë. Addisionele vrae kon gestel word om te verseker dat die nodige data

ingesamel en die deelnemers se reaksies korrek geïnterpreteer is. Daar was dus geringe verskille tussen die deelnemers se onderhoude, berustend op die unieke dinamika van die situasie (Keller, 2001). Dieselfde beginsel het gegeld met betrekking tot die kinders se onderhoude.

In samevatting was die SGO dus die metode waardeur data ingesamel is om te voldoen aan die eerste twee primêre en die sekondêre doelstellings van die ondersoek.

5.5 Navorsingsprosedure

In hierdie afdeling word die algemene navorsingsprosedure beskryf wat vir 'n kind-versorger paar gevolg is. Dit sluit aan by die seleksieprosedure wat reeds verduidelik is (sien Afdeling 5.3.1). Dit het verder behels die verkryging van ingeligte toestemming/instemming en die dataversamelingsprosedure, oftewel die onderhoudsvoering (sien Afdeling 5.4). Konsekwent met die eksploratiewe aard van die studie, is die beplande prosedure en dataversamelingmetodes vir die konteks geoptimaliseer, gedurende die ontmoeting met die eerste deelnemers.

Tydens die seleksieprosedure het versorgers mondelinge agtergrondinligting ontvang aangaande die studie. Soos aanbeveel deur Taylor en Bogdan (1984), is eerlike inligting weergegee, sonder om onnodige besonderhede te verstrek. Indien ingewillig is tot deelname, het die versorger 'n deelnemerinligting- en toestemmingsvorm gekry, waarin inligting oor die navorsingsprojek weereens uiteengesit en sy of haar persoonlike en kind se regte verseker is (sien Bylae B). Indien die versorger steeds wou deelneem, is skriftelike toestemming verkry. Daarna is instemming verkry van die kinders. Die deelnemerinligting- en toestemmingsvorm was beskikbaar in die deelnemers se taal van voorkeur (sien Afdeling 5.7.1). Waar genoodsaak deur geletterdheidsprobleme, of indien dit verlang is, is die dokument in-persoon deur die navorser/tolk met versorgers deurgegaan en voltooi.

Nadat die deelnemertoestemmingsvorm voltooi is, is data ingesamel. Die dataversamelingsprosedure is uitgevoer in 'n lokaal wat deur gemeenskapsberaders by die studiekonteks gebruik is vir hul aktiwiteite (sien Afdeling 2.1). Vir die meeste kinders en versorgers was dit 'n bekende omgewing. Ten alle tye is uitgegaan om die prosedure so privaat as moontlik te laat verloop. Vir die kind-versorger paar wat nie in aanraking was met die kliniek waar dataversameling hoofsaaklik plaasgevind het nie (sien Afdeling 5.3.1), het dataversameling plaasgevind aan huis van die gesin, omdat dit meer geleë was vir die deelnemers en die navorser. Verder is dieselfde basiese prosedure gevolg. Al die onderhoude is deur die navorser in-persoon gevoer, met behulp van 'n tolk in gevalle waar taalverskille tussen deelnemers en die navorser verbale kommunikasie onmoontlik gemaak of gestrem het (sien Afdeling 5.7.1). In sodanige gevalle is toestemming eers verkry vir die teenwoordigheid van 'n derde persoon en die rol van die tolk is verduidelik.

Nadat die prosedure kortliks uiteengesit is, is die demografiese vraelys met die versorger voltooi (sien Bylae E), terwyl die kind versoek is om in 'n aangrensende wagkamer te wag of buite te speel indien verkies. Kennisse van die versorgers of gemeenskapsberaders was ten alle tye teenwoordig om toesig te hou. Na voltooiing van die demografiese vraelys is die prosedure met die versorger onderbreek, sodat die kind as primêre informant altyd eerste verslag kon doen oor sy of haar

vrese en hanteringsmeganismes. Gedurende die prosedure met die kind is die versorger versoek om in die wagkamer te wag. Dié tyd is dikwels gebruik vir ander aktiwiteite waarvoor die kliniek oorspronklik besoek is (bv. medikasie afhaal).

Die prosedure met 'n kind het soos volg verloop. Na 'n kort algemene gesprekke, is die prosedure kortliks verduidelik, vertroulikheid bevestig, en gevra of die onderhoud op band opgeneem kon word. Daarna is die individuele onderhoude gevoer (sien Afdeling 5.4.1/Bylae D). Veldnotas is deurlopend gemaak en die kinders se reaksies op die VOM/gestruktureerde leerervaringsvrae is sover moontlik woordeliks aangeteken. Laasgenoemde is later geverifieer met die bandopnames, in die gevalle waar daartoe ingestem is (sien Afdeling 5.9). Na die angsneutraliseringsvraag is afskeid geneem. Hiertydens is verversings aan die kinders gegee, wat gewoonlik ontvang is met groot entoesiasme. Soos onderneem in die deelnemerinligting- en toestemmingsvorm (sien Afdeling 5.2.1/Bylae B), is MIV/Vigs nooit eerste deur die navorser vermeld nie en dié onderwerp was slegs ter sprake as 'n kinderdeelnemer spontaan gerapporteer het daarvoor.

Na die kinderprosedure is die dataversamelingsprosedure met die versorger hervat. Soos vir die kinders, is vertroulikheid herbevestig en toestemming verkry om die SGO op band op te neem. Die versorger was blind vir die reaksies van sy of haar kind gedurende die voorafgaande kinderprosedure. Die SGO is eerste gevoer en sover moontlik is reaksies woordeliks aangeteken. Laasgenoemde is, soos vir die kinders, later deur die bandopnames geverifieer, waar dit beskikbaar was (sien Afdeling 5.9). Na die onderhoud het die versorger verversings ontvang en vervoerkostes wat aangegaan moes word om aan die studie deel te neem is vereffen. Met versorgers wat emosioneel geraak het gedurende die prosedure is gewag todat hulle gereed gevoel het om die vertrek te verlaat. Waar toepaslik, is dieselfde gedoen met die kinders.

Alhoewel onbeperkte tyd toegelaat is, is die totale prosedure met 'n kind-versorger paar oor die algemeen voltooi binne 90 minute (insluitend die afneem van die kwantitatiewe meetinstrumente; sien Afdelings 5.4.1 en 5.4.2). In die gevalle waar sibbe by die studie ingesluit is, is die prosedure vir elke kind herhaal. Die deelnemerinligting- en toestemmingsvorm en demografiese vraelys is egter tydens een geleentheid ingevul vir beide kinders en die betrokke versorgers het eenmalig verslag gedoen oor hul persoonlike vrese en hanteringsmeganismes. Gevolglik het die tydsduur van die prosedure nie verdubbel vir hierdie kind-versorger pare nie.

Nadat ingewillig is tot deelname, het die basiese navorsingsprosedure vir 'n kind-versorger paar dus soos volg verloop: (1) Verkry ingeligte toestemming en instemming, (2) voltooi demografiese vraelys met versorger, (3) dataversamelingsprosedure met die kind, (4) hervat en voltooi prosedure met versorger. Hierdie was die vernaamste aktiwiteite van die tweede fase van die studie.

5.6 Data-analise

Die eerste aktiwiteit van die derde studiefase was om ontleding van die data te finaliseer. Soos verduidelik in Afdeling 5.2.2, het preliminêre data-analise begin gedurende die tweede fase.

Met betrekking tot die data-analiseringsproses oor die algemeen word die volgende uitgelig:

1. Nadat die laaste data versamel is, was die eerste stap om 'n volledige datastel daar te stel vir elke kind en versorger. Dit het behels die woordelike (*verbatim*) transkribering van die beskikbare bandopnames deur die navorser (Kowall & O'Connell, 2004) en die verifikasie en moontlike aanvulling van die veldnotas met die transkripte. Addisionele veldnotas is ook nagegaan om verrykende data te identifiseer aangaande die konsepte wat ondersoek is en wat waarheidsgetroue interpretasie van die bevindings kon bevorder.
2. Data-analise het kwalitatiewe en kwantitatiewe strategieë ingesluit.
3. Prosessering van die kwalitatiewe data is gefasiliteer deur die rekenaarprogram Excel en die sagtewarepakket SPSS (14.0) is gebruik vir kwantitatiewe prosedures waar toepaslik.
4. Met betrekking tot die kwalitatiewe ontleding van die data, was parafrases van die deelnemers se reaksies die eenheid van analise (Ryan, 1989). Daar is uitsluitlik gefokus op die oppervlakte (*manifeste*) betekenis van die data, wat toepaslik was aangesien dit nie 'n studiedoelwit was om dieperliggende (*latente*) betekenis te eksploreer nie (Tashakkori & Teddlie, 1998). Verder is die koderings nagegaan deur 'n onafhanklike navorser met 'n meestersgraad in kindersielkunde en werksaam op die gebied van spanning en angs. Volke ooreenstemming is bereik (sien Afdeling 5.9).
5. Omdat die taal van die meeste deelnemers verskil het met dié waarin hierdie tesis voorgelê word, is die enkele direkte aanhalings wat by die bevindings ingesluit is beperk tot dié van Afrikaans-sprekende deelnemers. Die vertellings van Engels- en Xhosa-sprekende deelnemers is eerder omskryf, ten einde gedwonge vertalings en herhaling van dieselfde aanhaling in twee tale te voorkom.

Besonderhede oor die ontleding van die onderhoude se onderskeie sleutelkomponente word vervolgens uiteengesit.

5.6.1 Kinderonderhoude

Die volgende prosedures is gevolg om die vier komponente van die kinders se onderhoude te analiseer.

5.6.1.1 Goodenough-Harris Drawing Test

Die kinders se GHD-tekeninge is geanaliseer volgens die Goodenough-Harris (1963) tellingsstelsel, ten einde 'n breë indikasie te verkry van die teikengroep as 'n geheel se kognitiewe maturasievlak (vgl. Afdeling 5.4.1.1). Spesifiek is 'n gemiddelde standaardtelling vir die teikengroep bereken. Met Kolmogorov-Smirnov en Shapiro-Wilk statistiese toetse is die normaliteit van die GHD-tellings se verspreiding bepaal (Field, 2003). Die tellings was normaal versprei binne die teikengroep ($p > .05$).

Dit GHD-tellings is bereken deur die navorser en 'n onafhanklike navorser wat ervare was met die GHD-tellingsstelsel. Sien ook Afdeling 5.9.

5.6.1.2 Vrye Opsie Metode

Die **eerste primêre doelstelling** van die studie was om te oorweeg of die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders 'n spesiale populasie was met betrekking tot hul vrese. Om dié doelwit te bereik is die struktuur van die kinders se vrese bepaal, sodat dit geïnterpreteer kon word teen die agtergrond van bestaande literatuur, waarvan 'n oorsig reeds gegee is in Hoofstuk 3.

Om te herhaal van Afdeling 2.8.1, is *vreesstruktuur* die term wat gebruik word in die literatuur oor kindervrese, om te verwys na die totale versameling gemeenskaplike temas of kategorieë waarin 'n datastel opgesom kan word (Gullone, 1999, 2000). Om die vreesstruktuur van die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders te bepaal is die kinders se vrese, wat ingesamel is deur die VOM, derhalwe saamgevat deur die gerapporteerde vrese te organiseer in gemeenskaplike kategorieë. Die bestaande kategorieë soos voorgestel deur Loxton (2004), is gebruik as koderingsraamwerk (sien Afdeling 2.8.1). Daar is voorheen genoem dat die gebruik van 'n bestaande koderingstemplaat vir kwalitatiewe data-ontleding, bekend is as *a priori tema* analise (Tashakkori & Teddlie, 1998; sien Afdeling 2.8).

Na 'n eerste rondte kodering volgens die bestaande koderingstemplaat, is wysigings gemaak om passing van die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders se data te optimaliseer. Die vreesstemplaat van Loxton (2004) is soos volg verander. Eerstens is die kategorieë *fantasiediere* en *fantasiepersone* van die oorspronklike templaar gereduseer tot een kategorie. Dié kategorie is *fantasiekarakters* genoem. Tweedens is die naam van Loxton (2004) se *donker/nag/bangmaakdroom* kategorie verander na *slaapydvrese*, wat 'n meer gepaste beskrywing was vir die huidige datastel. Derdens is die *ander* kategorie vir die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders se self-gerapporteerde datastel as twee kategorieë voorgestel, naamlik 'n *dood* en 'n *sosiale* kategorie onderskeidelik. Hierdie twee kategorieë het dus die *ander* kategorie vervang. Nadat die vreesstruktuur bepaal is, is die getal vrese binne elke kategorie opgesom as beskrywende statistiek. Daar kan opgemerk word dat die kinders se primêre vrese ook afsonderlik geanaliseer is, omdat die kinders se leerervarings en hanteringsmeganismes ondersoek is in verhouding tot hul primêre vrese (sien Afdeling 2.8.1).

Navorsers het die aandag daarop gevestig dat oorweging van breë vreeskategorieë nie spesifiek genoeg mag wees om spesiale populasies, dit is besondere vrese, te identifiseer nie (Muris, Merckelbach & Lijten, 2002). Die vreesstruktuur van die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders is derhalwe heroorweeg, teen die agtergrond van die spesifieke vrese binne die breë kategorieë, sonder voorafgestelde kategorieë. Hierdeur is onderliggende temas in die kinders se vreesstruktuur geïdentifiseer, ten einde waarheidsgetroue interpretasie van die bevindings te bevorder.

In ooreenstemming met die eerste primêre doelstelling, was die **tweede primêre doelstelling** om, teen die agtergrond van bestaande literatuur, te oorweeg of die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders 'n spesiale populasie was met betrekking tot hul hanteringsmeganismes. Die doel van data-analise was dus om die *hanteringstruktuur* van die kinders te bepaal. Die hanteringstrategie data is uitsluitlik ontleed deur a priori tema analise (Tashakkori & Teddlie, 1998). Identifisering van onderliggende temas was nie toepaslik met betrekking tot die kinders se hanteringstrategie data nie. Twee wysigings is gemaak aan die koderingsraamwerk van Band en Weisz (1988) wat gebruik is (sien Afdeling 2.8.2/Bylae A), ten einde die huidige datastel optimaal te akkommodeer. Eerstens is 'n nuwe kategorie geskep om verteenwoordigend te wees van hanteringsmeganismes wat uitdrukking van emosie behels, anders as deur trane of aggressie. Dié kategorie is *emosionele*

uitdrukking genoem en is in reaksie op die data geklassifiseer as ‘n *primêre kontrole meganisme*. Tweedens is die naam van die *sosiaal/spirituele ondersteuning* kategorie vereenvoudig na *soek ondersteuning*, ten einde konsekwent te wees met ‘n benaming wat gebruik is om die versorgers se persoonlike hanteringsmeganismes te beskryf en algemeen gevind word in die volwasse literatuur oor hantering (sien Afdeling 3.5.1). Nadat die hanteringstruktuur bepaal is, is die getal strategieë binne elke hanteringskategorie opgesom as beskrywende statistiek.

Deur die analise van die kinders se vrees- en hanteringstrategieë is die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders se self-gerapporteerde *vrees- en hanteringstruktuur* dus vasgestel, ten einde die **eerste twee primêre doelstellings** te kan bereik. In eenvoudige terme watter tipes vrese en hanteringstrategieë die algemeenste gerapporteer is deur die kinders. Met betrekking tot hul vrese is daar ook onderliggende breë temas in hul vreesstruktuur geïdentifiseer, ten einde dieper insig te verkry in hul vrese.

5.6.1.3 Gestruktureerde leerervaringsvrae

Die data aangaande die kinders se leerervarings is opgesom as beskrywende statistiek en getabelleer in verhouding tot die primêre vreeskategorieë. Alhoewel die kinders nie daarna uitgevra is nie, het sommige ook uitgebrei oor hul leerervarings. Hierdie data is nie sistematies geanaliseer nie, maar het interpretasie van die bevindings bevorder. Die leerervaringsvrae het betrekking gehad op die **derde primêre doelstelling**.

5.6.1.4 Angsneutraliseringsvraag

Die angsneutraliseringsvraag is nie sistematies geanaliseer nie. Dit is nietemin interessant dat, met enkele uitsonderings (bv. wens vir ‘n gesogte item soos ‘n selfoon), die kinders ambisieuse loopbane gevisualiseer het, oorwegend in die helpende profesie (bv. dokter/maatskaplike werker/polisieman). Een meisie het gedroom om eendag ‘n aktrise te wees. Haar GHD-selffiguur tekening het ook hiervan getuig.

5.6.2 Versorgeronderhoude

Die volgende prosedures is gevolg om die twee sleutelkomponente van die versorgeronderhoude te ontleed.

5.6.2.1 Demografiese vraelys

Die data oor die kinders en versorgers se persoonlike eienskappe en sosiaal-huishoudelike omgewing, wat versamel is met die demografiese vraelys, is opgesom as beskrywende statistiek. Die klassifikasie-indeks van Riordan, soos aangepas deur Loxton (2004), is gebruik om die huishoudings, wat deur die kind-versorgerpare verteenwoordig is, se sosio-ekonomiese agtergrond te beraam (sien Bylae G). Die huishoudings se sosio-ekonomiese agtergrond is op ‘n gly-skaal geklassifiseer as laag, middel of hoog, deur gebruik te maak van ‘n saamgestelde telling gebaseer op die opvoedingsvlak (7-punt skaal) en beroep (9-punt skaal) van die deelnemende versorger.

5.6.2.2 Semi-gestruktureerde onderhoud

Die SGOe met die versorgers het data gegenereer oor (1) die versorgers se *persepsies* aangaande hul kinders se vrese en hanteringsstrategieë asook (2) hul *persoonlike vrese* en *hanteringsmeganismes*.

Die data oor die **versorgers se persepsies** aangaande hul kinders se vrese en hanteringsmeganismes is geanaliseer soos die kinders se selfrapporteringsverslae. A priori tema analise (Tashakkori & Teddlie, 1998) is dus gebruik om die *versorger-persepsie vreesstruktuur* te bepaal. Vir die versorgers het die koderingstemplaat, soos geoptimaliseer vir die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders se self-gerapporteerde data, as raamwerk gedien vir die eerste rondte kodering. Met ander woorde die huidige self-gerapporteerde vrees- en hanteringstruktuur wat geïdentifiseer is, is gebruik as koderingstemplate. Vrees- en hanteringstrategieë wat nie geakkommodeer kon word nie, is beskryf in terme van die kategorieë soos voorgestel deur Loxton (2004) en Band en Weisz (1988) onderskeidelik. Die getal vrese en hanteringstrategieë wat gerapporteer is binne elke vrees- en hanteringskategorie is opgesom as beskrywende statistiek.

Die data aangaande die **versorgers se persoonlike** vrese en hanteringsmeganismes is nie gekodeer volgens 'n bestaande koderingstemplaat nie. Schmidt (2004) se riglyne vir die ontleding van SGOe is gebruik om die versorgers se persoonlike vrees- en hanteringstrategieë te ontleed. Soos aanbeveel is hierdie riglyne geoptimaliseer vir die spesifieke doeleindes van die studie. Die aangepaste strategie wat toegepas is word vervolgens verduidelik. Hierdie prosedure is gevolg om die versorgers se persoonlike vrees- en hul hanteringstrategieë te ontleed.

Om te begin is die versorgers se data herhaaldelik deurgegaan om gemeenskaplike temas te identifiseer. Die organisering van kwalitatiewe data in gemeenskaplike temas word beskou as die essensie van kwalitatiewe data-analise (Tashakkori & Teddlie, 1998). Die onderliggende idee wat gereflekteer is deur elke tema, is vervolgens omskryf en 'n verteenwoordigende naam is aan elk gegee. Identifisering en naamgewing van temas is gefasiliteer deur die literêre en teoretiese agtergrondskennis wat ingesamel, en ervaring wat opgedoen is in die studiekonteks, gedurende die eerste twee fases van die ondersoek. Dié temas is vervolgens gebruik as 'n tentatiewe raamwerk vir 'n eerste rondte kodering van die versorgers se data. Deur 'n proses van organisering en herorganisering van die data, is die eerste koderingsraamwerk verfyn om die datastel optimaal te akkommodeer. Met betrekking tot die versorgers se persoonlike hanteringstrategieë, kon die breë hanteringsdimensies van Band en Weisz (1988), wat vir beskrywing van die kinders se hanteringsmeganismes gebruik is, deduktief ook gebruik word om die temas wat geïdentifiseer is in die versorgers se data verder op te som. Die temas en subtemas wat in die versorgers se persoonlike vrese en hanteringsmeganismes geïdentifiseer is, is saamgevat as beskrywende statistiek. Dit het meer toepaslik voorgekom om, met betrekking tot die versorgers se persoonlike hanteringsmeganismes, na die gemeenskaplike *temas* te verwys as *dimensies*.

Deur ontleding van die versorgers se data, is die *versorger-persepsie vrees- en hanteringstruktuur* van die kinders dus bepaal. Dit het betrekking gehad op die **eerste** en **tweede primêre doelstellings**. Bykomend is gemeenskaplike temas en dimensies geïdentifiseer in onderskeidelik hul vrese en hanteringsmeganismes, ten einde die **sekondêre doelstellings** van die studie te bereik.

5.7 Belangrike oorwegings

As gevolg van die teikengroep wat ondersoek is, was daar belangrike taalkundige en etiese oorwegings verbonde aan die studie.

5.7.1 Taalkundige oorwegings

Taalkundige oorwegings moes gemaak word tydens die voorbereidingsfase van die studie, omdat 'n groot deel van Suid-Afrika se MIV/Vigs-geaffekteerde populasie 'n moedertaal het, anders as Afrikaans of Engels. Laasgenoemde was die tale waarin die navorser gemaklik gekommunikeer het.

Eerstens moes oorweeg word vir *watter tale* bykomende voorsiening gemaak sou word. Met nege inheemse tale in Suid-Afrika is dit prakties onmoontlik om almal te akkommodeer. Vir die huidige studie is bykomend tot Afrikaans en Engels, voorsiening gemaak vir Xhosa-sprekende deelnemers, omdat hierdie drie tale saam die belangrikste voertale is in die Wes-Kaap (Overview of the Western Cape, 2004). Dit was voldoende en daar was nie gevalle waar kinders of versorgers as gevolg van taalvaardigheid uitgesluit is by die studie nie. Kommunikasie het dus plaasgevind in die taalvoorkeur van die deelnemers.

'n Tweede belangrike taalkundige oorweging was met betrekking die selektering van 'n *tolk* en bepaling van sy of haar rol. Volgens Thomas (2003) moet navorsers oorweeg hoe persone in die konteks behulpsaam kan wees om 'n studie suksesvol te laat verloop. Teen dié agtergrond is 'n gemeenskapsberader, wat ook as tolk opgetree het vir mediese personeel by die studiekonteks, geworf om teen vergoeding op te tree as tolk vir die studie. Die tolk was gretig om te leer oor sielkundige dataversamelingsmetodes en opleiding het deurlopend plaasgevind. Soos verduidelik deur Swartz (2002), kan 'n tolk egter verskeie rolle aanneem. Vir die doeleindes van hierdie studie was die tolk se rol nie uitsluitlik om kommunikasie met Xhosa-sprekende deelnemers moontlik te maak nie. Konteks-spesifieke terme (bv. ARB-handelsmerke) en onderliggende kulturele betekenisse van woorde en liggaamstaal kon ook verduidelik word. Die navorser het egter ten alle tye die verloop van die onderhoud bepaal. Daar is waargeneem dat die tolk se teenwoordigheid gehelp het om sommige van die Xhosa-sprekende versorgers meer ontspanne te laat voel. Van die kinderonderhoude is 22 (55.0%) en van die versorgeronderhoude is 13 (38.2%) gevoer deur middel van die tolk.

Die etiese komitee het vereis dat die deelnemerinligting- en toestemmingsvorm in al drie tale beskikbaar moes wees. *Vertaling* van dokumentasie was dus 'n derde taalkundige aspek van die voorbereidingsfase. Die dokument is eerste vanuit die oorspronklike Afrikaans na Engels vertaal. Dit is gedoen deur die navorser, wat ten tyde van die studie 'n deeltydse konsultant was vir die Universiteit van Stellenbosch se Skryflaboratorium. 'n Professionele vertaler het die Engels-na-Xhosa vertaling gedoen en die pragmatiese betekenis is nagegaan deur 'n doktrale student en lektor in Sielkunde met 'n Xhosa-herkoms. Die Xhosa-weergawe is deur 'n tweede onafhanklike vertaler na Engels terugvertaal. Die navorser kon sodoende die kwaliteit van die vertaling bevestig (Brislin in Foxcroft & Roodt, 2003).

5.7.2 Etiese oorwegings

MIV/Vigs-geaffekteerde kinders en hul versorgers is van Suid-Afrika se kwesbaarste populasies (Departement Gesondheid, 2007). Deur die volgende etiese oorwegings is verseker dat regmatig opgetree is en in die beste belang van die deelnemers, vanaf intrede tot die konteks tot die disseminasie van die bevindings:

1. Die projek is deur die Komitee vir Mensnavorsing van die Universiteit Stellenbosch goedgekeur, ten einde te verseker dat die studie voldoen het aan die Etiese Riglyne vir Navorsing van die Mediese Navorsingsraad (MNR) en die etiese riglyne en beginsels van die Internasionale Verklaring van Helsinki (vgl. Afdeling 5.2.1).
2. Skriftelike goedkeuring is verkry van die Wes-Kaapse Departement Gesondheid om die metropool se fasiliteite te gebruik vir die werwing van deelnemers en data-insameling (vgl. Afdeling 5.2.1).
3. Spesiale aandag is gegee aan die basiese etiese beginsels van respek, weldadigheid en regmatigheid (Schenk & Williamson, 2005).
4. Daar is uitgegaan om die invloed van die navorser se inherente eienskappe (bv. geslag/ras) op die konteks te beperk, deur 'n diepgaande bewustheid vir die potensiële effek van persoonlike eienskappe, vooroordele, en waardes op 'n interaksie tussen persone met verskillende kulturele agtergronde (Lewis et al., 2003).
5. Kennis is geneem van die Save the Children Alliance child protection policy (Laws & Mann, 2004), om te verseker dat etiese prosedures met die kinders gevolg word.
6. Onderhoudsvoering is 'n lae risiko metode in die mediese praktyk (Ireland & Holloway in Sartain et al., 2000) en daar was geen fisiese gevare verbonde aan die studie nie.
7. Die navorser was sensitief vir tekens van verwaarlosing en mishandeling. 'n Verwysingstelsel is in plek gestel om sodanige gevalle te hanteer. By geen van die kinders is daar egter tekens van verwaarlosing en/of mishandeling geïdentifiseer nie.

5.8 Persone gekonsulteer

Die volgende kundiges is oor studieverwante sake gekonsulteer:

1. T. Engel (mediese dokter), N. Grobbelaar (Hoof mediese beampte: MIV/Vigs program Weskus Wynland Streek), en I. Paschke (mediese dokter) oor die *relevansie* van studie.
2. M. Buitendag (Direkteur: Cotlands pediatriese MIV/Vigs-versorgingsoord) en J. Smith (Sosiale werker: Stellenbosch MIV/Vigs-hospitium) oor hul *ervarings* met MIV-positiewe kinders.
3. K. Kagee (navorser/professor: Departement Sielkunde, Universiteit Stellenbosch) en T. Naidoo (dosent: Departement Sielkunde, Universiteit Stellenbosch) aangaande die *navorsingsontwerp*.
4. P. Muris (Maastricht Universiteit, Nederland), deur indirekte konsultasie deur studieleier, oor die *relevansie* van die studie en *metodologie* (sien verwysingslys vir publikasies).
5. A. Lesch (navorser: Socio-behavioural Working Group of the South African AIDS Vaccine Initiative) vir *MIV/Vigs-verwante agtergrondsinligting* en oor *etiese- en ontsluitingskwessies*.

6. H. Loxton (geregistreerde sielkundige/studieleier/dosent: Departement Sielkunde, Universiteit Stellenbosch) vir *algemene bystand* en *kennis* oor kindervrese en-hanteringsmeganismes.
7. K. Mzimkulu (dosent/doktorale student: Departement Sielkunde, Universiteit Stellenbosch) oor *taalkundige* en *kulturele* aspekte.
8. M. Kidd (statistikus: Universiteit Stellenbosch) en H. Steel (sielkundestatistiek dosent: Universiteit Stellenbosch) oor *statistiek*.
9. M. Le Roux (navorsingsassistent: Departement Sielkunde, Universiteit Stellenbosch) oor APA-riglyne.

5.9 Kwaliteit van die data en interpretasies

In hierdie hoofstuk is verskeie keer melding gemaak van aktiwiteite waardeur die waarheidsgetrouheid van die data en interpretasies bevorder word, sonder om eksplisiet daarna te verwys. Dié en enkele bykomende kwaliteitsaspekte word vervolgens uitgelig:

1. Waar daartoe ingestem is, is die onderhoude op band opgeneem (Babbie & Mouton, 2001). Uiteindelik was die transkripsies van 37 (92.5%) kinders en 30 (88.3%) versorgers beskikbaar om die veldnotas te verifieer (vgl. Afdeling 5.5).
2. Die GHD-tekeninge is beoordeel deur die huidige én 'n onafhanklike navorser (ICC [*agreement*] = .910 [.835; .951]; ICC [*consistency*] = .913 [.842; .953]). Die ooreenkoms was goed (M. Kidd, persoonlike kommunikasie, 12 Maart 2008; vgl. Afdeling 5.6.1.1).
3. Volkome ooreenstemming oor die koderings is bereik met 'n onafhanklike navorser. Drie verskille is uitgeklaar in oorleg met die studieleier (vgl. Afdelings 5.6 en 5.6.1.1).
4. Die data is by hierdie dokument ingesluit, sodat dit deur enige persoon geverifieer kan word (Schmidt, 2004; sien Bylaes C en H).
5. Interpretasie van die bevindings is bevorder deur deurlopende gespreksvoering met die studieleier (Tashakkori & Teddlie, 1998), 'n kenner op die gebied van kindervrees. Hierdie dialoog het reeds begin tydens vorige navorsingsprojekte waarby beide betrokke was.
6. Alhoewel dit 'n besondere uitdaging gestel het vir die navorser, is interpretasie van die bevindings bevorder deur die omvattende kennisbasis wat versamel is oor die deelnemers, naamlik volledige demografiese besonderhede en die drie nouverwante konsepte vrese, leerervaring (met betrekking tot die kinders) en hanteringsmeganismes. Tydens interpretasie is daar telkens teruggegaan na spesifieke gevalle om ongeldige afleidings te voorkom.
7. Die ervaring en algemene kennis wat verkry is binne die konteks gedurende die eerste twee studiefases, word beskou as 'n onoffisiële inligtingsbron, waardeur interpretasie van bevindings bevorder word (Tashakkori & Teddlie, 1998).

5.10 Hoofstuksamevatting

In hierdie hoofstuk is al die metodes en prosedures uiteengesit oor hoe te werk gegaan is om die nodige data te bekom en te prosesseer, sodat die studiedoelwitte bereik kon word. In die volgende hoofstuk word die bevindings weergegee.

HOOFSTUK 6

BEVINDINGS

In hierdie hoofstuk word die bevindings aangaande die vrese en hanteringstrategieë van die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders en hul versorgers, sistematies weergegee volgens die doelwitte wat gestel is vir die studie. As agtergrond vir die bevindings, word die demografiese eienskappe van die deelnemers eerstens verstrek.

6.1 Demografiese eienskappe van die deelnemers

Die teikenpopulasie was middel-kinderjarige MIV/Vigs-geaffekteerde kinders en hul volwasse versorgers in aanraking met die Openbare Gesondheidstelsel van die Wes-Kaap provinsie, Suid-Afrika (sien Afdelings 2.1-2.3). Die *persoonlike eienskappe* van die finale teikengroep (1) *kinders* en (2) *versorgers* en die eienskappe van die kind-versorger pare se (3) *sosiaal-huishoudelike omgewings* was soos volg.

6.1.1 Persoonlike eienskappe van die kinders

Die persoonlike eienskappe van die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders is saamgevat in Tabel 3. Die 40 kinderdeelnemers was 15 seuns (37.5%) en 25 meisies (62.5%) van middel-kinderjarige leeftyd (reikwydte = 6- tot 13-jaar; $M_{ouderdom} = 9.4$ jaar; $SD = 2.4$). Die ouderdomsverspreiding was relatief eweredig, met 12, 13 en 15 kinders wat onderskeidelik ouderdomme gehad het van 6- tot 7-jaar, 8- tot 10-jaar, en 11- tot 13-jaar. Almal het 'n Swart rassekultuur gehad en die meeste (57.5%) se moedertaal was Xhosa. Die oorblywende kinders se moedertaal was Afrikaans of Engels. Driekwart (75.0%) van die kinders was in die sorg van ouers. Die ander is versorg deur familiële versorgers (12.5%) of pleegouers (12.5%).

Die meeste kinders (70.0%) was nie persoonlik geïnfekteer nie en oningelig (57.5%) oor hul verwantskap met MIV/Vigs, aldus hul versorgers. Ontsluiting oor hul naasbestaande(s) se MIV-positiewe status(se) het gemiddeld 2.8 jaar tevore plaasgevind vir die oorblywende kinders (42.5%).

Die 12 MIV/Vigs-geaffekteerde kinders wat 'n persoonlike MIV-positiewe diagnose gehad het (30.0%), is gemiddeld 5.3 jaar tevore gediagnoseer. Teenoor 6 (50.0%) van hierdie kinders was daar geen geheimhouding oor hul diagnoses nie en vir 2 is dit nooit verberg nie. Vir die oorblywende 4 kinders het ontsluiting minder as 2 jaar tevore plaasgevind. Ten tyde van die studie was die MIV-positiewe kinders relatief gesond, alhoewel sommige simptome ervaar het (bv. naarheid/hoofpyn/dermatologiese probleme). Die meeste (83.3%) het ARB ontvang.

Tabel 3

Persoonlike Eienskappe van die MIV/Vigs-geaffekteerde Kinders en hul Versorgers

Eienskap	Kinders (N=40)						Versorgers (N=34)					
	<i>f</i>	%	<i>M</i>	<i>SD</i>	Rw	Mds	<i>f</i>	%	<i>M</i>	<i>SD</i>	Rw	Mds
Jaar sedert ontsluit			2.8	3.1	0-12	1						
Geletterdheid												
≤ graad 7	40	100.0					11	32.4				
graad 8-11							13	38.2				
graad 12							5	14.7				
Post-matriek							5	14.7				
Beroepstatus												
Werkloos							20	58.8				
Handarbeid ^d							5	14.7				
Dienste/verkope ^d							7	20.6				
Hoog gekwalifiseer							1	2.9				
Onbekend ^e							1	2.9				
Skoolinskrywing												
Ja	37	92.5										
Nee	3	7.5										
NVIMV (GHD)			85.5	13.2	60-	72						
					108							

Nota. Vanuit die teoretiese perspektief van die studie behels persoonlike eienskappe biologiese (bv. gesondheidstatus), sielkundige (bv. kognitiewe vermoëns) en sosiale (bv. sosiale rolle) kenmerke. Rw = reikwydte. Mds = modus. ARB = anti-retrovirale behandeling. NVIMV = nie-verbale intellektuele maturasievlak. GHD = Goodenough-Harris Drawing standaardtelling.

^aMet betrekking tot die deelnemende kinders. ^b*n* = 12. ^c*n* = 26. ^dOnopgelei, semi-opgelei en opgelei. ^eTipe beroep nie gespesifiseer nie.

Ten tyde van die studie het 92.5% van die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders formele laerskoolskoolopleiding (graad R tot 7) ontvang. Soos bepaal met die GHD, was die gemiddelde nie-verbale intellektuele maturasievlak van die teikengroep laag (*M* = 85.5) in vergelyking met die internasionale standaard (Harris, 1963; Keller, 2001).

6.1.2 Persoonlike eienskappe van die versorgers

Die persoonlike eienskappe van die MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers is saamgevat in Tabel 3. Die ouderdomme van die versorgers (*N* = 34) het gewissel van 19- tot 56-jaar (*M*_{ouderdom} = 36.7; *SD* = 8.8). Die meeste was vroulik (85.3%), van 'n Swart rassekultuur (94.1%) en het Xhosa gehad as moedertaal (52.9%). Ongeveer driekwart (76.5%) van die versorgers was biologiese/stiefouers van die deelnemende MIV/Vigs-geaffekteerde kinders in hul sorg. Van die oorblywende versorgers was 11.8% familieledede en 8.8% pleegouers. Minder as 'n derde (29.4%) van die versorgers was getroud.

Die meeste (76.5%) versorgers was MIV-positief. Hierdie versorgers is gemiddeld 4.7 jaar tevore gediagnoseer met MIV-infeksie en 76.9% het ARB ontvang. Simptome soos moegheid en hoofpyn is soms gerapporteer, maar oor die algemeen het die geïnfecteerde versorgers hulself beskryf as gesond.

Minder as 'n derde (29.4%) van die versorgers het formele skoolopleiding voltooi en slegs 14.7% het post-matriek kwalifikasies gehad (bv. kook/sekretariële kursus). Een familiële versorger en een pleegouer het universiteitsgrade behaal. Met betrekking tot beroepstatus, was meer as die helfte (58.8%) van die versorgers werkloos. Die oorblywende versorgers het handarbeid verrig (14.7%; bv. produkverpakking) of was betrokke by die diens- en verkoopsektor (20.6%; bv. MIV/Vigs-berading/drankverkope). Een van die pleegouers het 'n hoogs gekwalifiseerde pos beklee by 'n tersiële onderwysinstelling.

6.1.3 Sosiaal-huishoudelike omgewing van die deelnemers

Eienskappe van die kind-versorger pare se sosiaal-huishoudelike omstandighede is saamgevat in Tabel 4.

Tabel 4

Sosiaal-Huishoudelike Omgewing van die MIV/Vigs-geaffekteerde Kinders en hul Versorgers

Eienskap	Huishoudings (N=31)					
	<i>f</i>	%	<i>M</i>	<i>SD</i>	Rw	Mds
SES ^a						
Laag	19	61.3				
Middel	10	32.3				
Hoog	1	3.2				
Onbekend ^b	1	3.2				
Tipe behuising						
Informeel/sink	19	61.3				
Baksteen	12	38.7				
Geriewe						
Elektrisiteit	26	83.9				
Sanitasie	20	64.5				
Inwonergetal						
Kinders			2.5	1.3	1-6	3.0
Volwassenes			2.5	1.3	1-6	2.0
Vertrekgetal			3.0	2.0	1-7	1.0
Naskooltoesig						
Volwasse	28	90.3				
Geen	3	9.7				

Nota. Rw = reikwydte. Mds = modus. SES = sosio-ekonomiese status.

^aKombinasie indeks van deelnemende versorger se beroepstatus en geletterdheidsvlak. ^bVersorger het nie beroepstatus gespesifiseer nie, sodat SES nie geklassifiseer kon word nie.

Oorwegend was die sosio-ekonomiese omstandighede van die kind-versorger-pare laag (61.3%). Die meeste van die kinders ($n = 36$; 90.0%) en hul versorgers ($n = 31$; 91.2%) was woonagtig in huishoudings ($N = 31$) wat prototipies was aan die gemeenskap waar die studie onderneem is. Dit het ingesluit informele sinkstrukture (61.3%) en baksteenhuise (38.7%), met laasgenoemde wat gewoonlik staatsgesubsidieerde behuising was. Gemiddeld het die woonplekke drie vertrekke gehad. Daar was elektrisiteit in 83.9% van die huishoudings en 64.5% het basiese sanitêre (toilet) geriewe gehad. Oor die algemeen was daar 2 tot 3 kinders en versorgers ($M_{\text{kinders}} = M_{\text{volwassenes}} = 2.5$) woonagtig in die huishoudings (lebensruimte [inwoners: vertrek] = 1.6). Die meeste van die kinders (90.3%) was na skool onder volwasse toesig (sien Tabel 4).

Die huishoudelike omstandighede van vier kinders het verskil met dié van die prototipe huishoudings. Drie van hierdie kinders is versorg in gemeenskapsgebaseerde huise vir verwaarloosde en MIV/Vigs-geaffekteerde kinders. Die vierde kind het gebly in 'n versorgingsoord vir MIV-positiewe kinders buite die gemeenskap. Twee van hierdie kinders se deelnemende versorger het 'n lae sosio-ekonomiese profiel gehad en die ander twee se pleegouers onderskeidelik 'n middel en hoë sosio-ekonomiese agtergrond.

6.2 Vrese van die kinders (primêre doelstelling 1)

Die eerste primêre doelstelling van die studie was om te oorweeg of die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders 'n spesiale populasie was met betrekking tot hul vrese. Om dié doelwit te bereik is die (1) *vreesstruktuur* van die kinders se self-gerapporteerde vrese bepaal asook (2) onderliggende *breë temas* geïdentifiseer in die kinders se vreesstruktuur. Bykomend is die (3) *versorgers se persepsies* oor hul kinders se vrese ondersoek, om 'n addisionele perspektief te verkry. Dié bevindings, asook 'n (4) *verrykende* bevinding met betrekking tot die kinders se vrese, word vervolgens weergegee.

6.2.1 Vreesstruktuur (self-rapportering)

Al 40 MIV/Vigs-geaffekteerde kinders het minstens een vrees gehad. Daar is dus 40 primêre vrese gerapporteer. In totaal is 72 vrese vermeld, wat gewissel het van 1 tot 5 per deelnemer. Die self-gerapporteerde vrese van die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders kon beskryf word in terme van 12 vreeskategorieë. Per definisie vorm dit die *vreesstruktuur* van die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders. Die kinders se *self-gerapporteerde vreesstruktuur* is geïllustreer in Tabel 5.

Tabel 5

Vreesstruktuur van die MIV/Vigs-geaffekteerde Kinders (self-rapportering)

Vreeskategorie	<i>f</i>	% Totale vrese	Spesifieke vrese (<i>f</i>)
1) Wilde diere	32	44.4	Slange (13), leeus (6), krokodille (3), olifante (2), paddas (2), muise (1), bere (1), akkedisse (1) voëls (1), buffels (1), groot diere (1).
2) Huishoudelike diere	8	11.1	Honde (5), varke (1), koeie (1), katte (1).
Regte persone	8	11.1	Skollies (2), gevaarlike mense (1), groot seuns (1), vreemdelinge (1), pa wat drink (1), persone wat agtervolg (1), pa wat seermaak (1).
3) Fisiese leed	5	6.9	Motor/ongelukke (3), kinderverkragting (1), seerkry (1).
Dood	5	6.9	Doodgaan (4), vigssterftes (1).
Medies	5	6.9	Hospitalisasie (2), MIV-status (1), hoes (1), siekte (1).
4) Fantasiëkarakters	2	2.8	Spoke (1), boogyman (1).
Akwatiese diere	2	2.8	Haaie (2).
Slaaptydvrese	2	2.8	Bedtoe gaan (1), bangmaakdrome (1).
5) Insekte	1	1.4	Goggas (1).
Sosiaal	1	1.4	Vriende sal nie MIV-positiewe status verstaan (1).
Skade aan ander	1	1.4	Slae aan vroue (1).
Totaal	72	99.9^a	

Nota. Kodering gebaseer op die koderingsraamwerk van Loxton (2004). Die kategorieë *natuurverskynsels*, *alleenwees* en *skeiding* is nie gerapporteer deur die kinders nie. Die kategorieë *dood* en *sosiaal* was nie ingesluit by Loxton (2004) se koderingsraamwerk nie.

^aPersentasie tel nie op tot 100.0, as gevolg van afronding.

Soos geïllustreer in Tabel 5, is die *wilde dier* kategorie die algemeenste gerapporteer. Hierdie kategorie het ongeveer die helfte (44.4%) van die kinders se vrese verteenwoordig. Die meeste (40.6%) van die *wilde dier* vrese was vir *slange*, oftewel *njökas* soos dikwels in Xhosa vertel is. Dit beteken dat nagenoeg 'n derde (32.5%) van die kinders vrese gehad het vir *slange*. Dit was dan ook die spesifieke vrese wat die algemeenste gerapporteer is.

Vrese vir *huishoudelike diere* en *regte persone* het die tweede meeste voorgekom. Hierdie kategorieë het elk 11.1% verteenwoordig van die kinders se vrese. In die *huishoudelike dier* kategorie was vrese vir *honde* prominent. Vrese vir *skollies* is 'n voorbeeld van *regte persoon* vrese wat gerapporteer is.

Die kategorieë *fisiese leed* (bv. motors), *dood* (bv. vigssterftes) en *medies* (bv. hospitalisasie) het elk 6.9 % van die kinders se self-gerapporteerde vrese verteenwoordig. In dalende orde van voorkoms is die oorblywende vreeskategorieë wat deur die kinders gerapporteer is: (1) *fantasiëkarakters* (bv. spoke), *akwatiese diere* (d. i. haaie), *slaaptyd* (bv. bedtoe gaan), (2) *insekte* (d. i. goggas), *sosiale kwessies* (d. i. vriende sal nie MIV-positiewe status verstaan) en *skade aan ander* (d. i. slae

aan vroue). Die kategorieë *natuurverskynsels*, *alleenwees* en *skeiding*, soos ingesluit by die koderingstemplaat van Loxton (2004), is nie deur die kinders gerapporteer nie (sien Afdeling 2.8.1).

Die *primêre* vrese van die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders, wat gebruik is as verwysing om hul hanteringsmeganismes (sien opkomende Tabel 10) en leerervarings (sien opkomende Tabel 14) te ondersoek, is saamgevat in Tabel 6. *Slaaptydvrese* en *skade aan ander* vrese, soos ingesluit by die kinders se totale self-gerapporteerde vreesstruktuur, is nie vermeld as primêre vrese nie.

Tabel 6

Primêre Vrese van die MIV/Vigs-geaffekteerde Kinders (self-rapportering)

Vreeskategorie	<i>f</i>	% Primêre vrese	Spesifieke vrese (<i>f</i>)
1) Wilde diere	16	40.0	Slange (8), leeus (4), krokodille (2), muise (1), bere (1).
2) Huishoudelike diere	4	10.0	Honde (2), varke (1), koeie (1).
Regte persone	4	10.0	Skollies (1), gevaarlike mense (1), groot seuns (1), vreemdelinge (1).
Fisiese leed	4	10.0	Motor(ongelukke) (2), kinderverkragting (1), seerkry (1).
Dood	4	10.0	Doodgaan (4).
3) Medies	3	7.5	MIV-status (1), hoes (1), siekte (1).
4) Fantasierakters	2	5.0	Spoke (1), boogeyman (1).
5) Akwatiese diere	1	2.5	Haaie (1).
Insekte	1	2.5	Goggas (1).
Sosiaal	1	2.5	Vriende sal nie MIV-positiewe status verstaan (1).
Totaal	40	100.0	

Nota. Die kategorieë *slaaptydvrese* en *skade aan ander* is nie gerapporteer as primêre vrese nie.

6.2.2 Onderliggende vrees temas

Daar is drie temas geïdentifiseer onderliggend aan die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders se vrese, naamlik (1) *diere*, (2) ‘n *Suid-Afrikaanse MIV/Vigs-konteks* en (3) *kindwees*.

Die *wilde dier*, *huishoudelike dier*, *akwatiese dier* en *insek* vreeskategorieë het al vier *dierverwante stimuli* ingesluit. Die *dier tema* is verteenwoordig deur hierdie vier kategorieë. In totaal het die diertema meer as die helfte (59.7%) van die kinders se self-gerapporteerde vrese uitgemaak.

Die *Suid-Afrikaanse MIV/Vigs-konteks* is verteenwoordig deur die kategorieë *regte persone*, *fisiese leed*, *dood*, *medies*, *sosiaal* en *skade aan ander*. *Misdaad* en ‘n *onveilige omgewing* (bv. skollies [*regte persoon* kategorie]), *geweld* (bv. slaie aan vroue [*skade aan ander* kategorie]), ‘n *onveilige vervoerstelsel* (bv. motorongelukke [*fisiese leed* kategorie]), *siekte* (bv. hoes [*mediese* kategorie]) en *MIV/Vigs* (bv. vigssterftes [*dood* kategorie]) is tipiese eienskappe van die leefwêreld van ‘n

Suid-Afrikaanse kind wat persoonlik met MIV/Vigs leef, of indirek deur 'n naasbestaande geaffekteer word, wat weerspieël is in die *Suid-Afrikaanse MIV/Vigs-konteks* tema (sien Afdeling 2.11). Hierdie tema het ongeveer 'n derde (34.6%) van die kinders se self-gerapporteerde vrese verteenwoordig.

Daar was ook 'n tema van *kindwees* in die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders se vrese. Dit het behels algemene kleinkindervrese wat gewoonlik oorkom word gedurende die middel-kinderjare (Mash & Wolfe, 2005). Die vreeskategorieë *fantasiekaraktters* (bv. spoke) en *slaaptydvrese* (bv. bedtoe gaan) het hierdie tema verteenwoordig. Die kindwees tema het 'n minderheid (5.6%) van die kinders se vrese uitgemaak. In Tabel 7 is die vreesstruktuur van die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders, soos voorgestel in Tabel 5, geherorganiseer volgens die drie onderliggende temas.

Tabel 7

Onderliggende Temas in die MIV/Vigs-geaffekteerde Kinders se Vreesstruktuur

Vreeskategorie	<i>f</i>	% Totale vrese	Spesifieke vrese (<i>f</i>)
<i>Diere</i>			
Wilde diere	32	44.4	Slange (13), leeus (6), krokodille (3), olifante (2), paddas (2), muise (1), bere (1), akkedisse (1) voëls (1), buffels (1), groot diere (1).
Huishoudelike diere	8	11.1	Honde (5), varke (1), koeie (1), katte (1).
Akwatiese diere	2	2.8	Haaie (2).
Insekte	1	1.4	Goggas (1).
Totaal tema	43	59.7	
<i>Suid-Afrikaanse MIV/Vigs-konteks</i>			
Regte persone	8	11.1	Skollies (2), gevaarlike mense (1), groot seuns (1), vreemdelinge (1), pa wat drink (1), persone wat agtervolg (1), pa wat seermaak (1).
Fisiese leed	5	6.9	Motor/ongelukke (3), kinderverkragting (1), seerkry (1).
Dood	5	6.9	Doodgaan (4), vigssterftes (1).
Medies	5	6.9	Hospitalisasie (2), MIV-status (1), hoes (1), siekte (1).
Sosiaal	1	1.4	Vriende sal nie MIV-positiewe status verstaan (1).
Skade aan ander	1	1.4	Slae aan vroue (1).
Totaal tema	25	34.6	
<i>Kindwees</i>			
4)Fantasiekaraktters	2	2.8	Spoke (1), boogyman (1).
Slaaptydvrese	2	2.8	Bedtoe gaan (1), bangmaakdrome (1).
Totaal tema	4	5.6	
Eindtotaal	72	99.9^a	

^aPersentasie tel nie op tot 100.0, as gevolg van afronding.

6.2.3 Versorger-persepsie vrese

Die meeste versorgers ($n = 20$; 58.8%) het een of meer vrese gerapporteer wat deur hul kinders ervaar is. Vrese is oor 22 (55.0%) van die kinders vermeld. In totaal het die versorgers 51 vrese geïdentifiseer, wat gewissel het van 1 tot 5 per kind. Die MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers se persepsies oor hul kinders se vrese kon beskryf word in terme van 12 vreeskategorieë (Tabel 8). Dit vorm die *versorger-persepsie vreesstruktuur* van die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders.

Tabel 8

Vreesstruktuur van die MIV/Vigs-geaffekteerde Kinders (versorger-persepsie)

Vreeskategorie	<i>f</i>	%Totale vrese	Spesifieke vrese (<i>f</i>)
1) Huishoudelike diere	10	19.6	Honde (7), katte (1), koeie (1), perde (1).
2) Wilde diere	9	17.7	Slange (5), muise (2), ape (1), leeus (1).
3) Ander	8	15.7	Gevaar (1) verkeerde plekke (1) gewere (1), bos (1), toekomstige versorging (1), huurgeld (1), onverwagte (1), malvalekker in mikrogolfoond (1).
4) Regte persone	6	11.8	Mense wat skree/baklei (4), vreemdelinge (2).
5) Sosiaal	4	7.8	Woede/bakleiery/onenigheid (3), verstoting/minder aandag te kry as broer (1).
Fisiese leed	4	7.8	Motor(ongelukke) (2), pakslae (2).
6) Insekte	2	3.9	Goggas (1), spinnekoppe (1).
Skade aan ander	2	3.9	Ma wat siek is (2).
Medies	2	3.9	Siekte (1), mediese toetse (1).
Slaaptydvrese	2	3.9	Donker(plekke) (2).
7) Fantasiekaraktters	1	2.0	Hansworse (1).
Skeiding	1	2.0	Sonder pleegouers te sit (1).
Totaal	51	100.0	

Nota. Kodering gebaseer op die koderingstemplate van Loxton (2004) en die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders (self-rapportering). Vrese vir *natuurverskynsels*, *alleenwees*, *dood* en *akwatiese diere* is nie deur die versorgers geïdentifiseer by hul kinders nie.

In Tabel 9 word die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders se self-gerapporteerde en die versorger-persepsie vreesstrukture en spesifieke vrese vergelykend voorgestel.

Tabel 9

Vergelyking van die Versorger-persepsie en Self-gerapporteerde Vreesstrukture en Spesifieke Vrese van die MIV/Vigs-geaffekteerde Kinders

Vreeskategorieë		Spesifieke vrese	
Self-rapportering ^a	Versorger-persepsie ^b	Ooreenstemmings ^c	Addisioneel ^d
1) Wilde diere	1) Huishoudelike diere	Honde, katte, koeie.	Ape.
2) Huishoudelike diere	2) Wilde diere	Slange, muise, leeus.	Perde.
Regte persone			
3) Fisiese leed	3) Ander ^e		Gevaar, verkeerde plekke, gewere, bos, toekomstige versorging, huurgeld, onverwagte, malvalekker wat opblaas in mikrogolfoond.
Dood ^f			
Medies			
4) Fantasiekaraktters	4) Regte persone	Vreemdelinge.	Mense wat skree/baklei.
Akwatiese diere ^f			
Slaaptydvrese			
5) Sosiaal	5) Sosiaal		Woede/bakleiery/onenigheid, minder aandag te kry as broer.
Insek			
Skade aan ander			
	Fisiese leed	Motor/ongelukke.	Pakslae.
	6) Insekte	Goggas.	Spinnekoppe.
	Skade aan ander		Ma wat siek is.
	Medies	Siekte.	Mediese toetse.
	Slaaptydvrese		Donker/donker plekke.
	7) Fantasiekaraktters		Hansworse.
	Skeiding ^e		Om sonder pleegouers te sit.

^aIn self-gerapporteerde rangorde. ^bIn versorger-persepsie rangorde. ^cSpesifieke vrese deur die kinders én versorgers gerapporteer. ^dSpesifieke vrese slegs deur die versorgers gerapporteer. ^eVreeskategorie slegs deur versorgers gerapporteer. ^fVreeskategorie slegs deur kinders gerapporteer.

Daar was vier verskille tussen die kinders se self-gerapporteerde en versorger-persepsie **vreesstrukture**. Die kinders het vrese gerapporteer vir die *dood* en *akwatiese diere*. Sodanige vrese is nie deur die versorgers vermeld oor hul kinders nie. Hierteenoor is die kategorieë *ander* en *skeiding* deel van die versorger-persepsie vreesstruktuur, maar nie van die kinders se self-gerapporteerde vreesstruktuur nie.

Vrese vir *wilde diere* en *huishoudelike diere* is deur beide verslagdoeners gerapporteer as die vrese wat die algemeenste ervaar is deur die kinders, alhoewel die rangposisies omgekeerd was (Tabel 9). Verder het vrese vir *fantasiekaraktters*, *slaaptyd*, *insekte* en *skade aan ander* die minste voorgekom, vanuit die kinders asook hul versorgers se perspektief.

Die kinders en versorgers het verskil aangaande die **spesifieke vrees** wat die meeste ervaar is deur die kinders. Vanuit die versorgers se perspektief, was vrese vir honde die algemeenste vrees van die kinders (13.7%). ‘n Pleegmoeder (vd. [versorgerdeelnemer] 19; sien Bylae H) het byvoorbeeld vertel dat haar 6-jarige dogter (kd. 25) bang was as hul honde geblaf het vir boemelaars wat op vullisverwyderingsdae rondgesoek het by buiteasblikke. Hierteenoor het *slangvrese* die meeste (40.6%) van die kinders se self-gerapporteerde vrese verteenwoordig. Honde en slange is egter algemeen deur beide verslagdoeners vermeld (sien Tabele 5 en 8).

In ses vreeskategorieë het die kinders en versorgers spesifieke vrese gerapporteer wat dieselfde was (Tabel 9). Die versorgers het egter ook verskeie addisionele vrese gerapporteer, wat nie deur die kinders self vermeld is nie. ‘n MIV-positiewe moeder (vd. 11), het byvoorbeeld vertel dat haar 11-jarige seun (kd. 15) vrese gehad het oor wie hom in die toekoms sou versorg, indien sy sou doodgaan en oor huurgeld vir hul blyplek (*ander* kategorie). Dié seun het voorheen met sy moeder by familie gewoon. Hulle is egter weggejaag en het sedertdien ‘n sinkhuis gedeel met ander mense. Daar was nie altyd geld om die huurgeld te betaal nie. ‘n Tweede illustrasie is van ‘n pleegmoeder (vd. 28), wat gerapporteer het oor haar 6-jarige pleegkind (kd. 34). Sy het ‘n vrees by haar dogter waargeneem, toe die meisie gesien het hoe malvalekkers opgeblaas het, nadat dit in die mikrogolfoond geplaas is om lekkernye te maak (*ander* kategorie).

Daar is dus ooreenstemming gevind met betrekking tot die kinders se self-gerapporteerde en versorger-persepsie *vreesstrukture*. Vrese vir *wilde diere* en *huishoudelike diere* is die algemeenste gerapporteer deur beide verslagdoeners. Die versorgers het egter verskeie addisionele vrese geïdentifiseer wat nie deur die kinders self gerapporteer is nie.

6.2.4 Verrykende bevinding

Inspeksie van die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders se vrese in verhouding tot hul persoonlike eienskappe het getoon dat, met een uitsondering, al die kinders se self-gerapporteerde *mediese* vrese gerapporteer is deur kinders wat persoonlik MIV-positief was. Vir drie van die geïnfekteerde kinders was *mediese* vrese primêre vrese. Hulle was 6-jaar (kd. 25), 11-jaar (kd. 40) en 13-jaar (kd. 17) onderskeidelik. Die versorger van die 11-jarige MIV-positiewe kinderdeelnemer (vd. 34), het ‘n *sosiale* vrees by haar dogter waargeneem, naamlik om verstoot te word en minder aandag te kry as haar broer. Volgens die moeder kon dit die gevolg gewees het van haar kind se siekte. ‘n Bykomende 12-jarige MIV-positiewe meisie (kd. 7), het ‘n addisionele *mediese* vrees gehad. Haar primêre vrees was *sosiaal* en MIV/Vigs-verwant. Al hierdie kinders was ingelig oor hul MIV-positiewe diagnoses en was oorwegend aan die einde van hul middel-kinderjare.

Daar is dus aanduidings dat van die MIV-positiewe kinders besondere vrese ervaar het, as gevolg van hul spesiale omstandighede. Spesifiek met betrekking tot kategorieë *medies* en *sosiaal*. Dat hierdie kinders oorwegend ouer was en hul diagnoses ontsluit, is faktore wat ‘n rol kon gehad het. Alhoewel, soos aangedui was een van hierdie kinders slegs 6-jaar en volgens haar versorger het sy geen begrip getoon vir haar MIV-status nie. Dit veronderstel dat MIV-positiewe kinders oor die algemeen ‘n spesiale populasie mag wees met betrekking tot hul vrese. In aansluiting by Claflin en Barbarin (1990) se bevinding aangaande kinders met kanker, kan daar dus voorgestel word dat kontekstuele inligting (bv. simptome) ‘n groter spanningseffek mag hê op kinders met MIV/Vigs, as inligting wat verbaal meegedeel word. Omdat dit nie ‘n doelstelling

van die studie was om spesiale sub-populasies te identifiseer in die MIV/Vigs-geaffekteerde teikengroep nie, word die verrykende bevinding nie in-diepte bespreek in hierdie tesis nie. Dit is egter 'n onderwerp wat verdere ondersoek regverdig.

6.2.5 Samevatting (primêre doelstelling 1)

Vanuit beide die kinders en versorgers se perspektief, is dierverwante vrese die algemeenste ervarings deur die kinders. Daar was egter twee bykomende temas onderliggend aan die kinders se self-gerapporteerde vreesstruktuur, naamlik 'n Suid-Afrikaanse MIV/Vigs-konteks en kindwees. Die bevindings word in die volgende hoofstuk bespreek, teen die agtergrond van bestaande literatuur, ten einde te oorweeg of die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders 'n spesiale populasie was met betrekking tot hul vrese (primêre doelstelling 1).

6.3 Hanteringstrategieë van die kinders (primêre doelstelling 2)

Die tweede primêre doelstelling van die studie was om te oorweeg of die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders 'n spesiale populasie was met betrekking tot hul hanteringstrategieë. Om dié doelwit te bereik is die (1) *hanteringstruktuur* van die kinders bepaal. Bykomend is die (2) *versorgers se persepsies* oor hul kinders se hanteringstrategieë ondersoek, om 'n addisionele perspektief te verkry. Hierdie bevindings word vervolgens weergegee. Soos met betrekking tot die kinders se vrese, was daar 'n (3) *verrykende bevinding* in verband met hul hanteringsmeganismes. Hierdie bevinding word laastens weergegee.

6.3.1 Hanteringstruktuur (self-rapportering)

Met een uitsondering het al die kinders een of meer hanteringstrategieë gerapporteer in verhouding tot hul primêre vrese ($n = 39$). In totaal is 47 hanteringsmeganismes geïdentifiseer, wat gewissel het van 1 tot 3 per deelnemer. Die hanteringstrategieë van die kinders kon beskryf word in terme van agt hanteringskategorieë (Tabel 10). Per definisie vorm dit die *self-gerapporteerde hanteringstruktuur* van die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders.

Tabel 10

Hanteringstruktuur van die MIV/Vigs-geaffekteerde Kinders (self-rapportering)

Hanteringskategorie	<i>f</i>	%Totale Strategieë	Spesifieke strategieë (<i>f</i>)
1)Probleem-gefokusde vermyding	26	55.3	Verlaat area (21), verbergings (2), kyk nie TV (1), slaap (1), speel met kleiner kinders (1).
2)Direkte probleemoplossing	6	12.8	Skree vir hulp (3), bel polisie (1), drink pille (1), soek klip vir gooi (1).
Soek ondersteuning	6	12.8	Spiritueel (4), sosiaal (2).
3)Emosie-gefokusde trane	4	8.5	Huil (4).
4)Kognitiewe vermyding	2	4.3	Sluit oë (1), speel met vriendelike diere (1).
5)Emosionele uitdrukking	1	2.1	Skree (1).
Probleem-gefokusde aggressie	1	2.1	Skiet met rek (1).
Doen niks	1	2.1	Doen niks (1).
Totaal	47	100.0	

Nota. Kodering gebaseer op templaar van Band en Weisz (1988). Die kategorieë *probleem-gefokusde trane*, *emosie-gefokusde aggressie* en *suiwer kennis* is nie deur die kinders gerapporteer nie. *Emosionele uitdrukking* is 'n nuwe kategorie wat geskep is vir die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders.

Die kategorie *probleem-gefokusde vermyding* is die algemeenste gerapporteer. Met ander woorde, die meeste (55.3%) van hul self-gerapporteerde hanteringstrategieë, het ten doel gehad om die bron van vrees te vermy. Binne hierdie kategorie het die kinders hoofsaaklik gerapporteer dat hulle die area sou verlaat (bv. weghardloop), indien die gevreesde stimuli (bv. slang/motor) teëgekom sou word. Pogings om weg te kom van die vreesstimulus was ook die spesifieke hanteringstrategie wat die meeste (44.7%) voorgekom het.

Die kategorieë *direkte probleemoplossing* (direkte pogings om die bron van vrees te verander [bv. bel polisie]) en *soek ondersteuning* (pogings om vrees te buffer op *sosiale* [bv. *gaan na ouma*] en *spirituele* [bv. *bid*] wyses) het gesamentlik die tweede meeste voorgekom. Beide hierdie kategorieë het 12.8% van die kinders se self-gerapporteerde hanteringsmeganismes verteenwoordig.

Soos geïllustreer in Tabel 10, is die oorblywende hanteringskategorieë wat deur die kinders gerapporteer is in dalende orde van voorkoms soos volg: (1) *Emosie-gefokusde trane* (d.i. huil), (2) *kognitiewe vermyding* (bv. sluit oë), en (3) *emosionele uitdrukking* (d.i. skree), *probleem-gefokusde aggressie* (d.i. skiet met rek) en *doen niks* (d.i. doen niks). Die kategorieë *probleem-gefokusde trane*, *emosie-gefokusde aggressie* en *suiwer kennis*, soos ingesluit by die koderingstemplaar van Band en Weisz (1988), is nie gerapporteer deur die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders nie (sien Bylae A).

Die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders se self-gerapporteerde hanteringstruktuur kon verder onderverdeel word in drie breë hanteringsdimensies, naamlik (1) *primêre*, (2) *sekondêre*, en (3) *hopelose kontrole meganismes*. Hierdie breë dimensies was deel van die oorspronklike koderingsraamwerk (Band & Weisz, 1988). Dit is nie vergelykbaar met die onderliggende breë

temas wat geïdentifiseer is in die kinders se self-gerapporteerde vreesstruktuur nie. In Tabel 11 is die hanteringstruktuur van die kinders, soos geïllustreer in Tabel 10, voorgestel volgens die drie breë hanteringsdimensies.

Tabel 11

Breë Dimensies in die MIV/Vigs-geaffekteerde Kinders se Hanteringstruktuur (self-rapportering)

Hanteringskategorie	<i>f</i>	%Strategieë	Spesifieke strategieë (<i>f</i>)
<i>Primêre kontrole</i>			
Probleem-gefokusde vermyding	26	55.3	Verlaat area (21), verberging (2), kyk nie TV (1), slaap (1), speel met kleiner kinders (1).
Direkte probleemoplossing	6	12.8	Skree vir hulp (3), bel polisie (1), drink pille (1), soek klip vir gooi (1).
Emosionele uitdrukking	1	2.1	Skree (1).
Probleem-gefokusde aggressie	1	2.1	Skiet met rek (1).
Totaal primêre kontrole	34	72.3	
<i>Sekondêre kontrole</i>			
Soek ondersteuning	6	12.8	Spiritueel (4), sosiaal (2).
Emosie-gefokusde trane	4	8.5	Huil (4).
Kognitiewe vermyding	2	4.3	Sluit oë (1), speel met vriendelike diere (1).
Totaal sekondêre kontrole	12	25.6	
<i>Hopelose kontrole</i>			
Doen niks	1	2.1	Doen niks (1).
Totaal hopelose kontrole	1	2.1	
Eindtotaal	47	100.0	

Nota. Kodering gebaseer op templaar van Band en Weisz (1988). Die kategorieë *probleem-gefokusde trane*, *emosie-gefokusde aggressie* en *suiwer kennis* is nie deur die kinders gerapporteer nie. *Emosionele uitdrukking* is 'n nuwe kategorie wat geskep is vir die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders.

Primêre kontrole meganismes is die meeste gerapporteer (72.3%). Dit beteken dat die meeste van die kinders se hanteringsmekanismes ten doel gehad om die bron van vrees te beïnvloed. Binne hierdie dimensie is die kategorieë *probleem-gefokusde vermyding*, *direkte probleem-oplossing*, *emosionele uitdrukking* en *probleem-gefokusde aggressie* gerapporteer.

Sekondêre kontrole meganismes het die tweede meeste voorgekom en het 25.6% van die kinders se self-gerapporteerde hanteringstrategieë verteenwoordig. 'n Kwart van die kinders se hanteringsmekanismes was dus daarop gemik om (1) optimaal aan te pas by die omstandighede wat gevrees is, of (2) om die negatiewe gevoelens te reguleer wat daarmee gepaard gegaan het. Die *sekondêre kontrole dimensie* is verteenwoordig deur die hanteringskategorieë *soek ondersteuning*, *emosie-gefokusde trane* en *kognitiewe vermyding*.

Hopelose kontrole meganismes is eenmalig gerapporteer. Dié deelnemer het gerapporteer dat *niks gedoen* is om haar vrees te hanteer nie (sien opkomende verrykende bevinding; Afdeling 6.3.3).

6.3.2 Versorger-persepsie hanteringstrategieë

Nagenoeg een derde ($n = 11$; 32.4%) van die versorgers het een of meer hanteringstrategieë vermeld oor hul kinders. Hanteringsmeganismes is gerapporteer oor 14 (35.0%) van die kinders. In totaal het die versorgers 19 hanteringstrategieë geïdentifiseer, wat gewissel het van 1 tot 3 per kind. Die versorgers se persepsies oor hul kinders se hanteringstrategieë kon beskryf word in terme van sewe hanteringskategorieë (Tabel 12). Dit vorm die *versorger-persepsie vreesstruktuur* van die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders.

Tabel 12

Hanteringstruktuur van die MIV/Vigs-geaffekteerde Kinders (versorger-persepsie)

Hanteringskategorie	<i>f</i>	%Strategieë	Spesifieke strategieë (<i>f</i>)
<i>Primêre kontrole</i>			
Probleem-gefokusde vermyding	9	47.4	Verlaat area (5), skakel TV af (1), hou vas aan ma (1), klim op ma se skoot (1), verberg kop in ma se nek (1).
Direkte probleemoplossing	2	10.5	Versorg en ondersteun ma (2).
Probleem-gefokusde aggressie	1	5.3	Drifbuie (1).
Probleem-gefokusde trane	1	5.3	Huil (1).
Totaal primêre kontrole	13	68.5	
<i>Sekondêre kontrole</i>			
Soek ondersteuning	4	21.1	Gaan na oom (2), vertel ouma/familie (2).
Emosie-gefokusde trane	1	5.3	Huil (1).
Suiwer kognisie	1	5.3	Vertel homself hy is die beste (1).
Totaal sekondêre kontrole	6	31.7	
Totaal	19	100.2^a	

Nota. Kodering gebaseer op die template van Band en Weisz (1988) en die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders (self-rapportering). *Emosie-gefokusde aggressie*, *emosionele uitdrukking*, *kognitiewe vermyding* en *hopelose kontrole strategieë* is nie deur die versorgers by hul kinders geïdentifiseer nie. Die versorgers het *probleem-gefokusde trane* en *suiwer kognisie* vermeld, kategorieë wat nie deur die kinders gerapporteer is nie.

^aPersentasie tel nie op tot 100.0, as gevolg van afronding.

Soos geïllustreer in Tabel 12, was daar twee breë dimensies onderliggend aan die versorger-persepsie hanteringstruktuur. In ooreenstemming met die kinders is *primêre kontrole meganismes* die meeste gerapporteer (68.5%), gevolg deur *sekondêre kontrole meganismes* (31.7%). *Hopelose kontrole meganismes* is nie deur die versorgers geïdentifiseer nie.

In Tabel 13 is die kinders se self-gerapporteerde en die versorger-persepsie hanteringstrukture en spesifieke hanteringstrategieë vergelykend voorgestel.

Tabel 13

Vergelyking van die Versorger-persepsie en Self-gerapporteerde Hanteringstrukture en Spesifieke Hanteringstrategieë van die MIV/Vigs-geaffekteerde Kinders

Hanteringskategorieë		Spesifieke strategieë ^a	
Self-rapportering ^b	Versorger-persepsie ^c	Ooreenstemmings ^d	Addisioneel ^e
1)Probleem-gefokusde vermyding	1)Probleem-gefokusde vermyding	Verlaat area, skakel TV af, verberging.	Hou vas aan ma, klim op ma se skoot.
2)Soek ondersteuning Direkte probleemoplossing	2)Soek ondersteuning	Sosiaal.	
3)Emosie-gefokusde trane	3)Direkte probleemoplossing		Versorg en ondersteun ma.
4)Kognitiewe vermyding ^f	4)Emosie-gefokusde trane	Huil.	
5)Emosionele uitdrukking ^f Probleem-gefokusde aggressie	Suiwer kennisie ^g Probleem-gefokusde aggressie		Vertel homself hy is die beste. Drifbuie.
Doen niks ^f	Probleem-gefokusde trane ^g	Huil.	

^aKolom twee (hanteringskategorieë: versorger-persepsie) dien as verwysing. ^bIn self-gerapporteerde rangorde. ^cIn versorger-persepsie rangorde. ^dSpesifieke hanteringstrategieë deur die kinders én versorgers gerapporteer. ^eSpesifieke hanteringstrategieë slegs deur die versorgers gerapporteer. ^fHanteringskategorie slegs deur die kinders gerapporteer. ^gHanteringskategorie slegs deur die versorgers gerapporteer.

Daar was vyf verskille tussen die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders se self-gerapporteerde en versorger-persepsie hanteringstrukture. In teenstelling met die kinders se eie verslagdoening, is die kategorieë *emosionele uitdrukking*, *kognitiewe vermyding* en *doen niks*, nie deur die versorgers geïdentifiseer by hul kinders nie. Hierteenoor het die versorgers *probleem-gefokusde trane* en *suiwer kennisie* vermeld, kategorieë wat nie deur die kinders gerapporteer is nie. *Emosie-gefokusde aggressie*, soos ingesluit by die oorspronklike koderingstemplaat (Band & Weisz, 1988), is nie in hierdie studie vermeld nie (sien Bylae A).

Probleem-gefokusde vermyding, *soek ondersteuning*, *direkte probleemoplossing* en *emosie-gefokusde trane* is deur beide verslagdoeners gerapporteer as die hanteringsmeganismes wat die algemeenste deur die kinders gebruik is om hul vrese te hanteer. Verder is strategieë wat verband hou met emosionele uitdrukking en kennisies die minste geïmplementeer, vanuit beide die kinders en hul versorgers se perspektief.

In vier van die hanteringskategorieë het die versorgers **spesifieke hanteringstrategieë** gerapporteer oor hul kinders, wat ook deur die kinders gerapporteer is. Pogings om die area te verlaat (bv. *weghardloop*), was ook die strategie wat vanuit beide verslagdoeners se perspektief, die meeste deur die kinders gebruik is om hul vrese te hanteer (26.3% totale *versorger-persepsie* hanteringstrategieë vs. 44.7% totale *self-gerapporteerde* hanteringstrategieë).

Die versorgers het egter ook verskeie strategieë gerapporteer wat nie deur die kinders vermeld is nie (Tabel 13). In die *direkte probleemoplossing* kategorie het 'n MIV-positiewe moeder (vd. 3), byvoorbeeld vertel dat haar 9- en 12-jarige dogters (kd. 4 en kd. 5) bystand verleen het met haar siekte. Hulle sou haar byvoorbeeld vra wat sy nodig het, haar aan medikasie herinner en by die huis probeer wees as sy siek gevoel het. Dié moeder het vrees by haar jongste dogter geïdentifiseer as sy (ma) siek was. Sy het egter nie geweet of haar oudste kind ook sodanige vrees gehad het nie, aangesien dit nie 'n meisie was wat oor haar vrese gepraat het nie, aldus die moeder. In die kategorie *suiwer kennisie* het 'n vader (vd. 16) gerapporteer dat sy seun (kd. 20) vir homself vertel het dat hy die beste was, ten einde sy vrese te hanteer. Die vader het 'n soortgelyke strategie gebruik om sy persoonlike vrese vir misdaad te hanteer.

Met betrekking tot hanteringstrategieë wat deur die kinders, maar nie deur die versorgers by hul kinders geïdentifiseer is nie, is dit opmerklik dat die versorgers geen melding gemaak het van soek *spirituele* strategieë soos die kinders nie. Slegs soek *sosiale* ondersteuning strategieë (bv. *gaan na oom*) is deur die versorgers by hul kinders geïdentifiseer.

In opsomming is bevind, dat die versorger-persepsie en die kinders se self-gerapporteerde hanteringstruktuur oorwegend ooreengestem het. Aangaande die spesifieke hanteringsmeganismes, het die versorgers verskeie addisionele strategieë vermeld, wat nie deur die kinders gerapporteer is nie.

6.3.3 Verrykende bevinding

Soos met betrekking tot die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders se vrese, was daar 'n verrykende bevinding aangaande hul hanteringsmeganismes. Die enigste *hopelose kontrole meganisme* is naamlik gerapporteer deur een van die MIV-positiewe meisies (kd. 40) wat 'n primêre *mediese* vrees vir siekte gehad het. Verder was haar versorger (vd. 34) van mening dat die drifbuie van haar dogter pogings was om haar versorger-persepsie vrees vir verstoting te hanteer. Tydens informele gesprekvoering met die pleegouers van 'n 6-jarige MIV-positiewe meisie (kd. 34), was drifbuie ook 'n sentrale tema, alhoewel dit nie geïdentifiseer is as 'n hanteringsmeganisme in verhouding tot die meisie se versorger-persepsie vrese nie.

Daar is dus aanduidings gevind dat die vrese van MIV-positiewe kinders, en hul ervarings oor die algemeen, besondere uitdagings mag bied vir die hantering daarvan. Dit is, dat MIV-positiewe kinders, soos met betrekking tot hul vrese, 'n spesiale sub-populasie MIV/Vigs-geaffekteerde kinders mag wees met betrekking tot hul hanteringsmeganismes. Hierdie verrykende bevinding aangaande die kinders se hanteringsmeganismes word ook nie in-diepte bespreek in hierdie tesis nie, maar dit is 'n onderwerp wat verdere ondersoek regverdig.

6.3.4 Samevatting (primêre doelstelling 2)

Vanuit beide die kinders en versorgers se perspektief, het die kinders hoofsaaklik pogings aangewend om die bron van vrees te beïnvloed, ten einde hul vrese te hanteer. Spesifiek het die meeste probeer om gevreesde stimuli te vermy, byvoorbeeld deur weg te hardloop. Die bevindings word in die volgende hoofstuk bespreek teen die agtergrond van bestaande literatuur, ten einde te oorweeg of die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders 'n spesiale populasie was met betrekking tot hul hanteringsmeganismes (primêre doelstelling 2).

6.4 Leerervarings van die kinders (primêre doelstelling 3)

Ten einde die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders se leefwêreld te leer ken (primêre doelstelling 3), is die kinders se leerervarings ondersoek in verhouding tot hul primêre vrese. Die bevindings word vervolgens weergegee.

6.4.1 Leerervarings van die kinders

Al die kinders het leerervarings herroep. 'n Kombinasie van Rachman se weë is gerapporteer deur 32 (80.0%) van die kinders. In totaal is 79 leerervarings gerapporteer. *Negatiewe inligting* die meeste vermeld (95.0%), gevolg deur *modellering* (55.0%) en *kondisionering* (47.5%). In Tabel 14 is die leerervarings van die kinders voorgestel in verhouding tot die primêre vreeskategorieë.

Tabel 14

Leerervarings van die MIV/Vigs-geaffekteerde Kinders in Verhouding tot hul Primêre Vrese

Vreeskategorie	Totale vrese	Leerervarings		
		Negatiewe inligting <i>f</i> (%)	Modellering <i>f</i> (%)	Kondisionering <i>f</i> (%)
Wilde diere	16	16 (100.0)	8 (50.0)	7 (43.8)
Regte persone	4	4 (100.0)	4 (100.0)	1 (25.0)
Huishoudelike diere	4	4 (100.0)	2 (50.0)	1 (25.0)
Fisiese leed	4	4 (100.0)	4 (100.0)	1 (25.0)
Dood	4	3 (75.0)	2 (50.0)	3 (75.0)
Medies	3	2 (66.7)		3 (100.0)
Fantasiekarakters	2	2 (100.0)	2 (100.0)	2 (100.0)
Akwatiese diere	1	1 (100.0)		
Insekte	1	1 (100.0)		1 (100.0)
Sosiaal	1	1 (100.0)		
Totaal	40	38 (95.0)	22 (55.0)	19 (47.5)

Nota. In 32 (80.0%) gevalle is meer as een van Rachman se weë gerapporteer in verhouding tot 'n vrees.

Inligtingservarings is herroep in verhouding tot al die primêre vreeskategorieë (Tabel 14). Slegs met betrekking tot die *dood* en *mediese* vreeskategorieë het nie al die kinders wat sodanige primêre vrese ervaar het negatiewe inligting onthou aangaande hul vrese nie. Die twee kinders wat onderskeidelik ‘n *akwatiese dier* en *sosiale* primêre vrees gerapporteer het, het uitsluitlik negatiewe inligtingservarings herroep. Dit beteken dat die 12-jarige MIV-positiewe meisie wat ‘n primêre MIV/Vigs-verwante sosiale vrees gehad het (kd. 7), slegs inligting vanaf die televisie gerapporteer het in verhouding tot haar vrees.

Vir die *wilde dier*, *regte persoon*, *huishoudelike dier*, *fisiese leed*, *dood* en *fantasiekarakter* primêre vrese is daar bykomend *modelleringservarings* gerapporteer (Tabel 14). Al die kinders wat primêre vrese gehad het vir *regte persone*, *fisiese leed* en *fantasiekaracters* het persone geken wat dieselfde vrese gehad het (bv. sibbe/versorgers). Een seun het byvoorbeeld vertel van sy vriende, wat wilde dier vrese gemodelleer het. Dié vriende het klaarblyklik ‘n negatiewe ervaring gehad tydens ‘n dieretuinitstappie.

Met die uitsondering van die *akwatiese dier* en *sosiale* kategorieë, is al die primêre vreeskategorieë in verband gebring met *kondisioneringservarings* (Tabel 14). Al die kinders wat primêre vrese gerapporteer het vir *mediese aangeleenthede*, *fantasiekaracters* en *insekte* het vertel dat hulle werklike ervarings gehad het met die stimuli wat gevrees is. Ook het die meeste (75.0%) van die kinders wat primêre *doodvrese* gehad het kondisioneringservarings herroep. Hierteenoor is minder (25.0%) werklike ervarings gerapporteer deur die kinders wat primêre vrese gehad het vir onderskeidelik *regte persone*, *huishoudelike diere* en *fisiese leed*. Die 9-jarige seun wat ‘n primêre *huishoudelike dier* vrees gerapporteer het vir koeie, het sy kondisioneringservaring duidelik herroep (kd. 14). Hy het onthou hoe hy deur koeie gejaag is toe familie in die platteland besoek is. Ook die 12-jarige seun wat ‘n *regte persoon* primêre vrees gehad het (kd. 37), kon vreeswekende ervarings met groot seuns goed onthou en het vertel dat hy bang was vir groot seuns, omdat hulle kon seermaak.

6.4.2 Samevatting (primêre doelstelling 3)

Die kinders het *inligtings*-, *modellerings*- en *kondisioneringservarings* herroep in verhouding tot hul primêre vrese. Alhoewel die meeste kinders meer as een leerervaring onthou het, was *negatiewe inligting* prominent. Die bevindings aangaande die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders se leerervarings word in die volgende hoofstuk bespreek, ten einde hul leefwêreld te leer ken (primêre doelstelling 3).

6.5 Persoonlike vrese van die versorgers (sekondêre doelstelling 1)

Die primêre doelstellings het betrekking gehad op die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders. In die voorafgaande afdelings is die bevindings aangaande die kinders weergegee. Die MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers was die fokus van die sekondêre doelstellings. Die eerste sekondêre doelstelling was om die persoonlike vrese van die versorgers te eksploreer. Die bevindings is in hierdie afdeling vervat.

‘n Enkele versorger het gerapporteer dat geen vrese óf bekommernisse ervaar is nie. Die oorblywende 33 versorgers het ‘n totaal van 46 vrese gedeel gedurende die onderhoude, wat gewissel het van 1 tot 4 per deelnemer.

Die MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers se vrese het gesentreer rondom drie breë temas, naamlik (1) *volwassenheid*, (2) ‘n *Suid-Afrikaanse MIV/Vigs-konteks*, en (3) *diere*. Onderliggend aan dié breë temas was ‘n totaal van 7 sub-temas (Tabel 15).

Tabel 15

Persoonlike Vrese van die MIV/Vigs-geaffekteerde Versorgers

Sub-tema	%Tema	%Vrese ^a	Spesifieke vrese (<i>f</i>)
<i>Volwassenheid</i>			
Kindwelstand	41.9	28.3	Versorging (9), gesondheid (3), skoolwerk (1).
Selfwelstand	38.7	26.1	Dood/MIV-status/siekte (10), interpersoonlike verhoudings (2).
Ontsluiting	16.1	10.9	Ander se reaksie (2), kind te vertel (1) onsekerheid of kind weet (1), familie/vriende uitvind (1).
Eggenootwelstand	3.2	2.2	Vorige eggenoot se MIV-status (1).
Totaal tema^b	99.9^c	67.5	
<i>Suid-Afrikaanse MIV/Vigs-konteks</i>			
Materiële bronne	53.9	15.2	Werkloosheid (2), behuising (2), lewensmiddele (2), studiegeld (1).
Misdaad	46.2	13.0	Fisiese skade (3), misdadigers/skollië (2), om bang te wees vir misdaad (1).
Totaal tema^d	100.1^c	28.2	
<i>Diere</i>			
Slange	100.0	4.4	Slange (2).
Totaal tema^e	100.0	4.4	

Nota. In 10 (29.4%) gevalle is meer as een vrees gerapporteer.

^a*N* = 46. ^b*n* = 31. ^cPersentasie tel nie op tot 100.0, as gevolg van afronding. ^d*n* = 13. ^e*n* = 2.

6.5.1 Volwassenheid

Toe volwassenheid gedefinieer is aan die begin van die tesis (sien Afdeling 2.3), is opgemerk dat ‘n pertinente eienskap van hierdie lewenstadia is om nie slegs op die self nie, maar ook op ander te fokus (Gerdes et al., 2001). Die gevolg is dat volwassenes diep geraak word deur kwessies wat hul persoonlike welstand, asook dié van hul geliefdes bedreig. Die meeste (67.5%) van die versorgers se vrese het hierdie aspek van volwassenheid gereflekteer en diensooreenkomstig is die tema *volwassenheid* genoem. Vrese is erfaar oor die welstand van hul (1) *kinders* en (2) *hulself*. In lyn met volwassenes se sosiale rolle as versorgers, eggenote en vriende is daar verder vrese binne hierdie kategorie gerapporteer oor (3) *ontsluiting* en (4) die welstand van *eggenote* (Tabel 15).

6.5.1.1 Kindwelstand

Besorgdheid oor die welstand van hul kinders is van die totale aantal vrese die meeste gerapporteer (28.3%). Spesifiek is vrese oor die *toekomstige versorging* van hul kinders dikwels vermeld (bv. om kinders agter te laat). Van die totale aantal vrese van die versorgers was dit die *spesifieke vrees* wat die tweede meeste (19.6%) voorgekom het. Die volgende is die verhaal van 'n 36-jarige MIV-positiewe moeder, met 'n Xhosa herkoms (vd. 3), wat bekommerd was oor wie na haar kinders sou kyk indien sy sou sterf.

Sophia (pseudoniem) was 'n buite-egtelike kind. Omdat dit 'n oneer was vir haar vader, het hy nie met haar moeder getrou nie. Haar ma was jonk toe sy gebore is en Sophia is grootgemaak deur haar grootmoeder. Sy het egter nie dieselfde voorregte gekry as die ander kleinkinders nie, omrede Sophia se grootouers geen *lobôla* (tradisionele bruidskat) vir haar moeder ontvang het van haar biologiese vader nie. Volgens Sophia sou sy baie verder in haar onderwys gevorder het as sy nie deur haar familie benadeel sou gewees het nie. Ten tyde van die studie was Sophia getroud met 'n man wie nie die biologiese vader was van haar 9- en 12-jarige dogters nie. Hy het drankprobleme gehad. Sophia het vertel dat hy self uit 'n ongelukkige gesin gekom het en gesê het dat hy drink, omdat hy bekommerd was oor wie vir hom sou sorg, indien hy haar sou verloor.

Ander versorgers het vrese gerapporteer oor die *gesondheid* van hul kinders. Hierdie vrese is uitsluitlik oor MIV-positiewe kinders vermeld. Die 35-jarige MIV-positiewe moeder van 'n 11-jarige meisie wat met die MI-virus geleef het (vd. 34), het gesê: “Ek vrees nie eintlik vir my lewe nie, maar vir wanneer sy [kind] miskien, wanneer dag miskien moet aankom wat sy siek sal raak of so. Dit is al wat my vreesbevange maak”. Nog 'n MIV-positiewe moeder het die volgende vrees gerapporteer:

Ek is bang as hy [12-jarige MIV-positiewe seun] nie sy pille vat nie. Want die ding is dié, jy kan siek raak en wat gaan ek maak...Ek is bang, want as hy siek is, daar's nie transport elke tyd om vir hom, want hy's onder Rooikruis [hospitaal], en hierso niemand ry jou nie as jy nie geld het nie (vd. 31).

Vir 'n 37-jarige MIV-positiewe vader (vd. 2), was die *skoolwerk* van sy 11- en 13-jarige dogters 'n groot bron van vrees, ten tyde van die onderhoud. Die aanbreek van die kinders se eindeksamens was naby en hy was bang dat hul akademiese prestasie benadeel sou word deur die huwelikskonflik tussen hom en sy tweede vrou. Volgens dié vader was sy vrou se geskree 'n bron van vrees vir een van sy dogters. Dit was ook tydens sodanige bakleiery dat die dogters uitgevind het van sy MIV-positiewe status.

6.5.1.2 Selfwelstand

Alhoewel die MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers die meeste (41.9%) vrese gerapporteer het oor die welstand van kinders, is besorgdheid oor *persoonlike welstand* ook algemeen gerapporteer (38.7%). *MIV/Vigs-verwante* vrese (bv. persoonlike MIV-status/die dood) was prominent binne die *selfwelstand* sub-tema (83.3%). Dood-, MIV/Vigs- en siekteverwante vrese oor persoonlike welstand was ook die vrese wat die meeste (21.7%) voorgekom het van die totale aantal persoonlike vrese wat gerapporteer is. Hierdie vrese is uitsluitlik gerapporteer deur versorgers wat persoonlik geïnfekteer was.

Met betrekking tot hul persoonlike welstand het twee MIV-positiewe moeders vrese vermeld in verband met hul *interpersoonlike verhoudings*. Die een versorger, 'n 31-jarige ongetroude moeder van 'n 10-jarige seun (vd. 4), was bang om haar metgesel te verloor. Die ander moeder, 'n 42-jarige weduwee (vd. 32), het met haar 7-jarige seun ingewoon by haar suster. Daar was dikwels onmin tussen die susters. “Dan gooi hulle dit [MIV-positiewe status] mos nou voor jou kop”. Sy (suster) sê: “Ek’s vrot en al daai dinge”. Vir hierdie versorger het hierdie konflik vrees veroorsaak, want “dan skel sy [suster] mos kliphard en daar’s baie mense wat weet nog nie”.

6.5.1.3 Ontsluiting

Ontsluiting was 'n derde sub-tema in die versorgers se vrese waarin die breë tema van volwassenheid na vore gekom het en hul sosiale rolle as versorgers en vriende gereflekteer is. Hierdie vrese het 10.9% van die versorgers se totale aantal persoonlike vrese verteenwoordig (Tabel 15).

Van die MIV-positiewe versorgers was bang oor hoe hul kinders sou reageer op ontsluiting (vd. 1 en vd. 22). Een MIV-positiewe moeder was besorg oor die reaksie van geliefdes oor die algemeen (vd. 27). Vir 'n vierde MIV-positiewe moeder was die onsekerheid of haar kind haar (moeder se) status uitgevind het 'n bron van kommer (vd. 25).

Een 35-jarige moeder (vd. 34), wat gewerk het in die slaghuis van 'n bekende supermarkhandelsgroep, het verduidelik waarom sy bang was om haar MIV-positiewe status aan familie en vriende te ontsluit:

Ek is baie in companies waar mense praat van die dinge en dit en ek kyk hulle reaksie....Maar wat ek oplet...daar is 'n vrees in...die mense...wat negative is eintlik vir die mense wat positief is....Daar’s 'n natural vrees wat ek sien in hulle....Hulle is nogsteeds baie onkundig...hoe mense daaraan kom en dit.

6.5.1.4 Eggenootwelstand

Binne die tema *volwassenheid*, het 'n enkele versorger ook 'n vrees gerapporteer oor haar *eggenoot se welstand* (vd. 33). Haar vorige man het geweier om vir 'n MIV/Vigs-toets te gaan en sy was bekommerd oor sy gesondheid. Sy het verduidelik dat, ten spyte van verwydering, hy nietemin die vader van haar kind gebly het.

6.5.2 Suid-Afrikaanse MIV/Vigs-konteks

Om 'n versorger in die Suid-Afrikaanse MIV/Vigs-konteks te wees beteken dikwels om blootgestel te wees aan armoede, misdaad en geweld (sien Afdeling 2.11). Die breë tema van 'n *Suid-Afrikaanse MIV/Vigs-konteks* het na vore gekom in meer as 'n kwart (28.2%) van die versorgers se totale aantal vrese. Spesifiek is (1) 'n tekort aan *materiële bronne* en (2) *misdaad* gevrees (Tabel 15).

6.5.2.1 Materiële bronne

Die meeste (53.9%) van die versorgers se vrees wat verband gehou het met 'n lewe in die Suid-Afrikaanse MIV/Vigs-konteks, was oor 'n tekort aan *materiële bronne* (Tabel 15).

Werkloosheid was 'n bron van vrees vir die versorgers. Vir 'n moeder wat MIV-positief gediagnoseer is in dieselfde jaar as die onderhoud (vd. 33), was dit haar mees prominente vrees. Haar MIV-positiewe status het haar nie bang gemaak nie. Vir haar was dit soos diabetes of enige ander kroniese siekte. 'n Tweede werklose MIV-positiewe versorger (vd. 1), wat haar geïnfekteerde suster se 9-jarige dogter versorg het, het verduidelik dat dit vir haar moeilik was, omdat kinders nie verstaan as nie gekry waarvoor gevra word nie.

Ander versorgers was besorg oor *behuising*. 'n MIV-positiewe wedumoeder (vd. 31), wat bekommerd was omdat sy nie haar eie huis gehad het nie, het vertel:

Wat my bekommer?...Ek het nie my eie huis nie. Ek bly by my suster. Nou die ding is dié...ek wil ook nie hê hy [seun] moet elke tyd geskel word nie. Want die ding is dié, dan gaan daai weer iets by hom wees. Want hy kom nie in by die huis as ek nie by die huis is nie. Hy sal wag tot ek kom....Hy sê die mense stres.

Dié moeder se 12-jarige MIV-positiewe seun is kort tevore onder haar toesig geplaas, nadat hy te oud geword het vir die versorgingsoord waar hy sy vorige lewensjare versorg is. Die seun is nie soos die kinders wat geen ouers gehad het, oorgeplaas na pleegsorgwooneenhede vir ouer kinders nie.

Toe sê hulle [versorgingsoordbestuur] nou ek moet na die kind kry, want ek lewe nog en ek is nou darem beter, want ek het ook 'n bietjie lang tyd gelê by [versorgingsoord naam]. Daar's mos kinders kant, daar's grootmense kant.

Vrese weens 'n tekort aan basiese *lewensmiddele* is ook gerapporteer. Vir 'n 56-jarige pleegmoeder, wat nie persoonlik geïnfekteer was nie (vd. 5), was die onvermoë om optimaal te voldoen aan die behoeftes van haar 12-jarige MIV-positiewe pleegdogter 'n bron van kommer:

Want kyk die R500 wat die government gee...dit help, maar dit kan nie die klere dek nie. Hulle gaan nou volgende jaar moet skoolfonds betaal....Dis uitgaanklere, dis huisdraklere, dis skoolklere, dis boeke. As jy 'n paar skoene gaan koop by die winkel dis 'n R100 né. En as jy 'n sweetpakkie gaan laat maak vir die skool, dit is eintlik sê maar R150. Okay dis eenmaal per jaar, maar deur die maand as jy daardie R500 kry dan moet jy ook, soos ekke koop nou my kos op skuld. Ek koop 'n hamper. Nou moet ek nou R300 vir die hamper betaal vir die maand en dan moet ek dit betaal en dit betaal.

Veral die onvermoë om aan haar pleegkind se spesiale voedingsbehoefte te voldoen, het haar bekommerd gemaak:

So vir my is dit die kos en die klere is die vernaamste. Okay nie die klere nie, maar basically die kos you see....Ek worry nie van die klere nie, die klere is genoeg. Sy moet gesond eet. Sometime there isn't a little porridge for her to eat. Then moet ek 'n bietjie met 'n stukkie brood maak en koffie. Sy moet eet in die oggende dat sy die pille kan kry you see.

Die 19-jarige suster van 'n 9-jarige MIV-positiewe seun (vd. 10), die jongste versorger wat by die studie ingesluit is, was bang omdat sy nie geld gehad het om te *studeer* nie.

6.5.2.2 Misdaad

Die hoë voorkoms van *misdaad* in Suid-Afrika en spesifiek die areas waar die voorkoms van MIV/Vigs die hoogste is, is weerspieël in 'n derde (46.2%) van die versorgers se vrese wat verband gehou het met die Suid-Afrikaanse MIV/Vigs-konteks tema (Tabel 15). *Inbrekers met rewolwers* (vd. 6), *om deur skollies beroof en geslaan te word* (vd. 8) en *om vermoor te word* (vd. 23) is voorbeelde van misdaadvrese wat deur die versorgers gerapporteer is. Een van die vaders (vd. 16) het gevrees om bang te wees vir misdaad. Hy is die week voor die onderhoud aangeval en was van mening dat om bevrees te wees, meer vrees veroorsaak vir alles in die omgewing.

6.5.3 Diere

Diere was die derde breë tema wat na vore gekom het in die versorgers se persoonlike vrese. Hierdie tema het 4.4% verteenwoordig van die totale aantal vrese wat gerapporteer is en het uitsluitlik vrese behels vir slange (Tabel 15). Beide versorgers wat slangvrese gerapporteer het was Xhosa-sprekend (vd. 18 en 24). Hul kinders het primêre vrese vir *wilde diere* gehad, onderskeidelik vir bere (kd. 23) en slange (kd. 30). Laasgenoemde kind het 'n modelleringservaring gerapporteer in verband met sy primêre vrees.

6.5.4 Samevatting (sekondêre doelstelling 1)

Die persoonlike vrese van die MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers het drie breë temas gereflekteer, naamlik (1) *volwassenheid*, (2) *'n Suid-Afrikaanse MIV/Vigs-konteks*, en (3) *diere*. Onderliggend aan hierdie breë temas was die subtemas (1) *kindwelstand*, (2) *selfwelstand*, (3) *ontsluiting*, (4) *eggenootwelstand*, (5) *materiële bronne*, (6) *misdaad*, en (7) *slange*.

6.6 Persoonlike hanteringstrategieë van die versorgers (sekondêre doelstelling 2)

As tweede sekondêre doelstelling is die MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers se persoonlike hanteringstrategieë geëksploreer. Al die versorgers ($N = 34$) het 'n hanteringsmeganisme gerapporteer, insluitend die versorger wie geen vrese gedeel het nie. Meer as een strategie is deur 13 (38.2%) van die versorgers vermeld. In totaal is 49 hanteringstrategieë geïdentifiseer, wat gewissel het van 1 tot 3 per versorger.

Soos die kinders se hanteringstrategieë, kon die versorgers se persoonlike hanteringsmeganismes beskryf word in terme van drie breë dimensies, naamlik (1) *primêre*, (2) *sekondêre* en (3) *hopelose kontrole meganismes*. Onderliggend aan die breë dimensies is 'n totaal van agt sub-dimensies geïdentifiseer (Tabel 16).

Tabel 16

Persoonlike Hanteringstrategieë van die MIV/Vigs-geaffekteerde Versorgers

Sub-dimensie	%Dimensie	%Strategieë ^a	Spesifieke strategieë (<i>f</i>)
<i>Primêre kontrole</i>			
Voorkomende optrede	56.3	18.4	Sekuriteitsvoorsorgmaatreëls (3), gesond eet (3), medikasie (2), beskerming teen besmetting (1).
Vermydende optrede	25.0	8.2	Hardloop weg (3), skakel TV af (1).
Ontsluiting	18.8	6.1	Direk (1), indirek (1), nog nie volvoer (1).
Totaal primêre kontrole^b	100.1^c	32.7	
<i>Sekondêre kontrole</i>			
Soek ondersteuning	60.0	36.7	Sosiaal (10), spiritueel (7), intellektueel (1).
Kognitiewe strategieë	26.7	16.3	Kognitiewe herstrukturering (3), aandagafleiding (2), ignorering (1), dink nie daaraan, gee tyd dat dit uit gedagtes gaan (1).
Afsondering	13.3	8.2	Slaap (2), vat boek en maak asof hoofpyn het (1), sit alleen en luister radio (1).
Totaal sekondêre kontrole^d	100.0	61.2	
<i>Hopelose kontrole</i>			
Doen niks	66.7	4.1	Doen niks (1), niks wat kan doen (1).
Weet nie	33.3	2.0	Weet nie (1).
Totaal hopelose kontrole^e	100.0	6.1	

Nota. In 14 (41.2%) gevalle is meer as een spesifieke hanteringstrategie gerapporteer.

^a*N* = 49. ^b*n* = 16. ^cPersentasie tel nie op tot 100.0, as gevolg van afronding. ^d*n* = 30. ^e*n* = 3.

6.6.1 Primêre kontrole meganismes

Ongeveer ‘n derde (32.7%) van die versorgers se hanteringstrategieë het direkte pogings behels om die bron van vrees te beïnvloed (*primêre kontrole meganismes*). Dit het ingesluit (1) *voorkomende optrede*, (2) *vermydende optrede*, en (3) *ontsluiting* (Tabel 16).

6.6.1.1 Voorkomende optrede

Voorkomende optrede was die *primêre kontrole meganisme* wat die meeste (56.3%) gerapporteer is (Tabel 16). Die versorgers het op vier maniere probeer om dit wat gevrees is te voorkom.

Eerstens het van die versorgers wat misdadadvrese gehad het, *sekuriteitsvoorsorgmaatreëls* getref. Spesifiek is in die huis gebly as dit donker is (vd. 8) en seker gemaak dat die deure gesluit is (vd. 23 en vd. 28).

Gesonde eetgewoontes was ‘n tweede voorkomende optrede strategie, waardeur gepoog is om optimale gesondheid te handhaaf. Twee MIV-positiewe ouers, wat besorg was oor hul persoonlike welstand (vd. 3 en vd. 7), en ‘n ongeïnfekteerde familiële versorger (vd. 13), wie se enigste vrees was om haar kind aan die dood af te staan, het doelbewuste pogings aangewend om gesonde eetgewoontes te promoveer in hul gesinne. Een van die ouers, ‘n 42-jarige enkellopende vader van ‘n 13-jarige dogter (vd. 7), het vertel: “Ek moet sorg dat ek gesonde groente eet...alles moet opgekook raak soos blomkool, butternut. Ek moet baie rooi beet eet wat ek miskien ook opkook. Sulke goeters...en knoffel wat ek miskien nou fyn maak of so”. Op die navorsers se vraag waar hy geleer het om gesond te eet, is soos volg gereageer:

Kyk die tyd toe ek begin uitvind ek het HIV-positief, toe was dit my plig om te uitvind vir die counsellor...en almal hierse (). Toe vra ek vir hulle nou hoe werk die besigheid...toe sit hulle vir my in die skool () jy moet net sorg dat jy gesonde groente eet, los die vetterige goeters.

Derdens het van die MIV-positiewe moeders voorkomend opgetree deur *medikasie* te gebruik (vd. 20 en vd. 29). Een moeder, wat bang was om dood te gaan aangesien daar niemand was om die toekomstige versorging van haar kind oor te neem nie (vd. 29), het byvoorbeeld vertel dat sy medikasie by die kliniek gaan haal het as sy siek was. Siekte was vir haar die simbool van ‘n risiko om te sterf.

Die vierde voorkomende optrede strategie is vermeld deur die ongeïnfekteerde pleegouer van ‘n 12-jarige MIV-positiewe meisie (vd. 5). Dié versorger het breedvoerig verduidelik hoe sy te werk gegaan het om te verseker dat ander lede van die huishouding nie *besmet* word, indien haar pleegkind gebloei of ‘n seerplek gehad het nie:

As [kind naam] bloei...en...as ek ‘n seer sien (op haar) moet ek die gloves vat. Dan moet ek self met haar werk as die voogouer...Ek het ‘n spesiale potjie...en dan het ek die gloves gekry. Ek vra vir hulle. (Then) I do the sores. Maak dit skoon en dan sit ek die verband op...Maar dan vat ek nou die gloves en die ander goed, dan maak ek ‘n...sandgat-tipe van ding...maak dit toe.

Hierdie strategie was klaarblyklik effektief, aangesien die versorger geen vrees vir besmetting gerapporteer het nie.

6.6.1.2 Vermydende optrede

Buiten voorkomende optrede, het die versorgers ook *vermydende optredes* gerapporteer as ‘n tipe *primêre kontrole meganisme* (Tabel 16). Die versorgers wat slangvrees gehad het (vd. 18 en vd. 24), het vertel dat hulle sou weghardloop, indien daar konfrontasie met slang sou wees. Een van hierdie versorgers wie se kind uitsluitlik negatiewe inligting van die televisie herroep het in verhouding tot sy primêre vrees vir bere (vd. 18), het bykomend gerapporteer dat sy die televisie sou afskakel, indien daar vreeswekkende programme op was. ‘n Versorger wat ‘n misdadadvrees gehad het vir skollies (vd. 26), het vertel dat sy wegghardloop en vinniger geloop het as sy vreemdelinge gesien het.

6.6.1.3 Ontsluiting

Ontsluiting is ‘n derde *primêre kontrole meganisme* wat deur die versorgers gerapporteer is (Tabel 16). Die versorgers se ontsluitingstrategieë het op drie maniere gemanifesteer.

Een MIV-positiewe moeder, wat voorheen bekommerd was oor haar persoonlike welstand, het haar familie *direk* vertel (vd. 12). ‘n Ander moeder met MIV/Vigs hierteenoor, het *indirekte* ontsluiting gebruik (vd. 22). Dié moeder, wat bang was om haar dogter van haar (moeder) se status te vertel, het naamlik MIV/Vigs-pamflette aan haar kind gegee en gevra wat sy sou doen indien haar ma MIV-positief was. Die meisie het gesê sy sou haar moeder help, vir haar kook en ondersteun. ‘n Derde versorger het direkte ontsluiting as ‘n hanteringstrategie *geïdentifiseer* (vd. 17), maar het nog nie die moed gehad om haar seuns oor haar status te vertel nie.

6.6.2 Sekondêre kontrole meganismes

Die oorgrote meerderheid (61.2%) van die MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers se persoonlike hanteringstrategieë het ten doel gehad om optimaal aan te pas by die omstandighede waardeur vrees veroorsaak is, of om die onaangename gevoelens te reguleer wat daarmee gepaard gegaan het. Hierdie *sekondêre kontrole meganismes* het behels (1) *soek ondersteuning*, (2) *kognitiewe strategieë*, en (3) *afsondering* (Tabel 16).

6.6.2.1 Soek ondersteuning

Van die totale aantal hanteringstrategieë wat deur die versorgers gerapporteer is, is pogings om ondersteuning te verkry die meeste vermeld (36.7%). Diensooreenkomstig was *soek ondersteuning* die *sekondêre kontrole meganisme* wat die meeste voorgekom het (60.0%). *Sosiale, spirituele en intellektuele* ondersteuning is gesoek (Tabel 16).

Van die soek ondersteuning strategieë, is wending na *sosiale ondersteuning* die meeste gerapporteer (55.6%). Familie, bure, vriende, polisie, MIV/Vigs-ondersteuningsgroepe, beraders, dieetkundiges en dokters is vermeld as sosiale ondersteuningsfigure. ‘n MIV-positiewe wedumoeder, wat reeds 14 jaar geweet het van haar status, het gesê: “My dokter is my vrind” (vd. 31). Sy het verder verduidelik hoe bywoning van MIV/Vigs-ondersteuningsgroepe haar gehelp het:

Want jy kom daar, dan kry jy iemand wat meer ‘n groot probleem het as jy. Dan sien jy ook self nee daardie probleem wat vir my so laat siek voel het, daardie een se probleem is erger as myne.

Daar is ook *spirituele ondersteuning* gesoek. As strategie om hul vrese te hanteer het die versorgers *intrinsieke* spirituele strategieë gerapporteer soos gebed en geloof (sien Afdeling 3.5.1.1). ‘n MIV-positiewe moeder wie vrese gerapporteer het oor haar geïnfecteerde dogter se welstand, asook vir ontsluiting aan familie en vriende, het gesê: “Ek is baie geestelik. Ek glo in God...ek hou maar net vas aan hom” (vd. 34).

Gedurende verskeie onderhoude het dit na vore gekom dat die versorgers ook kerk en ander godsdienstige groepe bygewoon het. Sodanige *organisatoriese* spirituele hanteringsmeganismes (sien Afdeling 3.5.1.1), is egter nie eksplisiet in

verband gebring met hul vrese nie. Oorwegend is opgemerk dat die kerk nie ingelig is oor die versorgers en hul kinders se verwantskap aan MIV/Vigs nie, ten einde stigmatisering te voorkom. Een familiële versorger het byvoorbeeld vertel dat mede-gemeentelede nie oor die status van haar MIV-positiewe dogter ingelig is nie, om skinderpraatjies te verhoed (vd. 13). ‘n Ander MIV-positiewe moeder het slegs selektief ontsluit:

Maar by [kerkgroep] kan jy dit mos nie vir enigiemand sê nie. Maar die priester weet ek is siek, want hy’s my neighbour en as partykeer as ek siek is, hy ry my. Hy (vat) my hospitaal toe en al daardie goeters. (vd. 31)

Nog ‘n pleegmoeder, wat geloof vermeld het as enigste hanteringstrategie vir haar vrees oor die welstand van haar MIV-positiewe dogter, het egter gesê: “Ag nee, ek gaan nie meer vandag kerk toe nie” (vd. 19). Haar vorige gemeentelede se reaksies was belangstellend, toe dit bekend geword het dat een van die meisies in haar sorg MIV-positief was, alhoewel skok waargeneem is in die wyse waarop gereageer is.

Vir een MIV-positiewe moeder, wat ‘n gemeenskapsberader was (vd. 3), was *soeke na intellektuele ondersteuning* ‘n strategie om haar vrese te hanteer. Ten einde kommer oor haar persoonlike welstand te verlig, het sy aktief uitgegaan om meer inligting te bekom oor MIV/Vigs. Hierdie versorger het ook gerapporteer dat *sosiale* ondersteuning gesoek is.

6.6.2.2 Kognitiewe strategieë

Verstandelike prosesse om die emosionele impak van vrees te verlig, en aktiwiteite wat ten doel het om ‘n persoon se aandag af te lei (*kognitiewe strategieë*), het ongeveer ‘n kwart (26.7%) van die *sekondêre kontrole meganismes* verteenwoordig wat gerapporteer is deur die versorgers (Tabel 16).

Sommige geïnfekteerde versorgers, wat MIV/Vigs-verwante vrese ervaar het oor hulle persoonlike of kinders se *welstand*, het kognitiewe strategieë vermeld. Twee van hierdie versorgers het vorme van *kognitiewe herstrukturering* gebruik. Die een moeder, wat voorheen bang was vir die dood (vd. 4), het haarself vertel dat MIV/Vigs nie ‘n doodstraf was nie. Die ander moeder wat bevrees was, omdat sy nie geweet het wanneer haar sogenoemde *ondergang* sou wees nie (vd. 25), het vertel dat sy haar gewete uitgewerk het en met goeie goed hernu het. Haar metgesel het haar hiermee bygestaan. Die oorblywende kognitiewe meganismes wat vir die hantering van MIV/Vigs-verwante vrese gerapporteer is het behels, ignorering van hoofpyne (vd. 1), bly besig en kommunikeer met ander, sodat nie dink aan doodgaan (vd. 11), en gee tyd dat dit uit gedagtes gaan (vd. 34).

Die oorblywende kognitiewe strategieë is vermeld deur versorgers wat *misdadivrese* gehad het. Een versorger het byvoorbeeld gesing en haar aandag op iets anders probeer kry as sy bang was vir inbrekers (vd. 6). Die vader wat bevrees was om bang te wees (vd. 16), het vir homself gesê dit moet in die gesig gekyk word.

6.6.2.3 Afsondering

Afsondering, omskryf as vermyding van sosiale interaksie, is ‘n derde *sekondêre kontrole meganisme* wat deur die versorgers vermeld is om hul vrese te hanteer (Tabel 16). Die MIV-positiewe versorgers wat hierdie strategieë gerapporteer

het, het hulself geïsoleer deur te rus en te slaap (vd. 1 en vd. 9), 'n boek te vat en 'n hoofpyn voor te gee (vd. 27), of alleen te sit en radio te luister (vd. 31). Laasgenoemde versorger het vertel dat sy daarna *sosiale ondersteuning* sou soek, deur 'n MIV/Vigs-ondersteuningsessie by te woon.

6.6.3 Hopelose kontrole meganismes

Enkele versorgers het versuim om pogings aan te wend, ten einde hul vrese te verlig of was nie in staat om hanteringstrategieë te identifiseer nie. Hierdie *hopelose kontrole meganismes* het 6.1% verteenwoordig van die totale aantal persoonlike hanteringstrategieë wat gerapporteer is deur die versorgers (Tabel 16). Daar is óf vermeld dat hulle *nie geweet* het nie (vd. 17), óf dat *niks gedoen* is nie (vd. 21 en vd. 34). Twee van die drie versorgers wat *hopelose kontrole meganismes* gerapporteer het (vd. 17 en vd. 34), het nietemin ander hanteringstrategieë vermeld. Die derde versorger, 'n MIV-positiewe moeder, wat bekommerd was oor die toekomstige versorging van haar kind (vd. 21), het slegs vermeld dat niks gedoen is om haar vrees te hanteer nie.

6.6.4 Samevatting (sekondêre doelstelling 2)

Die MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers se persoonlike hanteringstrategieë het drie breë hanteringsdimensies gereflekteer, naamlik (1) *primêre*, (2) *sekondêre* en (3) *hopelose kontrole meganismes*. Onderliggend aan hierdie breë dimensies was die sub-dimensies (1) *voorkomende optrede*, (2) *vermydende optrede*, (3) *ontsluiting*, (4) *soek ondersteuning*, (5) *kognitiewe strategieë*, (6) *afsondering*, (7) *doen niks*, en (8) *weet nie*.

6.7 Hoofstuksamevatting

In die voorafgaande hoofstuk is die bevindings sistematies weergegee, na aanleiding van die doelstellings van die studie. Die demografiese eienskappe van die teikengroep is eerstens beskryf, as agtergrond vir bevindings. In die volgende hoofstuk word die bevindings bespreek om die gestelde uitkomst te bereik.

HOOFSTUK 7

BESPREKING

In hierdie hoofstuk word die bevindings aangaande die vrese en hanteringstrategieë van die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders en hul versorgers bespreek, ten einde die doelstellings van die studie te bereik. Die doelstellings van die ondersoek was:

1. Om te oorweeg of die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders ‘n *spesiale populasie* was met betrekking tot hul *vrese* (primêre doelstelling 1).
2. Om te oorweeg of die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders ‘n *spesiale populasie* was met betrekking tot hul *hanteringstrategieë* (primêre doelstelling 2).
3. Die *leefwêreld* van die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders te leer ken deur hul *leerervarings* (primêre doelstelling 3).
4. Die MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers se *persoonlike vrese* te eksploreer (sekondêre doelstelling 1).
5. Die MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers se *persoonlike hanteringstrategieë* te eksploreer (sekondêre doelstelling 2).

As agtergrond vir die bespreking word die kinders en versorgers eerstens voorgestel.

7.1 Voorstelling van die deelnemers

Die teikenpopulasie was middel-kinderjarige MIV/Vigs-geaffekteerde kinders en hul volwasse versorgers in aanraking met die Wes-Kaapse Openbare Gesondheidstelsel, Suid-Afrika. Die volgende kinders en versorgers het hul vrese en hanteringsmeganismes gedeel in hierdie studie.

7.1.1 Voorstelling van die kinders

Die meeste seuns en meisies was MIV/Vigs-geaffekteerde kinders soos hierdie teikenpopulasie algemeen gedefinieer is in die literatuur (Wild, 2001; sien Afdeling 2.2). Self gesond en oningelig oor die werklike rede vir hul besoeke, is die kinders tipies in laerskooluniforms aangetref langs hul MIV-positiewe sibbe of versorgers, in die wagkamer van die gesondheidskliniek waar die studie onderneem is. Nietemin was daar ook dié teenoor wie daar geen geheimhouding was oor hul verwantskap aan MIV/Vigs nie. Hoeveel laasgenoemde kinders van MIV/Vigs verstaan het, en of die kinders wat oningelig was werklik niks geweet het nie, is nie ondersoek nie. Uit die literatuur is dit egter duidelik dat ontsluiting ‘n kontekstuele verskynsel is, wat deur verskeie veranderlikes beïnvloed word (Bettoli-Vaughan, Brown, Brown & Baldwin, 1998). Gevolglik is openbaarmaking nie sinoniem met begrip nie en verbergings beteken nie dat kinders geen vermoede het nie (Esposito et al., 1999; Murphy et al., 2006; Slavin et al., 1982).

Alhoewel in die minderheid, was daar ook dié kinders vir wie besoeke aan die gesondheidskliniek persoonlike doktersafsprake was. Reeds met skoene uitgetrek, het sommige langs hul versorgers gewag, sodat hulle dadelik ondersoek

kon word, wanneer dit hul beurt sou wees by die dokter. Vir party van hierdie kinders wat persoonlik geïnfekteer was, was dit 'n maandelikse roetine, met 'n onbekende rede. Ander het duidelik begrip getoon dat, ten opsigte van gesondheidstatus, hulle *anders* was as maats.

Dit is hierdie kinders wat, dikwels in hul moedertaal Xhosa, hul vrese en hanteringstrategieë gedeel het. Die persoonlike eienskappe van die kinders is saamgevat in Tabel 3.

As agtergrond vir die opkomende bespreking, word ook spesifiek verwys na die GHD-resultate. Die gemiddelde GHD-telling was laag (sien Tabel 3), wat veronderstel dat die teikengroep 'n ondergemiddelde nie-verbale kognitiewe maturasievlak gehad het (Harris, 1963; Keller, 2001). Daar is egter drie redes waarom hierdie bevinding met sorg geïnterpreteer moet word. *Eerstens* is die GHD 'n meetinstrument wat slegs in breë terme 'n indikasie gee van kinders se kognitiewe ryping (Loxton, 2004). *Tweedens* is daar nie plaaslike norme beskikbaar vir die GHD nie. *Derdens* was die kinders in hul middel-kinderjare. Dit is bekend dat die GHD ouer kinders se kognitiewe vermoëns te laag mag skat (Harris, 1963).

Die bevinding is nietemin in lyn met vorige bevindings aangaande MIV/Vigs-geïnfekteerde kinders se intellektuele vermoëns (Armstrong et al., 1993; Nozyce et al., 2006). Aangesien die GHD ook beskou word as 'n toepaslike meetinstrument vir die Suid-Afrikaanse konteks, ten spyte van beperkings (Loxton et al., 2006), word die lae GHD-telling geïnterpreteer as 'n aanduiding dat die teikengroep as geheel, 'n laer as verwagte kognitiewe maturasievlak gehad het. Daar word egter beklemtoon dat hierdie telling slegs as 'n breë indikasie beskou kan word van die teikengroep se kognitiewe vermoë as 'n geheel, en nie vir ander doeleindes veralgemeen kan word nie.

Waar bevind is dat MIV/Vigs-geïnfekteerde kinders kognitief laag gepresteer het, is dit voorheen toegeskryf aan ongunstige omgewingsfaktore en, met betrekking tot kinders wat persoonlik geïnfekteer is, mag dit bykomend 'n fisiologiese grondslag hê (Armstrong et al., 1993; Nozyce et al., 2006; Sadock & Sadock, 2003). Beide verklarings kan die lae GHD-telling van die huidige teikengroep verduidelik.

7.1.2 Voorstelling van die versorgers

In lyn met Suid-Afrikaanse MIV/Vigs-statistiek (Departement Gesondheid, 2007; Noble, 2008), en soos dikwels in die literatuur omskryf (bv. Varga et al., 2005), was die meeste versorgers in hierdie studie werklose, MIV-positiewe moeders van reprodktiewe leeftyd en 'n voorheen benadeelde rassekultuur. Relatief gesond en die meeste reeds verskeie jare bewus van hul MIV-status, is die versorgers aangetref in die gesondheidskliniek se wagkamer, waar met hul kinders gewag is vir persoonlike of geïnfekteerde kinders se doktersondersoeke. Daar was egter ook die MIV-positiewe vader, deur sy vrou verlaat en enkelouer van sy dogter. Daar was die vroue, MIV-positief én ongeïnfekteer, wat familieledes se kinders aangeneem het soos hul eie. Daar was die ongeïnfekteerde pleegouers wat hul MIV-positiewe pleegkinders vir doktersondersoeke gebring het. Alhoewel die meeste versorgers dus voldoen het aan die prototipiese beeld van 'n MIV/Vigs-geïnfekteerde versorger, is 'n heterogene populasie versorgers gevind in die wagkamer by die studiekonteks. Dit

is hierdie versorgers wat vertel het van hul kinders se vrese en hanteringsmeganismes, asook dit wat persoonlik gevrees is en hoe dit hanteer is. Die persoonlike eienskappe van die versorgers is saamgevat in Tabel 3.

7.1.3 Sosiaal-huishoudelike omgewing van die deelnemers

MIV/Vigs-statistiek toon dat die armste en kwesbaarste huishoudings in Suid-Afrika die meeste geaffekteer word deur MIV/Vigs (Departement Gesondheid, 2007). Wat armoede behels in die Suid-Afrikaanse MIV/Vigs-konteks, is waarskynlik weerspieël in die sosiaal-huishoudelike omgewing van die meeste kinders en versorgers. Oor die algemeen was die begrip *huis* vir die deelnemers ‘n *shack*, want dit is hoe die versorgers die sinkstrukture beskryf het waarin hulle gebly het, of ‘n staatsgesubsidieerde wooneenheid. Toegang tot elektrisiteit en basiese toiletgeriewe was nie ‘n realiteit in al die huishoudings nie. In baie was daar meer inwoners as vertrekke en in aansluiting by die hoë inwonergetal was die kinders selde alleen en sonder volwasse toesig na skool. Na aanleiding van die beperkte lewensruimte waardeur die meeste huishoudings gekenmerk is, kan veronderstel word dat die kinders ook selde snags geslaap het sonder die nabyheid van ander.

Ook met betrekking tot die deelnemers se sosiaal-huishoudelike omstandighede was daar uitsonderings. Van die versorgers se beskrywings is afgelei dat sommige huise goed toegeruste wonings was, waar die omstandighede vergelyk het met dié van ‘n middel tot hoë sosio-ekonomiese agtergrond tradisionele kerngesin. Dit was egter beperk tot enkele gevalle. Laastens was daar ook dié enkele kinders wat opgegroeï het in verskillende tipes kinderhuise. Alhoewel hierdie kinders grootgeword het onder onnatuurlike omstandighede (Burkhardt, 2003; Harden, n. d.), was hul huishoudelike omstandighede oorwegend beter as dié van hul portuurs in die studie (sien Afdeling 6.1.3).

Dit is die sosiaal-huishoudelike omgewing van die deelnemers, soos voorgestel na aanleiding van die demografiese data wat verstrekkend is deur die versorgers (sien Tabel 4). Na sodanige feitlike kennis oor die lewensomstandighede van Suid-Afrika se MIV/Vigs-geaffekteerde populasie, is voorheen verwys as *swart* en *wit* data. Hoe dit beleef en daarop gereageer word, is die *grys* areas wat nog grotendeels onontdek is (Ebersöhn & Eloff, 2002). As eksploratiewe ondersoek is hierdie een van die eerste ondersoeke om *kleur* te gee aan die belewenis van Suid-Afrika se MIV/Vigs-geaffekteerde kinders en versorgers in aanraking met die Openbare Gesondheidstelsel.

7.2 Vrese van die kinders (primêre doelstelling 1)

Die eerste primêre doelstelling was om te oorweeg of die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders as gevolg van hul omstandighede besondere vrese ervaar het. Dit is, of die teikengroep ‘n *spesiale populasie* was met betrekking tot hul vrese. Die bevindings aangaande die kinders se vrese word bespreek teen die agtergrond van bestaande literatuur, ten einde ‘n gevolgtrekking te kan maak.

7.2.1 Vreesstruktuur (self-rapportering)

Die *totale* versameling vrese wat deur die kinders gerapporteer is, kon beskryf word in terme van 12 vreeskategorieë. In dalende orde van voorkoms is die kategorieë (rangposisie in hakies): (1) *Wilde diere*, (2) *huishoudelike diere, regte persone*, (3) *fisiese leed, dood, medies*, (4) *fantasiekarakters, akwatiese diere, slaapydvrese*, (5) *insekte, sosiaal en skade aan ander*. Dit vorm die *self-gerapporteerde vreesstruktuur* van die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders (sien Tabel 5).

Om kortliks te herhaal, kon die kinders se vrese tot 'n groot mate suksesvol opgesom word in terme van die bestaande kategorieë van Loxton (2004; sien Afdeling 5.6.1.2). Al beperking was dat die a priori koderingsraamwerk nie spesifiek voorsien het vir die *dood* en *sosiale* vrese wat deur die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders gerapporteer is nie. Twee addisionele kategorieë moes dus geskep word om die datastel optimaal te akkommodeer. Vrese vir die *dood* en *sosiale* kwessies is voorheen geïdentifiseer in studies aangaande normatiewe kindervrese (bv. Du Plessis, 2006; Muris, Merckelbach, Gadet et al., 2000; Muris, Merckelbach & Luijten, 2002; Muris, Merckelbach, Mayer et al., 2000). Aangesien al die kinders se vrese dus voorgestel kon word in terme van kategorieë wat voorheen geïdentifiseer is by normatiewe teikengroepe, is die eerste indruk dus nie dat besondere vrese ervaar is nie.

Die koderingsraamwerk van Loxton (2004) is egter gebaseer op die datastel van 'n voorskoolse teikengroep en dus kinders wat jonger was as die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders. Uit die literatuuroorsig was dit duidelik dat kindervrese lewenstadiumspesifiek is (Gullone, 1999; 2000; Weems & Costa, 2005; sien Afdeling 3.1.1.1). Wat dus normatiewe vrese is vir voorskoolse kinders, mag besonder wees indien dit ervaar word deur middel-kinderjariges, soos die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders. Aangesien hul vrese beskryf kon word in terme van dieselfde kategorieë as dié van voorskoolse teikengroepe, sal die afleiding gemaak kan word dat die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders se vrese meer *kinderlik* was as wat verwag sal word. Daar is aanduidings dat dit moontlik 'n eienskap is van kinders met beperkte intellektuele vermoëns (Derevensky, 1979), wat in lyn is met kognitiewe teoretici se veronderstelling dat daar 'n verband is tussen kognitiewe maturasie en kinders se vrese (sien Afdeling 4.2.1). Die lae gemiddelde GHD-telling van die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders, ondersteun sodanige afleiding.

Daar is egter twee uitstaande kenmerke aan die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders se vreesstruktuur wat toon dat ouderdomsverwagte vrese gerapporteer is. *Eerstens* is die *dood* en *sosiale* kategorieë wat geskep is kenmerkend. Hierdie vrese ontstaan gedurende die middel-kinderjare (Botha et al., 2001; Louw, Van Ede et al., 2001; Mash & Wolfe, 2005) en word selde deur voorskoolse kinders gerapporteer (Keller, 2001; Loxton, 2004; Martalas, 1999; sien Tabel 1). Die ontstaan van vrese wat verband hou met die dood en sosiale kwessies kan onderskeidelik toegeskryf word aan kognitiewe maturasie en die uitbreiding van middel-kinderjariges se sosiale grense, as formele skoolopleiding 'n aanvang neem aan die begin van hierdie lewenstadium (Louw, Van Ede et al., 2001).

In dié verband is dit opmerklik dat *sosiale vrese* in die laagste rangposisie is van die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders se self-gerapporteerde vreesstruktuur (sien Tabel 5). Dit is verklaarbaar teen die agtergrond van die kinders se kultuur. Navorsing het getoon dat kinders in Westerse lande soos Amerika meer *sosiale vrese* gerapporteer het as kinders in nie-Westerse, kollektivisties-geörienteerde lande soos Afrika (Gullone, 2000; Ollendick et al., 1996; sien Afdeling 3.1.1.3). Dit

is moontlik dat die belang van groepsdoelwitte en samehorigheid in kollektivistiese kulture (Botha et al., 2001), tot gevolg het dat kinders met sodanige herkoms, soos die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders, minder geneig is om *sosiale vrese* te ervaar as kinders in Westerse lande, waar daar 'n fokus is op individuele prestasie. In lyn hiermee was *sosiale vrese* ook nie deel van die algemeenste vrese wat gerapporteer is deur vorige plaaslike middel-kinderjarige teikengroepe nie (Burkhardt et al., 2003; Du Plessis, 2006).

Die *tweede* ouderdomsverwagte eienskap van die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders se self-gerapporteerde vreesstruktuur, is dat vrese vir *fantasiekarakters* slegs 'n klein persentasie daarvan verteenwoordig (sien Tabel 5). In vorige studies oor middel-kinderjariges se vrese, is *fantasiekaraktersvrese* ook óf nie geïdentifiseer nie, óf was dit nie onder die vyf vrese wat die meeste gerapporteer is nie (Burkhardt et al., 2003; Derevensky, 1979; Muris et al., 1997; Muris, Merckelbach, Mayer et al., 2000; Muris, Merckelbach, Ollendick et al., 2002; sien Tabel 1). Jonger teikengroepe hierteenoor het sodanige vrese dikwels met 'n hoë frekwensie vermeld (Keller, 2001; Loxton et al., 2005; Martalas, 1999; sien Tabel 1). In die studie van Loxton (2004), was *fantasiepersone* byvoorbeeld die kategorie wat die tweede meeste voorgekom het. Vanuit 'n kognitiewe perspektief kan middel-kinderjariges se lae rapportering van *fantasiekaraktersvrese* toegeskryf word aan kognitiewe maturasie. Hiervolgens sou die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders tot 'n mindere of meerdere mate 'n vermoë gehad het om tussen fantasie en die werklikheid te onderskei, sodat denkbeeldige stimuli minder gevrees is (sien Afdeling 4.2.1). Dat fantasieverwante vrese gerapporteer is deur die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders, is egter nie ongewoon nie. Kognitiewe ontwikkeling vind naamlik geleidelik plaas, wat beteken dat middel-kinderjarige kinders nog in die proses is om hul *fantasievrese* van die voorskoolse jare te oorkom. Hierdie vrese word derhalwe steeds as normatief beskou gedurende die middel-kinderjare (Botha et al., 2001; Mash & Wolfe, 2005).

Oorweging van die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders se vreesstruktuur teen die agtergrond van hul ouderdom en kultuur, toon dus geen besondere eienskappe nie. Indien die teikengroep 'n ondergemiddelde kognitiewe maturasievlak gehad het, het dit klaarblyklik nie hul vrese beïnvloed nie. Alhoewel teenstrydig met die bevinding van Derevensky (1979), waarna verwys is in die voorafgaande bespreking, ondersteun dit die bevinding van Muris, Merckelbach en Lijten (2002), wat geen beduidende verskille gevind het tussen die vrese van kinders met beperkte intellektuele vermoëns en 'n normatiewe teikengroep nie. Daar is egter bygevoeg dat meer gedetailleerde ontleding 'n ander gevolgtrekking tot gevolg sou kon gehad het.

Nietemin is daar twee kategorieë in die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders se vreesstruktuur wat as sodanig nie ongewoon is nie, maar uitstaan as die dataversamelingsmetode oorweeg word. Navorsing het getoon dat die vrese wat deur kinders gerapporteer is verskil het, afhangend van die metode wat vir data-insameling gebruik is (Burkhardt, 2002; 2003; Muris et al., 1997). Die kategorieë waarop die aandag gevestig word is die *mediese* kategorie en weereens die kategorie *dood*. Siekteverwante kwessies en mediese toerusting soos inspuitings word, soos die dood algemeen gevrees deur middel-kinderjariges (King et al., 1990; Mahat et al., 2004). Hierdie tipes vrese is dikwels vermeld wanneer 'n leidende metode (VOS-studies) geïmplementeer is om kinders se vrese te ondersoek (sien Tabel 2), maar nie as kinders soos in hierdie studie uitgevra is na hul vrese, sonder om opsies voor te hou nie (VOM-studies; sien Tabel 1). Die aanname is dat vrese wat spontaan deur kinders gerapporteer word, vrese is met persoonlike betekenis (Mooney et al., 1985). Hierteenoor is sommige navorsers van mening dat vrese wat deur leidende dataversamelingsmetodes geïdentifiseer word nie werklike vrese is nie,

maar kinders se negatiewe emosies reflekteer in reaksie op gedagtes aan vreeswekkende stimuli (McCathie & Spence, 1991; Muris et al., 1997). Dit impliseer dat die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders se *dood* en *mediese* vrese besondere persoonlike relevansie gehad het, moontlik meer as vir die kinders in vorige VOS-studies.

Opmerklik egter, is dat *doodvrese* ook spontaan gerapporteer is deur die multi-kulturele teikengroep middel-kinderjarige deelnemers aan Burkhardt et al. (2003) se plaaslike studie. Dit veronderstel dat daar 'n besondere eienskap mag wees aan die Suid-Afrikaanse konteks oor die algemeen, wat aanleiding gee tot spontane vermelding van *doodvrese* deur plaaslike kinders en nie slegs deur die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders nie. Alhoewel, *doodvrese* was nie deel van die 10 vrese wat die meeste deur die Swart kinders in Burkhardt et al. (2003) se studie gerapporteer is nie, wat daarop dui dat daar moontlik wel iets besonder was aan die omstandighede van die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders as hul rassekultuur oorweeg word. Ter ondersteuning het Du Plessis (2006) bevind dat *doodvrese* beduidend minder gerapporteer is deur Swart as deur Wit Suid-Afrikaanse middel-kinderjarige kinders.

In teenstelling met *doodvrese*, is *mediese* vrese nie spontaan deur Burkhardt et al. (2003) se plaaslike deelnemers gerapporteer nie. Dit veronderstel verder dat daar iets besonder was aan die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders se leefwêreld, wat hul vrese beïnvloed het. Omstandighede wat hulle onderskei het nie slegs van internasionale nie, maar ook van plaaslike portuurs oor die algemeen en kultuurgenote spesifiek. In dié verband is die verrykende bevinding dat die *mediese* vrese oorwegend deur die MIV-positiewe kinders gerapporteer is. Die unieke omstandighede het dus klaarblyklik in besonder betrekking gehad op hierdie kinders, wat in lyn is met die intuïsie en literatuur aangaande kinders met kroniese siektes (King et al., 1990).

Die vreesstruktuur van die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders reflekteer dus normatiewe en ouderdomsgepaste eienskappe. Teen die agtergrond van die dataversamelingsmetode en die kinders se rassekultuur, is daar nietemin aanduidings dat besondere vrese ervaar is, wat per definisie beteken dat die teikengroep 'n *spesiale populasie* was met betrekking tot hul vrese. Oorweging van die drie breë temas, wat geïdentifiseer is onderliggend aan die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders se vreesstruktuur (sien Tabel 7), verskaf bykomende insig oor die aard van hul vrese.

7.2.2 Onderliggende vreestemas

Die drie breë temas wat gevind is onderliggend aan die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders se vreesstruktuur, is (1) *diere*, (2) 'n *Suid-Afrikaanse MIV/Vigs-konteks*, en (3) *kindwees*. Hierdie temas het onderskeidelik 59.7%, 34.6%, en 5.6% van die kinders se totale aantal vrese verteenwoordig (sien Tabel 7).

Die oorheersende hoeveelheid *diervrese* en spesifiek vrese vir *wilde diere*, waarvan slangvrese die meeste gerapporteer is (sien Tabel 5), is nie onverwag nie. *Eerstens* is herhaaldelik bevind dat vrese vir diere die algemeenste gerapporteer is, wanneer 'n nie-leidende dataversamelingsmetode gebruik is (bv. Burkhardt et al., 2003; Keller, 2001; Loxton, 2004; Martalas, 1999; Muris et al., 1997; Muris, Merckelbach, Mayer et al., 2000; Muris, Merckelbach, Ollendick et al., 2002). *Tweedens* toon navorsing dat *wilde dier* vrese en veral slangvrese veral algemeen voorkom onder kinders in Suid-Afrika (Burkhardt, 2003; 2007; Burkhardt et al., 2003; Du Plessis, 2006; Keller, 2001; Loxton, 2004; Martalas, 1999) en ander Afrika-lande (Ollendick et al., 1996), asook onder kinders met ander kollektivistiese kulture (Elbedour, Shulman & Kedem,

1997). Die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders se vrese vir *wilde diere* en *slange* is dus in lyn met wat verwag sal word teen die agtergrond van hul nasionaliteit en kultuur. Die eerste en mees gerapporteerde breë tema in die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders se vreesstruktuur, dui dus nie op besondere vrese nie.

Soos die naam van die tweede breë tema impliseer, het die kinders nietemin vrese gerapporteer wat omstandigheidspesifieke eienskappe weerspieël, dit is 'n *Suid-Afrikaanse MIV/Vigs-konteks*, soos reeds veronderstel is deur die *dood* en *mediese* kategorieë in hul vreesstruktuur. Inspeksie van die kinders se spesifieke vrese in die kategorieë *regte persone*, *fisiese leed*, *sosiaal* en *skade aan ander*, dui ook op besondere omstandighede, alhoewel dit nie waarneembaar is op die oppervlak nie. Die belang van Muris, Merckelbach en Luijten (2002) se opmerking dat dit te beperk mag wees om slegs breë vreeskategorieë te ontleed, ten einde besondere vrese te identifiseer, word hierdeur beklemtoon.

In die kinders se vrese vir *regte persone*, *fisiese leed* en *skade aan ander* het die temas van *misdaad*, *geweld* en 'n *onveilige vervoerstelsel* na vore gekom (sien Tabel 7). Hierdie is eienskappe van die Suid-Afrikaanse konteks en spesifiek die areas waar die voorkoms van MIV/Vigs die hoogste is, soos waar die huidige studie onderneem is (Dawes et al., 2006; Departement Gesondheid, 2007). In sommige van die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders se vrese is hierdie onderwerpe opsigtelik. Die vrese wat vir *skollies* (straatboewe) en *motorongelukke* gerapporteer is, hou byvoorbeeld ooglopend verband met onderskeidelik *misdaad* en 'n *onveilige vervoerstelsel*. Uit die onderhoude was dit egter duidelik dat ook hul vrese vir byvoorbeeld *vreemdelinge* en vir sommige die *dood*, gemotiveer is deur misdaad in die omgewing.

Dit is egter vrese wat met ander Suid-Afrikaanse kinders gedeel word. Burkhardt et al. (2003) het bevind dat *wapens*, *misdaad*, *bendes* en *vervoer*, onder die tien algemeenste vrese was wat deur middel-kinderjarige Suid-Afrikaanse kinders gerapporteer is. Ook Du Plessis (2006) se 10- tot 14-jarige plaaslike deelnemers het vrese vir *verkragting* en *moord* gerapporteer, toe hulle versoek is om addisionele vrese aan te teken wat nie deur 'n VOS-tipe vreeslys gedek is, wat bykomend geadminestreer is nie. Daar blyk dus weereens besondere eienskappe te wees aan die Suid-Afrikaanse konteks oor die algemeen, wat aanleiding gee tot *misdaad*- en *vervoerverwante* vrese by Suid-Afrikaanse kinders, bykomend tot die *doodvrese* wat reeds bespreek is. Die bevindings aangaande die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders veronderstel dat hierdie eienskappe ook hul leefwêreld gekenmerk het.

Teen die agtergrond van internasionale studies sou afgelei kon word dat hierdie vrese lae sosio-ekonomiese omstandighede reflekteer. Daar is bevind dat vrese vir *misdaad*, *vreemdelinge* en die *dood* meer gerapporteer is deur kinders met 'n lae as met 'n hoë sosio-ekonomiese agtergrond. Hierteenoor het kinders met 'n hoë sosio-ekonomiese agtergrond meer transportvrese gerapporteer (Angelino et al. in Burkhardt et al., 2003; Gullone, 2000). Dat die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders dus vrese gerapporteer het, wat klaarblyklik kenmerkend is aan kinders met 'n lae asook 'n hoë sosio-ekonomiese agtergrond, is 'n verdere aanduiding dat hul omstandighede besonder was.

In die *dood*, *mediese* en *sosiale* kategorie is *MIV/Vigs-verwante* vrese gerapporteer, wat die MIV/Vigs-deel reflekteer van die kinders se konteks. In verhouding tot *misdaadverwante* vrese, het MIV/Vigs-vrese relatief min voorgekom, wat teenstrydig is met die idee van 'n MIV/Vigs-geaffekteerde teikengroep. Dit is egter konsekwent met die ervaring van Roth et al. (1994) met MIV/Vigs-geaffekteerde kinders in Amerika. Hierdie navorsers het opgemerk dat MIV/Vigs vir die

kinders waarmee gewerk is, slegs een komponent was van 'n groter realiteit van psigo-sosiale stresfaktore (bv. geweld). Die huidige bevindings dui daarop dat dit ook die geval was met betrekking tot die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders.

Daar is egter ook verskeie verklarings waarom min MIV/Vigs-verwante vrese gerapporteer is. *Eerstens* was die meeste kinders nie ingelig oor hul verwantskap aan MIV/Vigs nie (sien Tabel 3). *Tweedens* het navorsing getoon dat MIV/Vigs-geaffekteerde kinders oor tyd klaarblyklik vergeet het van hul naasbestaendes se MIV-positiewe statusse (Murphy et al., 2006). Die ontsluitingsgebeurtenis aan die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders in hierdie studie het gemiddeld 2.8 jaar tevore plaasgevind (sien Tabel 3). Dit is 'n relatief lang periode vir 'n kind, en moontlik het van die kinders wat ingelig was al daarvan vergeet. *Derdens* het navorsing getoon dat kinders geneig is om nie spontaan oor hul MIV/Vigs-verwante vrese te praat nie (Brown et al., 1994), alhoewel dit toenemend een van die algemeenste vrese is wat deur kinders gerapporteer word, indien 'n leidende metode vir dataversameling gebruik word (Gullone & King, 1993; Muris & Ollendick, 2002), insluitend in Suid-Afrika (Burkhardt, 2007; Peltzer & Promtussananon, 2003). Dat MIV/Vigs-vrese wel sonder leiding deur die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders gerapporteer is, is dus nietemin betekenisvol en, soos voorgestel met betrekking tot hul *mediese* vrese oor die algemeen, veronderstel dit iets besonders van hul leefwêreld wat persoonlik relevant was vir die kinders. Die geld hier weer hoofsaaklik met betrekking tot die kinders wat persoonlik geïnfekteer was.

Die derde onderliggende tema wat geïdentifiseer is in die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders se vreesstruktuur is *kindwees*. Die tipiese belewenis van 'n kind is naamlik gereflekteer in die kategorieë *fantasiekarakters* en *slaaptydvrese*. Hierdie tema het slegs 'n klein persentasie van die kinders se vrese verteenwoordig (sien Tabel 7). *Slaaptydvrese* is ook nooit as primêre vrese gerapporteer nie (sien Tabel 6). Soos bespreek met betrekking tot die kinders se *fantasiekaraktervrese*, is dit in lyn met die verwagting gesien die teikengroep se lewenstadium. Daar is dus nie rede om te veronderstel dat die *kindwees* tema, iets besonders weerspieël van die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders se omstandighede nie.

Teen die agtergrond van die temas *diere* en *kindwees*, is daar dus nie aanduidings dat die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders besondere vrese ervaar het nie. In 'n substansiële minderheid van die kinders se vrese is daar nietemin eienskappe van 'n *Suid-Afrikaanse MIV/Vigs-konteks*, wat veronderstel dat omstandighedspeesifieke vrese ervaar is. Anders as wat verwag sal word van 'n MIV/Vigs-geaffekteerde teikengroep, kan afgelei word dat hierdie eienskappe oorwegend kenmerkend was aan die Suid-Afrikaanse konteks oor die algemeen, eerder as 'n MIV/Vigs-geaffekteerde leefwêreld. Nietemin is vrese gerapporteer met 'n eksplisiete MIV/Vigs-, dood- en/of mediesverwante tema. Dit veronderstel dat daar ook iets unieks was aan die omstandighede van die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders wat aanleiding gegee het tot besondere vrese. Dit mag veral geld met betrekking tot die kinders wat persoonlik geïnfekteer was.

7.2.3 Gevolgtrekking (primêre doelstelling 1)

Die eerste primêre doelstelling was om te oorweeg of die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders 'n spesiale populasie was met betrekking tot hul vrese. 'n *Spesiale populasie* is gedefinieer as teikengroepe wat as gevolg van besondere omstandighede unieke vrese ervaar (sien Afdeling 2.9). Die bevindings toon dat die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders omstandighedspeesifieke vrese ervaar het en dus dat hulle 'n *spesiale populasie* was met betrekking tot hul vrese. Hul vrese kon egter suksesvol beskryf word in terme van dieselfde vreeskategorieë as die vrese van kinders dwarsoor die wêreld.

Alhoewel die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders se vrese dus onderliggend omstandigheidspesifiek was, was dit ook normatief. Daar word derhalwe voorgestel dat:

- Die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders ‘n *normatiewe populasie* was wat *besondere vrese* ervaar het as gevolg van hul *spesiale omstandighede*.

Daar is aanduidings dat die MIV-positiewe kinders ‘n spesiale sub-populasie kon gewees het met betrekking tot hul vrese en dit regverdig verdere ondersoek.

7.2.4 Versorger-persepsie vrese

Die MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers se persepsies oor hul kinders se vrese is ingesamel, ten einde ‘n addisionele perspektief te verkry (Muris et al., 2001). Soos voorgestel deur Babbie en Mouton (2001), is die geldigheid en betroubaarheid van die bevindings bevorder deur ‘n derdepartyverslag in te win oor die kinders. Die kinders word egter beskou as die primêre informante in hierdie studie.

Die versorger-persepsie vrese, kon beskryf word in terme van 12 vreeskategorieë. In dalende orde van voorkoms is die volgende vrese gerapporteer: (1) *Huishoudelike diere*, (2) *wilde diere*, (3) *ander*, (4) *regte persone*, (5) *sosiaal, fisiese leed*, (6) *insekte, skade aan ander, medies, slaapydvrese*, (7) *fantasiekarakters* en *skieding*. Hierdie kategorieë vorm die *versorger-persepsie vreesstruktuur* van die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders (sien Tabel 8).

Tabel 9 illustreer vier verskille tussen die vreeskategorieë, soos gerapporteer deur onderskeidelik die kinders en die versorgers oor hul kinders. Die kinders het vrese vir die *dood* en *akwatiese diere* gerapporteer, wat nie deur die versorgers vermeld is nie. Aldus die versorgers, het die kinders vrese gehad vir *skieding* en ‘n verskeidenheid diverse vrese (*ander* kategorie) wat nie optimaal geakkommodeer kon word binne die kategorieë van die kinders se self-gerapporteerde vreesstruktuur, of gespesifiseerde kategorieë van Loxton (2004) se koderingsraamwerk nie (sien Afdeling 5.6.2.2). Die kategorieë *natuurverskynsels* en *alleenwees*, soos gedefinieer deur Loxton (2004), is nie deur die kinders óf die versorgers vermeld nie. Daar is dus dubbele getuienis dat dit nie vrese was wat algemeen ervaar is deur die kinders nie. Die kinders se self-gerapporteerde en die versorger-persepsie vreesstruktuur het dus tot ‘n groot mate ooreengestem. Dieselfde bevinding is gemaak deur vorige navorsers (Lahikainen et al., 2006; Mooney et al., 1985; Muris et al., 2001).

Daar was ook ooreenstemming met betrekking tot die rangposisies van die kategorieë in onderskeidelik die kinders se self-gerapporteerde en versorger-persepsie vreesstrukture. Die kategorieë wat die meeste vermeld is (*huishoudelike diere* en *wilde diere*) deur beide verslagdoeners was naamlik dieselfde, alhoewel die spesifieke rangordes omgekeerd was, met die versorgers wat meer vrese geïdentifiseer het vir *huishoudelike diere*, en die kinders wat meer *wilde dier* vrese gerapporteer het. Ook het verskeie van die kategorieë ooreengestem wat deur beide verslagdoeners die minste gerapporteer is, naamlik *fantasiekarakters*, *slaapydvrese*, *insekte* en *skade aan ander*. Soos met betrekking tot die kategorieë *natuurverskynsels* en *alleenwees*, is daar dus dubbele getuienis dat vrese vir *wilde diere* en *huishoudelike diere* prominent was vir die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders, terwyl vrese vir *fantasiekarakters*, *slaapyd*, *insekte* en *skade aan ander* selde ervaar is. Waar die

sosiaal-huishoudelike omgewing van die deelnemers aan die begin van hierdie hoofstuk beskryf is, is voorgestel dat die kinders waarskynlik selde alleen was, ook nie in die nag nie. Dit kan verklaar waarom *alleenwees*- en *slaaptydvrese* min voorgekom het, ten spyte daarvan dat ontwikkelingsielkundiges en internasionle navorsing veronderstel dat sodanige vrese algemeen deur middel-kinderjariges ervaar word (Botha et al., 2001; Mash & Wolfe, 2005; Muris et al., 2001).

Die kinders en versorgers se persepsies het verskil met betrekking tot die spesifieke vrees wat die meeste deur die kinders ervaar is. Volgens die versorgers is *honde* die meeste gevrees (sien Tabel 8). Hierteenoor het *slange* die meeste van die kinders se self-gerapporteerde vrese verteenwoordig (sien Tabel 5). Hierdie teenstrydige bevindings is verklaarbaar. Dit is naamlik klaarblyklik dat die kinders meer dikwels in aanraking was met honde as met slange, waar die versorgers geleentheid gehad het om hul kinders se vreesreaksies te observeer. In dié verband word tentatief verwys na die bevinding dat die kinders hul diervrese hoofsaaklik gerapporteer het in verhouding tot negatiewe inligting van die televisie. Van die versorgers het opgemerk dat hulle nie geweet het watter programme deur hul kinders gekyk is nie. Dit impliseer dat hulle dus ook nie teenwoordig sou gewees het om hierdie vrese te observeer in reaksie op televisieprogramme nie. Minder geleentheid vir observasie kan ook die ander kind-versorger verskille verklaar (Gullone, 2000).

Soos bevind is in vorige studies (Keller, 2001; Loxton, 2004), het die *ander* kategorie 'n relatiewe groot aantal van die versorger-persepsie vrese verteenwoordig (sien Tabel 8). Ook in verskeie van die kategorieë wat deur beide verslagdoeners gerapporteer is, het die versorgers spesifieke vrese gerapporteer wat nie deur die kinders genoem is nie. Dit is dus duidelik betekenisvol om 'n addisionele perspektief oor kinders se vrese te verkry.

In verband met die addisionele vrese wat deur die versorgers gerapporteer is, is die volgende opmerklik. Lahikainen et al. (2006) het voorgestel dat 'n verslagdoener waarskynlik dié vrese sal rapporteer wat die meeste persoonlike kwelling veroorsaak. Daar kan veronderstel word dat die emosionele impak van 'n versorger se persoonlike vrese groter sal wees, indien sy of haar kind dieselfde vrese openbaar en dat hierdie vrese van die kind gevolglik meer kwelling sal veroorsaak, as ander vrese wat die kind mag toon. Daar is aanduidings dat dit die geval was met betrekking tot die versorgers in hierdie studie. Unieke spesifieke vrese wat deur die versorgers oor hul kinders gerapporteer is, soos *pakslae*, om vir *mediese toetse* te gaan, *ma wat siek is* en *toekomstige versorging* as ma sou sterf, is voorbeelde van vrese wat moontlik persoonlike emosionele betekeniswaarde vir die versorgers gehad het (sien Tabel 9). Ter ondersteuning van sodanige afleiding, is die toekomstige versorging van kinders byvoorbeeld ook gerapporteer as 'n persoonlike vrees deur die versorgers (sien Tabel 15).

Die verskille wat voorgekom het tussen die kinders se self-gerapporteerde en die versorger-persepsie vrese verlaag nie die geldigheid en betroubaarheid van die bevindings nie. Dit is 'n tendens wat konsekwent voorgekom het in studies wat meer as een verslagdoener betrek het oor kinders se vrese (Keller, 2001; Loxton, 2004; Muris et al., 2001). Derhalwe mag dit iets reflekteer van die dinamika in 'n kind-versorger interpersoonlike verhouding wat universeel, maar ongeëksploreer is. Wat dit behels is nie in hierdie studie ondersoek nie, maar regverdig verdere ondersoek.

7.3 Hanteringstrategieë van die kinders (primêre doelstelling 2)

Die tweede primêre doelstelling was om te oorweeg of die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders 'n *spesiale populasie* was met betrekking tot hul hanteringstrategieë. Met ander woorde, of die hanteringstruktuur van die kinders besondere eienskappe toon en of omstandigheidspesifieke hanteringsmeganismes gerapporteer is. Die bevindings word vervolgens bespreek teen die agtergrond van bestaande literatuur, ten einde die gestelde doelwit te bereik.

7.3.1 Hanteringstruktuur (self-rapportering)

Die totale versameling hanteringstrategieë van die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders, kon beskryf word in terme van 8 hanteringskategorieë. In dalende orde van voorkoms is dit (rangposisie in hakies): (1) *Probleem-gefokusde vermyding*, (2) *direkte probleemoplossing, soek ondesteuning*, (3) *emosie-gefokusde trane*, (4) *kognitiewe vermyding*, (5) *emosionele uitdrukking, probleem-gefokusde aggressie en doen niks*. Hierdie kategorieë vorm die *self-gerapporteerde hanteringstruktuur* van die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders (sien Tabel 10). Die hanteringstruktuur kon verder opgesom word in terme van drie breë hanteringsdimensies. Met betrekking tot dié dimensies, is *primêre kontrole meganismes* die meeste gerapporteer, gevolg deur *sekondêre en hopelose kontrole meganismes* onderskeidelik (sien Tabel 11).

In kort beteken die self-gerapporteerde hanteringstruktuur van die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders, dat daar hoofsaaklik hanteringspogings gerapporteer is wat daarop gemik was om direk iets te doen, of weg te kom van die persoon, voorwerp of situasie wat gevrees is (bv. deur weg te hardloop van 'n aankomende voertuig). Aansienlik minder kinders het gepoog om optimaal aan te pas by dit waardeur hul vrese veroorsaak is, of om die angsgevoelens te reguleer wat daardeur veroorsaak is (bv. maak oë toe). Slegs een kind het gerapporteer dat niks gedoen is om haar vrees te hanteer nie en die verrykende bevinding is dat dit gerapporteer is deur 'n meisie wat persoonlik geïnfekteer was (sien Afdeling 6.3.3).

Die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders se hanteringstrategieë kon suksesvol geakkommodeer word binne die koderingsraamwerk van Band en Weisz (1988). Dat 'n addisionele kategorie (*emosionele uitdrukking*) geskep is om die huidige datastel optimaal te verteenwoordig, is nie betekenisvol nie. Eksternalisering van emosies anders as deur trane en aggressie, die strategie waarvoor die addisionele kategorie geskep is (sien Afdeling 5.6.1.2/Bylae A), is 'n hanteringsmeganisme wat voorheen geïdentifiseer is in normatiewe hanteringstudies (Compas et al., 2001). Die eerste indruk is dus nie dat daar iets besonder is aan die hanteringstrategieë wat gerapporteer is deur die kinders nie.

Aangesien die raamwerk vir 'n middel-kinderjarige teikengroep ontwikkel is, is daar ook nie ooglopende rede om te veronderstel dat die kinders se hanteringsmeganismes ouderdomsonvanpas was nie. Sodanige afleiding word ondersteun, wanneer die bevindings vergelyk word met literatuur oor die verwantskap tussen ouderdom en kinders se hanteringstrategieë. Dat *probleem-gefokusde vermyding* en *direkte probleemoplossing* die tipe strategieë is wat die meeste gerapporteer is (sien Tabel 10), stem ooreen met die tendens wat by middel-kinderjariges geïdentifiseer is om toenemend *probleem-gefokusde* hanteringsmeganismes te gebruik (Band & Weisz, 1988; Fields & Prinz, 1997). Verder is soek *sosiale* ondersteuning min vermeld deur die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders (sien Tabel 10). Navorsing dui op 'n afname in hierdie tipe hanteringstrategie gedurende die middel-kinderjare (Fields & Prinz, 1997). Waar soek *sosiale* ondersteuning

deur die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders gerapporteer is, is volwassenes (bv. ouma) as ondersteuningsfigure vermeld. Dit sluit aan by 'n tendens wat geïdentifiseer is by middel-kinderjariges, naamlik om eerder volwassebystand te soek, as dié van portuurs, indien *sosiale ondersteuning* wel gesoek word (Fields & Prinz, 1997). Dit mag verband hou met vroeë tekens van adolessensie, 'n lewenstadium waartydens daar 'n groot behoefte is om 'n goeie beeld te vestig by portuurs (Thom, Louw, Van Ede & Ferns, 2001). Dit kan veroorsaak dat middel-kinderjariges, soos die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders, bang is om negatief geëvalueer te word, indien vriende genader sou word met vrese (Fields & Prinz, 1997).

Die verwagting is egter dat daar 'n toename sal wees in *sekondêre kontrole meganismes* en spesifiek *kognitiewe strategieë* gedurende die middel-kinderjare, asook 'n algehele afname in *primêre kontrole meganismes* (Band & Weisz, 1988, Fields & Prinz, 1997). Dit is teenstrydig met die oorheersende hoeveelheid *primêre kontrole meganismes* wat gerapporteer is, relatief tot die hoeveelheid *sekondêre kontrole meganismes* en met die lae persentasie *kognitiewe strategieë* wat vermeld is (sien Tabela 10 en 11). Daar is verskeie verklarings vir hierdie bevinding. Die eerste en ooglopende verklaring, is die lae gemiddelde GHD-telling van die teikengroep. Dit kon tot gevolg gehad het dat die kinders eerder *primêre kontrole meganismes* gerapporteer het, soos jonger kinders (Band & Weisz, 1988; Loxton, 2004) en min *kognitiewe strategieë*. Teen die agtergrond van die ouderdomsverwagte eienskappe van die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders se hanteringstruktuur, is die geldigheid van hierdie afleiding egter bevraagtekenbaar en daar is ook nie literatuur gevind oor kinders met beperkte intellektuele vermoëns om sodanige afleiding te ondersteun nie (sien Afdeling 3.2.2.2). Verder is reeds bespreek, dat daar ook nie ooglopende rede is om te veronderstel dat die kinders se vreesstruktuur dui op laer as verwagte intellektuele vermoëns nie.

Daar is twee alternatiewe, meer aanneemlike, verklarings vir die relatief lae persentasie *sekondêre kontrole meganismes* en *kognitiewe strategieë* wat gevind is. Die eerste verklaring is voorgestel deur Burkhardt (2003), wat 'n lae voorkoms van *kognitiewe strategieë* gevind het by 'n middel-kinderjarige teikengroep kinderhuiskinders. Hierdie teikengroep is ondersoek as 'n spesiale populasie (sien Afdeling 3.2.2.3). Dié bevinding is daaraan toegeskryf dat kognitiewe ontwikkeling nie voltooi is gedurende die middel-kinderjare nie en dat belangrike verstandelike maturasie steeds plaasvind gedurende hierdie lewenstadium. 'n Tweede verklaring hou verband met die vrese wat deur die kinders gerapporteer is. As in aanmerking geneem word dat *diervrese* die grootste persentasie van die kinders se vreesstruktuur verteenwoordig, is dit verstaanbaar waarom meer *primêre kontrole meganismes* en *probleem-gefokusde strategieë* gerapporteer is as *sekondêre kontrole meganismes* en *kognitiewe strategieë*. Weghardloop blyk naamlik die natuurlike en meer adaptiewe strategie te wees om 'n vrees vir slange te hanteer as byvoorbeeld trane of positiewe selfspraak. In dié verband het Ryan-Wenger (1996) uit 'n literatuursoektog afgelei dat kinders met siektes dieselfde tipe hanteringsmeganismes as gesonde kinders gerapporteer het, alhoewel die frekwensie waarteen dit vermeld is dikwels verskil het. Dit veronderstel dat die bedreigings waarmee sieklike kinders gekonfronteer word vereis dat sekere hanteringstrategieë meer gebruik moet word as ander. Soortgelyk was die bedreigings wat gevrees is deur die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders sodanig, dat sekere tipe hanteringsmeganismes meer toepaslik sou wees indien daar konfrontasie sou wees met die gevreesde stimuli. In die huidige geval *primêre kontrole meganismes*. Blootstelling aan bedreigings wat direkte optrede vereis, mag verklaar waarom daar aanduidings is in die literatuur dat kinders met 'n lae sosio-ekonomiese agtergrond minder *sekondêre kontrole meganismes* en spesifiek *kognitiewe strategieë* rapporteer as kinders met 'n hoë sosio-ekonomiese agtergrond (Loxton, 2004; Muris et al., 2001).

Teen die voorafgaande agtergrond is daar dus nie rede om te veronderstel dat die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders se hanteringstruktuur besondere eienskappe reflekteer nie. Die afleiding is dat hul hanteringstruktuur *ouderdomsgepas* en *vreesspesifiek* is.

Die spesifieke hanteringstrategieë van die kinders word vervolgens oorweeg, ten einde verdere insig te verkry oor die aard van hul hanteringstrategieë (sien Tabel 10). Die meeste van die hanteringstrategieë (bv. trek kop toe) wat deur die kinders gerapporteer is, is voorheen geïdentifiseer in die literatuur (Burkhardt, 2003; Compas et al., 2001; Loxton, 2004; Muris et al., 2001). Dit is opmerklik dat kinders dwarsoor die wêreld dieselfde hanteringsmeganismes rapporteer, selfs binne die Suid-Afrikaanse MIV/Vigs-konteks. Nietemin is strategieë vermeld wat duidelik omstandigheidspesifiek is, byvoorbeeld *drink pille* om vrees vir MIV/Vigs te hanteer en *bel polisie* om vrees vir die dood te hanteer wat gemotiveer is deur skollies in die omgewing. Hierdie strategieë is bykomende aanduidings van 'n vreespesifieke hanteringstruktuur. Die strategieë as sodanig is nie besonder nie.

Nietemin is daar een deelnemer wie se hanteringstrategie beskou kan word as besonder. Hierdie seun het vertel dat hy met *vriendelike diere soos honde*, gespeel het om sy vrees vir *wilde diere* te hanteer. Dit herinner aan 'n hanteringstrategie wat voorheen gerapporteer is deur kinders in plaaslike (Loxton, 2004) en internasionale studies (Mooney et al., 1985; Muris et al., 2001), naamlik *om 'n teddiebeer vas te hou*. Dit mag 'n kreatiewe wyse van hantering illustreer deur 'n kind wat moontlik nie iets besit het soos 'n troetelspeelding nie of voorkeur gegee het aan sy lewendige *vriende* in die omgewing. Alhoewel gering, is daar dus aanduidings dat die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders ook besondere hanteringsmeganismes gerapporteer het wat, bykomend tot vreespesifiek, ook omstandigheidspesifiek was, moontlik 'n leefwêreld van min materiële besittings.

Ten slotte word verwys na die bevinding dat 'n *hopelose kontrole meganisme* slegs eenmalig gerapporteer is (sien Tabel 11). Dit veronderstel dat die meeste kinders 'n geloof gehad het dat hulle in staat sou wees om dit wat gevrees is te hanteer, waarna leerteoretici verwys as *waargenome selfdoeltreffendheid* (Hergenhahn & Olson, 2003). 'n Hoë mate van *waargenome selfdoeltreffendheid* is onder meer geassosieer met 'n laer geneigdheid by persone om vrees en angs te ervaar (Bandura in Hergenhahn & Olson, 2003). Dit kan dus 'n beskermende eienskap wees vir die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders se latere lewe. In dié verband is die verrykende bevinding verder dat die *hopelose kontrole meganisme* gerapporteer is deur een van die deelnemers wat persoonlik MIV-positief was in verband met 'n *mediese* vrees. Dit is konsekwent met Band en Weisz (1988) se bevinding dat *hopelose kontrole meganismes* hoofsaaklik gerapporteer is in verhouding tot mediese spanningsituasies.

Oorweging van die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders se hanteringstruktuur teen die agtergrond van bestaande literatuur toon dus dat ouderdomsgepaste hanteringsmeganismes gerapporteer is. Die uitstaande kenmerk van die kinders se hanteringstruktuur is egter dat dit versoenbaar is met hul vreesstruktuur, met ander woorde vreespesifiek is. Die meeste spesifieke strategieë is voorheen gedokumenteer. Oorwegend is daar dus nie besondere spesifieke hanteringsmeganismes vermeld nie.

7.3.2 Gevolgtrekking (primêre doelstelling 2)

Die tweede primêre doelstelling was om te oorweeg of die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders 'n *spesiale populasie* was met betrekking tot hul hanteringstrategieë. Die hanteringstrategieë van die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders kon opgesom word in terme van breë hanteringsdimensies en hanteringskategorieë wat voorheen gebruik is om normatiewe populasies se hanteringsmeganismes te beskryf. Verder is daar nie rede om te veronderstel dat die kinders se hanteringstruktuur besondere eienskappe reflekteer teen die agtergrond van hul ouderdom nie. Die uitstaande eienskap van die hanteringstruktuur is dat dit in lyn is met wat verwag sal word teen die agtergrond van hul vreesstruktuur. In die voorafgaande bespreking is die gevolgtrekking gemaak dat die kinders besondere vrese ervaar het as gevolg van spesiale omstandighede. Alhoewel die strategieë op sigself dus nie besonders is nie, is omstandigheidspesifieke hanteringsmeganismes dus vereis om hierdie besondere vrese te hanteer. Daar word dus voorgestel dat:

- Die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders 'n *normatiewe populasie* was met betrekking tot hul *hanteringsmeganismes*, wie se besondere vrese ook soms *omstandigheidspesifieke hanteringstrategieë* vereis het.

Daar is aanduidings dat die MIV-positiewe kinders 'n spesiale sub-populasie kon gewees het met betrekking tot hul hanteringstrategieë en dit regverdig verdere ondersoek.

7.3.3 Versorger-persepsie hanteringstrategieë

In dalende orde is die versorger-persepsie hanteringstrategieë van die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders (rangposisie in hakies): (1) *Probleem-gefokusde vermyding*, (2) *soek ondersteuning*, (3) *direkte probleemoplossing*, (4) *probleem-gefokusde aggressie*, *probleem-gefokusde trane*, *emosie-gefokusde trane* en *suiwer kognisie*. Hierdie sewe hanteringskategorieë vorm die kinders se *versorger-persepsie hanteringstruktuur*. Aangesien *hopelose kontrole meganismes* nie deur die versorgers gerapporteer is nie, verdeel die versorger-persepsie hanteringstruktuur slegs in die breë dimensies *primêre* en *sekondêre kontrole meganismes* (sien Tabel 12). *Hopelose kontrole meganismes* is waarskynlik nie geïnterpreteer as hanteringstrategieë nie en dus nie gerapporteer nie.

Oorwegend kan die bespreking aangaande die versorger-persepsie *vreesstruktuur* gedupliseer word vir die versorger-persepsie *hanteringstruktuur*. Die ooreenstemming tussen die kinders se self-gerapporteerde en versorger-persepsie hanteringstruktuur is groter as met betrekking tot die onderskeie verslagdoeners se vreesstrukture. Ook die rangposisies van die hanteringskategorieë is ooreenstemmend (sien Tabel 13). Dit is verklaarbaar teen die agtergrond van die oorheersende hoeveelheid maklik observeerbare *primêre kontrole meganismes*, wat gerapporteer is deur beide die kinders en hul versorgers.

Verskille wat gevind is, is dat *emosionele uitdrukking*, *kognitiewe vermyding* en *doen niks*, nie deur die versorgers geïdentifiseer is nie. Hierteenoor het die versorgers *probleem-gefokusde trane* en *suiwer kognisie* vermeld, kategorieë wat nie deur die kinders gerapporteer is nie. *Emosie-gefokusde aggressie*, soos ingesluit by die koderingstemplaat van Band en Weisz (1988) is nie deur een van die verslagdoeners vermeld nie (sien Bylae A). Daar is dus dubbele getuienis dat fisiese of

verbale aggressie om opgekropte emosies te verlig nie 'n strategie is wat algemeen gebruik is deur die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders nie.

Die hanteringskategorieë wat die meeste en minste gerapporteer is deur beide partye, veronderstel dat *probleem-gefokusde vermyding*, *direkte probleemoplossing* en *emosie-gefokusde trans* algemene hanteringsmeganismes was van die kinders en dat strategieë wat verband hou met emosionele uitdrukking en verstandelike prosesse selde gebruik is. Alhoewel *soek ondersteuning* in die tweede rangposisie gerapporteer is deur beide verslagdoeners, is dit nie 'n volkome ooreenstemming nie, aangesien die versorgers uitsluitlik *soek sosiale* ondersteuning gerapporteer het en die kinders hoofsaaklik *soek spirituele* ondersteuning (vgl. Tabelle 10, 12 en 13). Dit is opmerklik dat die versorgers, soos die kinders, slegs volwassenes gerapporteer het as ondersteuningsfigure wat gesoek is deur die kinders. Dit ondersteun die argument in die bespreking aangaande die kinders se self-gerapporteerde hanteringstruktuur, naamlik dat die *soek ondersteuning* strategieë van die kinders die ouderdomsverwagte tendens toon van middel-kinderjariges om voorkeur te gee aan volwasse sosiale bystand.

Soos met betrekking tot die kinders se versorger-persepsie vrese, dui die spesifieke versorger-persepsie hanteringsmeganismes moontlik op strategieë wat persoonlike betekenis gehad het vir die versorgers (Lahikainen et al., 2006). Die moeder wat gerapporteer het dat haar kinders bystand gebied het met haar siekte (sien Afdeling 6.3.2), het byvoorbeeld 'n vrees oor haar persoonlike welstand gerapporteer. Vorige navorsers se bevinding dat sosio-emosionele ondersteuning deur kinders as spanningsvol ervaar is deur moeders, waarvan 'n derde van die teikengroep MIV-positief was (Klein et al., 2000), het klaarblyklik nie gegeld met betrekking tot hierdie versorger nie.

Oor die algemeen is die bevindings aangaande die versorger-persepsie vreesstruktuur konsekwent met vorige navorsing (Loxton, 2004; Mahat & Scoloveno, 2003; Mooney et al., 1985; Muris et al., 2001).

7.4 Leerervarings van die kinders (primêre doelstelling 3)

Om die leefwêreld van die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders te leer ken, die derde primêre doelstelling van die studie, word die bevindings aangaande hul leerervarings vervolgens bespreek.

7.4.1 Leerervarings van die kinders

Al die kinders het *direkte en/of indirekte* leerervarings herroep in verhouding tot hul *primêre* vrese. Of hierdie leerervarings *oorsprong* gegee het aan hul vrese of dit *geïntensiveer* het, kan as gevolg van die breë operasionele definisie wat gebruik is nie afgelei word uit die huidige bevindings nie (sien Afdeling 2.6). Uit die spontaneïteit van die kinders se reaksies was dit nietemin duidelik dat *negatiewe inligting* vanaf die televisie, *modellering* en *kondisionering* eienskappe was van hul leefwêreld wat 'n *rol* gehad het in die *ervaring* van hul vrese.

Negatiewe inligting is die meeste herroep. Bykomend tot die televisie is ook ander mediabronne vermeld (bv. koerante). Die afleiding is dus dat die media oor die algemeen 'n prominente rol gehad het in die kinders se vrese, alhoewel negatiewe inligting geoperasionaliseer is as televisieprogrammateriale. Die bevindings fokus dus die aandag op die rol van die media

in die kinders se vreeservarings. Negatiewe inligting is ook in vorige studies wat die breë definisie van Rachman se weë gebruik het gerapporteer as die algemeenste leerervaring (Muris et al., 1997; Muris et al., 2001; Ollendick & King, 1991).

Dat *negatiewe inligting* vanaf die televisie die meeste vermeld is, kom teenstrydig voor met die lae sosio-ekonomiese agtergrond van die teikengroep. Die verwagting is dat kinders met sodanige lewensomstandighede minder blootstelling sal hê aan die televisie (Lahikainen et al., 2006). Die bevinding is ook anders as dié van Du Plessis (2006). In laasgenoemde studie het die middel-kinderjarige Suid-Afrikaanse deelnemers hoofsaaklik *modelleringservarings* gerapporteer. Die Swart kinders, wat ook die laagste sosio-ekonomiese agtergrond gehad het, het egter beduidend meer *inligtingsevvarings* vermeld as die Wit kinders. Alhoewel nie 'n volkome vergelykbare bevinding, skyn dit in lyn te wees met die hoë rapportering van *inligtingsevvarings* deur die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders met hul Swart rassekultuur en lae sosio-ekonomiese agtergrond. 'n Moontlike verklaring is dat die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders, soos verwag teen die agtergrond van hul sosio-ekonomiese omstandighede, ongereeld blootstelling gehad het aan die televisie. Vreeswekkende inligting wat by geleentheid oorgedra is kon gevolglik 'n meer blywende indruk gehad het, as wanneer daar meer blootstelling sou gewees het. 'n Negatiewe invloed van die televisie is naamlik dat dit kinders minder sensitief maak vir ongewenste programmatiaal, soos aggressiewe gedrag (Newman & Newman, 1995). Daar kan veronderstel word dat dit ook sal geld met betrekking tot vreeswekkende inligting. Dit is inderdaad bekend dat nie al die huishoudings televisiestelle gehad het nie, soos ook daaruit afgelei kan word dat daar nie elektrisiteit was in al die kind-versorger pare se blyplekke nie (sien Tabel 4). Die navorser se ervaring uit vorige studies nietemin, is dat die televisie deel is van die leefwêreld van die kinders woonagtig in Suid-Afrika se lae sosio-ekonomiese gebiede en, uit informele gesprekvoering met die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders en versorgers, was dit ook tans die geval. 'n Leemte van die studie is dat data nie sistematies versamel is hieroor nie.

Alhoewel 'n opmerklike groot hoeveelheid *inligtingsevvarings* gerapporteer is, was daar ook kinders wat vriende en familie met dieselfde vrese gehad het en *modelleringservarings* herroep het. Dat *modellerings* inderdaad 'n rol gehad het in die kinders se vrese, word ondersteun deur die bevinding dat van die versorgers ook persoonlike *dier-* en *misdadvrese* gerapporteer het (sien Tabel 15). 'n Substansiële minderheid van die kinders het vertel van gebeurtenisse waartydens werklike konfrontasie was met die stimuli wat gevrees is (*kondisionering*). Omdat *kondisioneringsevvarings* die minste gerapporteer is, is dit maklik om die rol wat hierdie leerervaring in die kinders se vrese kon gehad het te onderbeklemtoon. Relatief tot die getal *modelleringservarings* wat gerapporteer is, is *kondisioneringsevvarings* egter nie veel minder gerapporteer nie (sien Tabel 14). Daar kan dus veronderstel word dat ook die kinders se direkte leefwêreld gekenmerk is deur die stimuli wat as bedreigend getakseer is en dat hul vrese dus realistiese vrese was. Dit is in lyn met die algemene veronderstelling dat kinders met 'n lae sosio-ekonomiese agtergrond se vrese meer realiteitsgebaseer is, as dié van kinders met 'n hoë sosio-ekonomiese agtergrond (Gullone, 2000). Laastens is, in ooreenstemming met vorige studies (Du Plessis, 2006; Ollendick & King, 1991), bevind dat die meeste kinders 'n kombinasie van die leerkanale gerapporteer het (sien Tabel 14). Dit is 'n aanduiding dat die drie leerkanale 'n interaktiewe rol gehad in die kinders se vreeservarings (Ollendick & King, 1991).

Tabel 14 toon dat die kinders wat primêre *wilde dier* vrese gerapporteer het, hoofsaaklik *inligtingsevvarings* herroep het. Meer spesifiek is al hierdie vrese in verband gebring met inligting van die televisie. *Modelleringservarings* is die tweede

meeste gerapporteer en *kondisioneringservarings* die minste. Vorige navorsers se veronderstelling dat die hoë voorkoms van slangvrees onder Suid-Afrikaanse kinders toegeskryf kan word aan die groot verskeidenheid slangspesies wat aangetref word in die land (Burkhardt, 2002; Loxton, 2004), is dus nie voldoende verklaring vir die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders se slangvrees, die *wilde dier* vrees wat die meeste gerapporteer is nie (sien Tabelle 5 en 6). Die bevindings veronderstel dat die televisie en modellering bykomende en selfs groter rolle gehad het in die kinders se slangvrees *en wilde dier* vrees oor die algemeen. Teen die agtergrond van die *kondisioneringservarings* wat gerapporteer is, kan die werklike voorkoms van slange en ander wilde diere in die kinders se direkte omgewing egter nie geëlimineer word as verklaring vir hierdie vrees nie (bv. muise).

Dat die kinders hoofsaaklik *indirekte leerervarings* herroep het in verhouding tot hul primêre *wilde dier* vrees, verklaar hul vrees vir onder meer *leus*, *buffels*, *olifante*, en *bere*, diere wat nie vry voorkom in die gebied waar die studie onderneem is nie. Spesifiek is *bere* nie deel van Suid-Afrika se natuurlewe nie (Burkhardt, 2007). Die seun wat 'n *beervrees* gerapporteer het, het inderdaad uitsluitlik *negatiewe inligting* van die televisie onthou. Die vertelling van die seun wat 'n *modelleringervaring* herroep het in verband met sy *wilde dier* vrees en vertel het van sy vriende se *diervrees*, klaarblyklik verwerf gedurende 'n dieretuinstappie, vestig die aandag op die rol wat besoeke aan die dieretuin in die kinders se *wilde dier* vrees kon gehad het (sien Afdeling 6.4.1). Vir hierdie spesifieke seun deur die indirekte leerkanaal van *modellering*. Die dieretuin is ook genoem deur ander kinders in hierdie studie asook in vorige navorsing (Loxton, 2004).

Negatiewe inligting is ook die leerkanaal wat deur buitelandse kinders die meeste gerapporteer is in verhouding tot hul *diervrees* (Muris et al., 1997). Plaaslike kinders het hoofsaaklik *modelleringervarings* herroep in verhouding tot hul slangvrees, maar vrees vir roofdiere is eweneens die meeste geassosieer met *negatiewe inligting* (Du Plessis, 2006). Die belangrike implikasie van hierdie bevinding, is dat dit veronderstel dat die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders se leefwêreld in die eerste plek die alledaagse leefwêreld was van vandag se kind. Dit was gewone kinders wat op 'n daaglikse basis met soortgelyke uitdagings gekonfronteer is as hul portuurs wêreldwyd. Bykomend is die vermelding van opvoedkundige geleenthede soos dieretuinuitstappies bemoedigend, gegewe dat Swart kinders gedurende die apartheidsjare min geleentheid gekry het vir sodanige stimulerende ervarings. Die Swart bevolking is onder andere in sekere gebiede verbied (May & Norton, 1997). Dit dui op 'n leefwêreld van politieke verandering, waardeur die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders nou ook beter opvoedkundige geleenthede gekry het. Hierdeur word nie geïmpliseer dat die leefwêreld van die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders optimaal was en alle voormalige ongelykhede in Suid-Afrika herstel is nie. Die kondisies in onder meer Suid-Afrika se staatskole is nie altyd optimaal nie (Peltzer, 2000) en baie kinders ontvang steeds nie die regte wat hulle toekom nie.

Die *modelleringervarings* wat die kinders herroep het in verhouding tot hul primêre *wilde dier* vrees mag 'n kulturele komponent weerspieël van hul leefwêreld. In Afrika-kulture is die slang naamlik 'n simbool van die vyand (K. Mzimkulu, persoonlike kommunikasie, 5 Oktober, 2007) en vrees hiervoor mag van generasie tot generasie oorgedra word deur modellering. Die idee van 'n kulturele komponent word ondersteun deur die bevinding dat slangvrees ook geïdentifiseer is deur van die Xhosa-sprekende versorgers as persoonlike vrees. Dat hierdie vrees ook gemodelleer is, word ondersteun deur die bevinding dat een van die moeders wat 'n slangvrees gehad het, se kind 'n *modelleringervaring* gerapporteer het in verhouding tot sy primêre vrees vir slange.

Tabel 14 toon dat al die kinders wat primêre *regte persoon* en *fisiese leed* vrese gerapporteer het, *indirekte leerervarings* vermeld het. Direkte leerervarings (*kondisionering*) hierteenoor, is slegs eenmalig herroep in verhouding tot elk van hierdie kategorieë. Soos bespreek, het die *regte persoon* en *fisiese leed* kategorieë misdaad- en geweldverwante, asook vrese in verband met ‘n onveilige vervoerstelsel behels (sien Afdeling 7.2.2). Dit is pertinente eienskappe van die Suid-Afrikaanse konteks en spesifiek die area waar die studie onderneem is (Dawes et al., 2006; GCIS, 2006). Dit is gevolglik opmerklik dat hierdie bedreigings klaarblyklik hoofsaaklik deur *indirekte leerkanale* deel geword het van die kinders se ervarings. Hierdie bevinding is egter slegs bemoedigend en impliseer nie dat hierdie vrese van die kinders onrealistiese vrese was nie. Afgesien daarvan dat *kondisioneringservarings* wel herroep is, het sommige kinders ook vertel van maats wie in voetgangerongelukke was en kennisse wat slagoffers was van misdaad en geweld. Van die ouers het ook persoonlike ervarings met misdaad gerapporteer, soos ook gereflekteer word in die bevinding dat misdaad ‘n tema was in die versorgers se persoonlike vrese (sien Tabel 15). Daar is dus sterk getuigenis dat hierdie bedreigings wel deel was van die kinders se direkte leefwêreld, soos kennis oor die area veronderstel (Dawes et al., 2006; GCIS, 2006).

Vorige studies het bevind dat kinders hul *doodvrese* hoofsaaklik geassosieer het met *indirekte leerkanale*, dit is *inligtings-* (Muris et al., 1997) en *modelleringservarings* (Du Plessis, 2006). Alhoewel die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders ook oorwegend *indirekte leerervarings* herroep het in verhouding tot hul primêre *doodvrese*, is dit opmerklik dat hierdie leerkanale minder prominent is relatief tot die *kondisioneringskanaal*, as vir die meeste van die ander primêre vreeskategorieë. Spesifiek is eweveel *inligtings-* as *kondisioneringservarings* herroep (sien Tabel 14). Dit veronderstel dat die dood ‘n sentrale en sigbare komponent was van die kinders se leefwêreld, moontlik meer as vir hul portuurs in vorige studies. Een van die meisies het haar *doodvrees* met skollies geassosieer. Dit beklemtoon dat daar nie, soos die verwagting sal wees van ‘n MIV/Vigs-geaffekteerde teikengroep, aanvaar kan word dat MIV/Vigs die simbool was van die dood in die konteks waarin die kinders opgegroeï het nie. Die afleiding wat elders gemaak is, naamlik dat MIV/Vigs slegs een van ‘n verskeidenheid psigo-sosiale bedreigings was in die kinders se leefwêreld, word hierdeur ondersteun.

Ook met betrekking tot die *mediese* kategorie was *indirekte leerervarings* minder prominent. Al die kinders wat primêre *mediese* vrese gerapporteer het, het *kondisioneringservarings* vermeld (sien Tabel 14). Muris et al. (1997) se bevinding hierteenoor was dat *mediese* vrese hoofsaaklik geassosieer is met *inligtingservarings*. Dit illustreer die verrykende bevinding van die studie, naamlik dat *primêre mediese* vrese uitsluitlik deur kinders vermeld is wat persoonlik MIV-positief was. Aangaande die MIV-positiewe kinders in die studie, is dit ook opmerklik dat die meisie wat die MIV/Vigs-verwante *sosiale* vrees gerapporteer het, haar vrees uitsluitlik in verband gebring het met *negatiewe inligting*. Haar versorger het gerapporteer dat sy dikwels MIV/Vigs-verwante TV-programme (bv. Soul City) gekyk het. Alhoewel daar slegs oor die rol van hierdie programme in die meisie se vrees gespekuleer kan word, vestig dit nietemin die aandag daarop dat die samestellers van hierdie programme kennis moet neem dat dit ook diegene bereik vir wie MIV/Vigs ‘n persoonlike belewenis is. Inligting wat onsensitief oorgedra word of vreeswekkend uitgebeeld word, mag ‘n verrekende impak hê op hul emosionele belewenis.

Dit is opmerklik dat *kondisioneringervarings* gerapporteer is in verhouding tot die *fantasiekarakter* kategorie (sien Tabel 14). In vorige navorsing is *fantasievrese* selde geassosieer met hierdie leerkanal (Muris, Merckelbach, Gadet et al., 2000). Loxton (2004) se waarneming dat voorskoolse kinders inligting oor hul vrese as werklik ervaar het, help om te verstaan dat

die kinders wat die *fantasiekaraktervrese* gerapporteer het, se vrese moontlik so lewendig was in hul verbeeldingswêreld soos die werklikheid (kondisioneringservarings). Dit is die leefwêreld van 'n kind, waar die *monster onder die bed* as 'n groot bedreiging ervaar kan word.

7.4.2 Gevolgtrekking (primêre doelstelling 3)

Die leerervarings van die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders dui dus op 'n hedendaagse samelewing, waar moderne tegnologie 'n groot invloed mag hê op kinders se vrese. Tog veronderstel dit ook 'n sosiale milieu waar misdaad aanleiding gee tot wydverspreide vrees onder oud en jonk en kulturele faktore, asook werklike vreeswekkende ervarings, 'n rol het in kinders se vrese.

7.5. Samevatting (primêre doelstellings)

Die drie hoofbevindings aangaande die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders is dat hulle:

- 'n *Normatiewe populasie* was wat *besondere vrese* ervaar het as gevolg van hul *spesiale omstandighede* (primêre doelstelling 1). *Wilde dier* vrese en spesifiek slangvrese is die meeste gerapporteer.
- 'n *Normatiewe populasie* was met betrekking tot hul *hanteringsmeganismes*, wie se besondere vrese ook soms *omstandigheidspesifieke hanteringstrategieë* vereis het (primêre doelstelling 2). Pogings om die bron van vrees te vermy (*probleem-gefokusde vermyding*) is die meeste gerapporteer.
- *Leefwêreld* leer ken is as 'n *moderne samelewing* waar die *televisie* 'n groot rol het in kinders se vreeservarings (primêre doelstelling 3).

7.6 Persoonlike vrese van die versorgers (sekondêre doelstelling 1)

Die sekondêre fokus van die studie was op die versorgers van die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders. As eerste sekondêre doelstelling is die persoonlike vrese van die versorgers geëksploreer. Die bevindings word vervolgens bespreek.

Drie breë temas is weerspieël in die MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers se vrese, naamlik (1) *volwassenheid*, (2) 'n *Suid-Afrikaanse MIV/Vigs-konteks*, en (3) *diere*. Onderliggend aan hierdie temas is 'n totaal van 7 sub-temas geïdentifiseer (Tabel 15). Soos dit duidelik sal word, is die ooreenstemming tussen die sub-temas met dié wat geïdentifiseer is in vorige studies kenmerkend. Daar moet dus iets universeels wees aan die ervarings van MIV/Vigs-positiewe individue en spesifiek MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers, hetsy in Amerika, Asië of die wagkamer van 'n Openbare Gesondheidskliniek in die Wes-Kaap provinsie van Suid-Afrika. Die breë temas is die raamwerk vir die bespreking.

7.6.1 Volwassenheid

Die tema *volwassenheid* het behels vrese oor (1) die welstand van kinders (*kindwelstand*), (2) persoonlike welstand (*selfwelstand*), (3) ontsluitingskwessies (*ontsluiting*), en (4) die welstand van 'n eggenoot (*eggenootwelstand*). Hierdie breë

tema is gebaseer op die psigo-sosiale siening dat volwassenes kwesbaar is vir sielkundige spanning, en as sodanig vrees, indien hul sosiale rolle as versorgers, liefdesmaats en vriende bedreig word en daarmee saam hul sielkundige behoeftes aan intieme verhoudings en om 'n positiewe bydrae te maak tot die opkomende generasie (generatiewe). Die bevindings aangaande die MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers se vrese veronderstel dus dat MIV/Vigs 'n eienskap was van hul leefwêreld wat ervaar is as 'n bedreiging vir hul sosiale rolle en sielkundige behoeftes. Die meeste vrese van die versorgers is gemotiveer deur sodanige lewenstadiaspesifieke kwessies (sien Tabel 15).

Dat die kinders 'n sentrale plek gehad het in die lewens van die versorgers, kan daaruit afgelei word dat die meeste vrese wat gerapporteer is in verband met die volwassenheid tema, gesentreer het rondom die *welstand van kinders*. Teen die agtergrond van vorige navorsing is dit nie 'n onverwagte bevinding nie. Die literatuur toon dat vrese aangaande kinders se welstand dikwels deel was van MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers se ervarings (Antle et al., 2001; Hayden, 2006; Mayers et al., 2005). In besonder was die *toekomstige versorging* van hul kinders, 'n groot bron van spanning vir die versorgers in hierdie studie (sien Tabel 15). Soortgelyke vrese is gerapporteer deur pleegouers van Namibiese MIV/Vigs-geaffekteerde kinders (Hayden, 2006) en Amerikaanse MIV-positiewe vaders en moeders (Antle et al., 2001; Mayers et al., 2005).

As die sosiaal-huishoudelike omstandighede van die meeste deelnemers in aanmerking geneem word, is dit verstaanbaar dat die versorgers bekommerd was oor die toekomstige versorging van hul kinders. *Eerstens* is dit onwaarskynlik dat, in 'n leefwêreld waar dit gaan oor daaglikse oorlewing, die meeste versorgers in 'n posisie was om byvoorbeeld testamente te organiseer, soos gedoen is deur MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers in internasionale studies (Green et al., 1996). *Tweedens* het navorsing getoon dat die tradisionele gebruik in ontwikkelende lande soos Suid-Afrika, dat weeskinders opgeneem word in die uitgebreide gesinsnetwerk, weens stigma en ander faktore nie 'n gegewe is in die geval van vigsweeskinders nie (Giese, 2002; Seeley & Kajura, 1993). Daar kan dus nie aangeneem word dat die groot hoeveelheid familieledes, met wie die meeste kind-versorger pare gewoon het (sien Tabel 4), bereid of in staat sou wees om die versorging van kinders oor te neem nie. 'n Groot deel van hul uitgebreide gesinsnetwerke het waarskynlik self met MIV/Vigs-geleef (Freeman, 2004), wat hul versorgingskapasiteit kon beperk het. *Derdens*, en in aansluiting by die voorafgaande, het navorsers bevind dat in MIV/Vigs-geaffekteerde gesinne waar slegs die moeder geïnfekteer was, ouers steeds kommer gerapporteer het oor die toekomstige versorging van hul kinders, indien die moeder sou sterf. Beide ouers het gevrees dat die vaders nie in staat sou wees om die rol van versorger te vertolk nie (Antle et al., 2001). 'n Soortgelyke scenario is in hierdie studie geïllustreer deur die geval van Sophia, wie se eggenoot besorg was oor sy persoonlike versorging indien sy vrou sou sterf (sien Afdeling 6.5.1.1). Dit is onwaarskynlik dat die vader in staat sou gevoel het om hul kinders te versorg, indien hy bekommerd was oor die versorging van homself.

Mayer et al. (2005) se ervaring was dat MIV-positiewe moeders kommer oor persoonlike afsterwe uitgedruk het as 'n gesonde besorgdheid oor die versorgingsbehoefte van hul kinders, indien hulle sou sterf. Daar kan slegs gespekuleer word of dit ook die geval was met betrekking tot die MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers, maar die moontlikheid word nie uitgesluit nie. Dat die versorgers besorg was oor hul persoonlike welstand, is nietemin duidelik. Nagenoeg eweveel *selfwelstand* as *kindwelstand* vrese is gerapporteer en MIV/Vigs-, dood-, en siekteverwante vrese is die spesifieke vrese wat die meeste gerapporteer is. Hierdie vrese is uitsluitlik vermeld deur versorgers wat persoonlik MIV-positief was (sien Tabel 15). Die veronderstelling sou dus veral kon geld met betrekking tot die geïnfekteerde versorgers.

Alhoewel verstaanbaar teen die agtergrond van die ongeneeslike aard van MIV-infeksie (Sadock & Sadock, 2003), is die groot hoeveelheid siekteverwante MIV/Vigs-vrese wat gerapporteer is, teenstrydig met die algemene neiging van volwassenes om minder op die self en toenemend op ander te fokus (Gerdes et al., 2001). Sodanige vrese is ook in vorige studies gerapporteer deur MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers (Antle et al., 2001; Hayden, 2006). Dit illustreer moontlik die diepte van die sielkundige impak van MIV-infeksie op MIV-positiewe individue oor die algemeen en die MIV-positiewe versorgers in hierdie studie spesifiek. Hierdie vrese moet egter ook oorweeg word teen die agtergrond van die studiekonteks. Navorsing toon dat siektesimbole (bv. medikasie/kliniekbesoeke) sielkundige spanning veroorsaak vir persone wat met MIV/Vigs leef (Green et al., 1996). Die onderhoude met die versorgers is gevoer op dae wat die kliniek besoek is. Dit is dus moontlik dat dit dae was waarop hulle besonder bewus was van hul gezondheidstatus en vrese aangaande hul gezondheid op die voorgrond was.

Die hoeveelheid *ontsluitingsvrese* wat deur die versorgers gerapporteer is, is relatief min (sien Tabel 15), gegewe dat dit een van die vrese is wat die algemeenste gedokumenteer is aangaande MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers (sien Afdeling 3.4.1). Verder is elders vermeld dat gedurende die voorbereidingsfase opgemerk is dat ontsluiting 'n besondere sensitiewe kwessie was vir versorgers by die kliniek waar die studie onderneem is (sien Afdeling 5.2.1). Ontsluiting was dus waarskynlik 'n meer prominente bron van spanning as wat die bevindings toon. Dit is moontlik dat die versorgers, vir wie ontsluiting die meeste spanning veroorsaak het, nie by die studie ingesluit is nie.

Die versorgers wat wel *ontsluitingsvrese* gerapporteer het, was hoofsaaklik besorg oor die wyse waarop hul kinders en ander geliefdes sou reageer op die inligting. Dit is nie in diepte geëksploreer nie, maar teen die agtergrond van die versorgers se vertellings en bestaande literatuur, kan veronderstel word dat die emosionele implikasies van ontsluiting vir die kinders en geliefdes gevrees is, asook reaksies soos verwerping en blaam (Murphy et al., 2002; Tompkins, 2007). Dit is bemoedigend dat dit nie voorgekom het asof die versorgers se ontsluitingsvrese gemotiveer is deur 'n onderliggende vrees vir fisiese geweld, soos gedokumenteer is aangaande MIV-positiewe moeders van Johannesburg nie (Varga et al., 2005).

In Suid-Afrika is MIV/Vigs-verwante stigma besonder hoog, ten spyte van nasionale veldtogte om dit te bekamp (Departement Gesondheid, 2007). Die vooroordeel en diskriminasie wat dit behels (Herek et al. in Herek, 1999) is, soos dit ook afgelei kan word uit die vorige paragraaf, dikwels 'n hoofrede waarom MIV-positiewe persone bang is om hul diagnoses te ontsluit. Alhoewel vrese vir stigma nooit eksplisiet vermeld is nie, het hierdie tema indirek na vore gekom in van die versorgers se vertellings. Daar is byvoorbeeld die voorbeeld aangehaal van die MIV-positiewe moeder wie ontsluiting aan vriende en familie gevrees het, weens negatiewe reaksies teenoor geïnfekteerde persone wat sy waargeneem het in haar werksplek (sien Afdeling 6.5.1.3). Aanduidings van MIV/Vigs-verwante stigma word ook illustreer deur die geval van die MIV-positiewe versorger wat 'n *selfwelstand* vrees gerapporteer het aangaande interpersoonlike verhoudings (sien Afdeling 6.5.1.2). Uit haar vertelling kan afgelei word dat sy ook 'n direkte slagoffer was daarvan. Alhoewel dit dus nie deur die bevindings gereflekteer word nie, was stigma klaarblyklik 'n kwessie waardeur die versorgers se vreeservarings beïnvloed is. Dit beklemtoon die belang van die NSP se doelwit om stigma te beveg, ten einde die impak van die vigs-epidemie op MIV-positiewe persone en hul naasbestaendes te verlig (Departement Gesondheid, 2007), insluitend die huidige MIV/Vigs-geaffekteerde kinders en hul versorgers.

7.6.2 Suid-Afrikaanse MIV/Vigs-konteks

Die tweede breë tema in die versorgers se persoonlike vrese, reflekteer pertinente eienskappe van die Suid-Afrikaanse MIV/Vigs-konteks. Met ander woorde die samelewing van die kinders en versorgers. Armoede, oftewel (1) 'n tekort aan *materiële bronne* en (2) *misdaad* is die aspekte van die versorgers se leefwêreld wat gevrees is en kommer veroorsaak het (sien Tabel 15).

Verskeie navorsers het tot die gevolgtrekking gekom dat dinge soos voedsel en behuising vir MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers op 'n dag-tot-dag basis dikwels meer spanning veroorsaak het as MIV/Vigs per se (Antle et al., 2001; Gillman & Newman, 1996; Green et al., 1996; Taylor, 2006). Dat sodanige afleiding ook geld vir van die versorgers in hierdie studie, is duidelik uit die geval wat beskryf is van die MIV-positiewe moeder wie, ten spyte van haar onlangse diagnose, werkloosheid gerapporteer het as haar mees prominente vrees (sien Afdeling 6.5.2.1). Dit sou kon wees dat sy besorgdheid oor haar gesondheidstatus onderdruk of ontken het (Green et al., 1996), maar dit was nie die ervaring nie.

Dawes en Donald (1994) het opgemerk dat politieke geweld in Suid-Afrika aanleiding gegee het tot wydverspreide vrees onder landsburgers. Dat misdaad 'n onderwerp was wat na vore gekom het in die kinders en versorgers se vrese, veronderstel dat die hoë voorkoms van misdaad in die area waar die studie onderneem is (Dawes et al., 2006), 'n soortgelyke effek as politieke geweld gehad het op jonk en oud in die gebied. Ook vir dié wat nie voorheen direk daardeur geraak is nie. Misdaad is nie slegs 'n eienskap van die Suid-Afrikaanse MIV/Vigs-konteks nie, maar ook in oorsese gebiede waar die voorkoms van MIV/Vigs die hoogste is (Roth et al., 1994). Nietemin is die gevolgtrekking uit die huidige literatuuroorsig, dat dit 'n tema is wat aansienlik minder na vore gekom het in studies aangaande MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers se ervarings as byvoorbeeld ontsluiting en armoede. In die studie van Rehm en Franck (2000) was misdaad byvoorbeeld nie op die voorgrond van die deelnemende MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers se belewenisse nie, alhoewel hul omstandighede gekenmerk is deur sodanige kondisies. Die gevolgtrekking is dus dat die afmetings van misdaad in die omgewing waar die studie onderneem is sodanig was, dat besondere uitdagings gebied is aan versorgerskap in die konteks. Ook aan kindwees, gegewe dat dié tema ook gereflekteer is in die kinders se vrese. Hierdie bevinding vestig die aandag op die effek wat die hoë voorkoms van misdaad in die Suid-Afrikaanse MIV/Vigs-konteks mag hê op die emosionele welsyn van dié vir wie dit 'n leefwêreld is, soos die MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers en hul kinders.

Die versorgers se Suid-Afrikaanse MIV/Vigs-konteks vrese, ondersteun die uitspraak van die adjunkminister dat 'n stryd teen MIV/Vigs, 'n stryd moet insluit teen armoede en geweldsmisdaad (Keynote address, 2007).

7.6.3 Diere

Diere is 'n derde breë tema wat gereflekteer is in die versorgers se persoonlike vrese. Hierdie tema het uitsluitlik vrese behels vir slange. Alhoewel navorsing bevind het dat slangvrese steeds gerapporteer is deur volwassenes soos algemeen gedoen word deur kinders (Kirpatrick in Loxton, 2004), is dit 'n onverwagte bevinding, gegewe die studiekonteks. Daar sou immers nie verwag word dat die eerste en enigste vrees wat gerapporteer word deur 'n versorger met lae sosio-ekonomiese

omstandighede, ‘n ongeneeslike kroniese siekte en woonagtig in ‘n geweldgeteisterde gebied, ‘n vrees vir slange sou wees nie.

Daar is egter ‘n metodologiese verklaring vir die versorgers se slangvrese. Soos verduidelik, is daar nie onderskei tussen die konsepte vrees en bekommernis vir die versorgers nie, alhoewel die angsverskynsels in ‘n mate verskil, met vrees ‘n reaksie op onmiddellike gevaar en bekommernis ‘n toekoms-geörienteerde emosie (sien Afdeling 2.4). Anders as die meeste versorgers, het die versorgers wat slangvrese gerapporteer het moontlik tussen vrees en bekommernis onderskei en hul vrese gerapporteer. Hulle kon meer verstaanbare omstandigheidspesifieke bekommernisse gehad het, wat nie gerapporteer is nie.

Die bevinding dat die versorgers ook slangvrese gerapporteer het is nietemin betekenisvol. Dat dit deur twee Xhosa-sprekende versorgers gerapporteer is veronderstel dat die kinders en versorgers se slangvrese ‘n kulturele komponent kon gehad het, soos daar reeds na verwys is toe die kinders se leerervarings bespreek is. Ook soos elders verduidelik, gee dit getuienis van die rol wat modellering in die kinders se dier- en spesifiek slangvrese gehad het. Laasgenoemde vestig die aandag op die waarde wat die insluiting van twee lede van ‘n huishouding in studies oor vrees kan hê.

7.7 Persoonlike hanteringstrategieë van die versorgers (sekondêre doelstelling 2)

Die tweede doelstelling aangaande die MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers, was om hul persoonlike hanteringstrategieë te eksploreer.

Soos die kinders se hanteringstrategieë, kon die versorgers se persoonlike hanteringsmeganismes beskryf word in terme van die drie breë dimensies (1) *primêre*, (2) *sekondêre* en (3) *hopelose kontrole meganismes*. Onderliggend hieraan is ‘n totaal van agt sub-dimensies geïdentifiseer (sien Tabel 16). Die bevindings word vervolgens bespreek na aanleiding van die breë hanteringsdimensies.

7.7.1 Primêre kontrole meganismes

Primêre kontrole meganismes is, relatief tot *sekondêre kontrole meganismes*, min gerapporteer deur die versorgers (sien Tabel 16). Met ander woorde ‘n minderheid van die versorgers se hanteringstrategieë het direkte pogings behels om die bron van kommer of vrees te beïnvloed. Hierdie tipe strategieë word gewoonlik gebruik as ‘n bron van spanning getakseer word as veranderbaar (Lazarus & Folkman, 1984). Die meeste vrese van die versorgers het direk of indirek verband gehou met MIV/Vigs (sien Tabel 15). Gegewe die ongeneeslike aard van MIV-infeksie (Sadock & Sadock, 2003), is dit dus nie vreemd dat die meeste van die versorgers klaarblyklik die bron van hul vrese as onveranderbaar beoordeel het nie. Soos afgelei met betrekking tot die kinders se hanteringstruktuur, dui die relatief klein hoeveelheid *primêre kontrole meganismes* wat deur die versorgers gerapporteer is dus daarop dat die versorgers se hanteringstrategieë vreespesifiek was. ‘n Alternatiewe verklaring is dat hulle nie in ‘n magsposisie gevoel het om dit wat gevrees is te beïnvloed nie, weens hul lae sosio-ekonomiese en historiese agtergrond. Hierdie verklaring is veral aanneemlik met betrekking tot hul materiële bron vrese (bv. werkloosheidsvrese), gegewe dat Swart kinders, en dus die meeste MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers in Suid-

Afrika, oorwegend van kwaliteit onderwys weerhou is gedurende die apartheidjare en gevolglik slegs 'n lae vlak van geletterdheid verwerf het (Dawes & Donald, 1994; sien Afdeling 2.11).

Die versorgers het op drie maniere pogings aangewend om die bron van hul vrese te beïnvloed. Van die versorgers het voorkomend opgetree (*voorkomende optrede*), terwyl ander pogings sou aanwend om dit wat gevrees is te vermy (*vermydende optrede*). *Ontsluiting* is 'n derde tipe *primêre kontrole meganisme* wat gerapporteer is (sien Tabel 16).

Van die *primêre kontrole meganismes*, is *voorkomende optrede* die meeste vermeld. Dit is ook die spesifieke tipe hanteringstrategieë wat algeheel die tweede meeste voorgekom het (sien Tabel 16). Van die verskillende tipes voorkomende optredes wat gerapporteer is, is die versorgers se pogings om gesonde eetgewoontes te implementeer die opmerklikste, maar nie opmerklik omdat dit nie in vorige studies gevind is nie. Soos opgemerk in die literatuuroorsig, is daar selfs 'n tendens gevind onder MIV-positiewe persone om kort na diagnose sodanige positiewe lewenstylaanpassings te maak (Taylor, 2006). Dit is egter opmerklik binne die Suid-Afrikaanse konteks. Ten tyde van die studie het die diensdoende gesondheidsminister naamlik opspraak verwek by 'n internasionale vigskonferensie deur natuurprodukte (bv. beet/suurlemoen/knofiel) voor te stel vir die behandeling van MIV/Vigs (Blandy, 2006). Hierdie voorstel is sterk teengestaan deur nie-regeringsorganisasies en ander belanghebbendes. Omdat daar min wetenskaplike bewyse voor gevind is, en selfs aanduidings is dat dit potensieel gevaarlik kan wees as ARB met sekere voedselsoorte gekombineer word, het navorsers tot die gevolgtrekking gekom dat daar nie ongegronde hoop gegee en moontlik skade gedoen moet word aan 'n reeds kwesbare populasie nie (Visser et al., 2004). Dit is gevolglik betekenisvol dat die huidige bevindings veronderstel dat gesonde eetgewoontes 'n sielkundige hanteringsmeganisme was vir die versorgers om hul vrese te hanteer. Die ervaring was dat dit aan MIV-positiewe versorgers 'n gevoel van beheer gegee het oor hul persoonlike gesondheid en vir die versorgers van MIV-positiewe kinders oor die gesondheid van hul kinders. Alhoewel gesonde eetgewoontes nie 'n opmerklike hoeveelheid van die versorgers se hanteringsmeganismes verteenwoordig het nie (sien Tabel 15), was dit 'n onderwerp wat dikwels in onderhoud na vore gekom het. Die potensieel positiewe effek van gesonde eetgewoontes op die sielkundige welsyn van MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers, moet derhalwe nie onderskat word nie en dit regverdig verdere ondersoek.

Dit is opmerklik dat tradisionele medisyne en praktyke nie as hanteringsmeganismes gerapporteer is nie. Daar is aanduidings dat dit dikwels in Suid-Afrika gebruik word deur persone met MIV/Vigs (PEPFAR, 2007). Dit kan moontlik daaraan toegeskryf word dat die MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers toegang gehad het tot gewone medikasie deur die kliniek, aangesien dit wel vermeld is as 'n hanteringstrategie. In vorige navorsing is medikasie as hanteringstrategie vir MIV/Vigs-verwante angste beduidend minder gerapporteer deur Swart as Wit persone met MIV/Vigs en dit is toegeskryf aan blankes se beter toegang tot mediese hulpbronne (Chou, 2004). Verder kon die kulturele verskil tussen die navorsers en die meeste van die deelnemers ook daartoe bygedra het dat kulturele praktyke, in hierdie geval die gebruik van tradisionele medisyne, nie gedeel is nie.

Uit die literatuur kan afgelei word dat alkohol en dwelmiddels as hanteringsmeganismes gebruik word deur MIV-positiewe persone (Green et al., 1996). Dit is nie deur die versorgers vermeld nie. Chalfin et al. (2002) het 'n soortgelyke bevinding gemaak aangaande MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers en voorgestel dat dit die gevolg kon gewees het van minimering en ontkenning. Dit was nie die ervaring met betrekking tot die huidige versorgers nie, alhoewel die moontlikheid nie uitgesluit

kan word nie. Teen die agtergrond van vorige navorsing dat alkohol beduidend meer gebruik is deur MIV-positiewe mans as vrouens om MIV/Vigs-verwante angs te hanteer (Kemppainen et al., 2006), kan voorgestel word dat die vroulike geslag van die meeste versorgers die afwesigheid van alkohol as hanteringsmeganisme kan verklaar. Dat alkohol nietemin voorgekom het in die versorgers se leefwêreld, is geïllustreer deur die geval van Sophia (sien Afdeling 6.5.1.1).

Die *vermydende optrede* strategieë van die versorgers, was soortgelyk aan die *probleem-gefokusde vermyding* hanteringsmeganismes van die kinders. Dit is ook in verhouding tot dieselfde tipes vrese gerapporteer, naamlik slange en misdaad. Hierdie hanteringsstrategieë van die versorgers, en as sodanig hul kinders, kan geïnterpreteer word as die resultaat van die natuurlike ontvlugtingsdrange waardeur vrees as 'n emosie gekenmerk word (Mash & Wolfe, 2005).

Waar *ontsluiting* 'n bron van vrees was vir sommige van die versorgers, was dit 'n hanteringsmeganisme vir ander. Dit is nie 'n onverwagte bevinding nie en is reeds afgelei uit die literatuursoektog (sien Afdelings 3.4.1 en 3.5.4). Dat ontsluiting as hanteringsmeganismes min gerapporteer is, is konsekwent daarmee dat die meeste kinders nie ingelig was oor hul verwantskap aan MIV/Vigs nie en die waarneming dat dit 'n besonder sensitiewe kwessie was vir die versorgers. Navorsing toon dat verberging vele nadelige implikasies het vir die hele gesinsisteam (sien Afdeling 3.5.4). Geslote kommunikasie is byvoorbeeld geassosieer met verhoogde spanning en probleeminternalisering soos angs by kinders en versorgers in MIV/Vigs-geaffekteerde huishoudings (Bachanas et al., 2001). Daar kan dus voorgestel word dat die versorgers in hierdie studie kan baat by ondersteuning in verband met ontsluiting.

7.7.2 Sekondêre kontrole meganismes

Sekondêre kontrole meganismes is die strategieë wat die meeste gerapporteer is deur die versorgers. Soos reeds bespreek is, is dit verstaanbaar teen die agtergrond van die tipe vrese wat gerapporteer is, dat die versorgers se hanteringsmeganismes hoofsaaklik pogings behels het om optimaal aan te pas by die bron van vrees, of om die angsgevoelens te reguleer wat daarmee gepaard gegaan het. Spesifiek sou die versorgers (1) ondersteuning soek (*soek ondersteuning*); (2) pogings aanwend om hul gedagtes af te lei, of denke te verander (*kognitiewe strategieë*); of (3) sosiale interaksie vermy (*afsondering*).

Soeke na ondersteuning is die tipe strategie wat die meeste gerapporteer is van die sekondêre kontrole meganismes en ook van die totale aantal hanteringsstrategieë. Spesifiek is soeke na *sosiale* ondersteuning, die algemeenste vermeld (sien Tabel 16). Pogings om sosiale ondersteuning te verkry is dikwels gerapporteer in vorige studies wat die hanteringsmeganismes ondersoek het van MIV-positiewe persone (Chou, 2004; Green et al., 1996; Kemppainen et al., 2006; Tsai et al., 2002) en MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers (Chalfin et al., 2002; Hardy et al., 1994; Kaplan et al., 1997; Mayers et al., 2005; Rehm & Franck, 2000). Chou (2004) het bevind dat ongeveer ses keer meer sosiale ondersteuning strategieë gerapporteer is deur MIV-positiewe mans en vrouens met 'n Swart as met 'n Wit rassekultuur. Dit veronderstel dat die groot hoeveelheid sosiale ondersteuning strategieë van die versorgers moontlik dui op 'n kultuur-spesifieke wyse van hantering. Verder het Tsai et al. (2002) bevind dat soeke na sosiale ondersteuning dikwels gerapporteer is deur MIV-positiewe persone vir die hantering van MIV/Vigs-verwante vrese, terwyl dit selde vermeld is vir die hantering van fisiese MIV/Vigs-simptome. Dat soeke na sosiale ondersteuning die tipe hanteringsstrategie is wat die meeste voorgekom het in hierdie studie, mag dus ook die

metodologie van die studie reflekteer, aangesien die versorgers se hanteringsmeganismes direk in verhouding tot hul vrese ondersoek is.

Teen die agtergrond van die spesifieke sosiale ondersteuningsfigure wat gerapporteer is, kan veronderstel word dat die gesondheidstelsel waarmee die versorgers in aanraking was, 'n belangrike kanaal was waardeur sosiale ondersteuning bekom is. MIV/Vigs-ondersteuningsgroepe, beraders, dieetkundiges en dokters is ondersteuningsfigure by die kliniek wat vermeld is. Die voorbeeld is aangehaal van 'n MIV-positiewe moeder wat haar dokter beskryf het as 'n vriend en vertel het hoe MIV/Vigs-ondersteuningsgroepe haar gehelp het om haar probleme in perspektief te plaas (sien Afdeling 6.6.2.1). Dit is 'n betekenisvolle bevinding en dui daarop dat die NSP se doelwit om ondersteuning te bied aan MIV-positiewe persone en hul naasbestaandes (Departement Gesondheid, 2007), ten minste gedeeltelik geslaag het met betrekking tot die versorgers in hierdie studie. Soos opgemerk deur Lazarus en Folkman (1984) is die sosiale omgewing nie uitsluitlik 'n bron van spanning nie, dit verskaf ook hulpbronne wat gebruik kan word vir oorlewing en optimale welsyn. Die bevindings aangaande die versorgers se hanteringstrategieë veronderstel dat die MIV/Vigs-dienspunte by Suid-Afrika se Openbare Gesondheidstelsel die potensiaal het om sodanige hulpbron te wees vir die MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers en kinders van die land.

Soeke na *spirituele* ondersteuning is ook 'n hanteringstrategie wat algemeen gerapporteer is deur die versorgers. Na sosiale ondersteuning is dit die spesifieke hanteringstrategie wat die meeste voorgekom het (sien Tabel 16). Spirituele ondersteuning strategieë is een van die hanteringsmeganismes wat wêreldwyd gerapporteer is in studies aangaande MIV-positiewe persone (Kemppainen et al., 2006; Tsai et al., 2002) en MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers (Chalfin et al., 2002; Kaplan et al., 1997; Rehm & Franck, 2000). Daar is egter aanduidings dat MIV-positiewe persone met 'n Swart rassekultuur en vroue wat met MIV/Vigs leef, meer van sodanige strategieë gebruik maak as MIV-positiewe persone met 'n Wit rassekultuur en dié wat manlik is (Chou, 2004; Kemppainen et al., 2006). Dit is versoenbaar met die rassekultuur en geslag van die meeste versorgers in hierdie studie (sien Tabel 3).

Die bevinding dat die versorgers uitsluitlik *intrinsieke* spirituele hanteringsmeganismes (bv. bid) gerapporteer het is opmerklik. Soos by die bevindings verduidelik, is die ervaring dat die versorgers, weens geantisipeerde stigma, versuim het om hul persoonlike of kinders se MIV-positiewe diagnoses te ontsluit aan die godsdienstige groepe en kerkgenootskappe waarby hulle klaarblyklik betrokke was (*organisatoriese* spirituele hanteringsmeganismes). Die voorbeeld wat aangehaal is van die versorger wat aan haar predikant ontsluit het en sodoende sosiale ondersteuning verkry het (sien Afdeling 6.6.2.1), vestig die aandag op die positiewe bydrae wat 'n godsdienstige instellings kan maak tot die lewe van MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers en hul kinders. Praktiese bystand is inderdaad ook een verklaring wat gebied word vir die effektiwiteit van spirituele hanteringsmeganismes (Taylor, 2006). In die bespreking van die versorgers se persoonlike vrese is opgemerk dat stigma 'n tema is wat na vore gekom het in die studie, alhoewel dit nie eksplisiet as 'n vrees gerapporteer is nie. Die voorafgaande veronderstel dat vrees vir stigma ook die versorgers se keuse van *hanteringsmeganismes* kon beïnvloed het. Die belang van die NSP se doelwit om MIV/Vigs-verwante stigma te bekamp (Departement Gesondheid, 2007), word dus weereens onderskryf.

In vorige studies aangaande die hantering van MIV/Vigs-verwante angs en vrees is *kognitiewe strategieë* dikwels gerapporteer (Green et al., 1996; Kemppainen et al., 2006; Mayers et al., 2005; Tsai et al., 2002). Dit is ook die tipe

hanteringstrategieë wat die derde meeste vermeld is deur die MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers (sien Tabel 16). Kognitiewe strategieë word dikwels beskou as minder adaptiewe wyses van hantering en die implementering daarvan is onder meer geassosieer met verhoogde angsvlakke by MIV-positiewe persone (Commerford et al., 1994; Kaplan et al., 1997). Navorsers is egter van mening dat kognitiewe strategieë heroorweeg moet word in die konteks van MIV/Vigs, aangesien dit een van die enigste hanteringsopsies mag wees, gegewe die onveranderbare aard van MIV-infeksie (Sadock & Sadock, 2003). Verder kan dit op die korttermyn 'n positiewe effek hê (Green et al., 1996; Hardy et al., 1994). Soortgelyk het Lazarus en Folkman (1984) opgemerk dat daar adaptiewe en disfunksionele kognitiewe strategieë is, maar dat die skeidslyn onduidelik is. Gevolglik is voorgestel dat kognitiewe strategieë onder sekere omstandighede 'n plek mag hê in die regulering van 'n sielkundige spanning. Dit was klaarblyklik die geval met betrekking tot die MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers, aangesien hulle kognitiewe meganismes as hanteringstrategieë geïdentifiseer het.

Afsondering (bv. sit alleen en luister radio), is 'n sekondêre kontrole meganisme wat slegs gerapporteer is deur MIV-positiewe versorgers. Sodanige strategieë is ook geïdentifiseer in vorige studies aangaande die hantering van MIV/Vigs- verwante ang en spanning (Green et al., 1996; Kemppainen et al., 2006; Tsai et al., 2002).

7.7.3 Hopelose kontrole meganismes

Hopelose kontrole meganismes is min gerapporteer deur die versorgers (sien Tabel 16). Met ander woorde slegs enkele versorgers het vermeld dat niks gedoen is om hul vrese te hanteer nie, of dat hulle nie geweet het nie. Dit is bemoedigend en is waarskynlik deels die gevolg van die toegang tot ondersteuning wat die teikengroep gehad het deur hul aanraking met die gesondheidstelsel. Ook het die meeste versorgers wat hopelose kontrole meganismes gerapporteer het, addisionele hanteringsmeganismes gerapporteer, wat daarop dui dat hulle nie totaal passief was met betrekking tot die hantering van hul vrese nie. Dat daar 'n versorger was wat slegs gerapporteer het dat sy nie geweet het wat gedoen word om haar vrese te hanteer nie, is nietemin betekenisvol om in aanmerking te neem. Alhoewel die algehele ervaring is dat die versorgers tot 'n mindere of meerdere mate sielkundig aangepas het, en dus klaarblyklik geslaag het om hul vrese te hanteer, moet individuele gevalle nie buite rekening gelaat word nie.

7.8 Samevatting (sekondêre doelstellings)

Die twee hoofbevindings aangaande die MIV/Vigs-geaffekteerde versorgers is dat hul:

1. *Persoonlike vrese* gesentreer het rondom sielkundige behoeftes en sosiale rolle kenmerkend aan *volwassenheid*, psigo-sosiale bedreigings kenmerkend aan die *Suid-Afrikaanse MIV/Vigs-konteks* en *diere*. Vrese aangaande *kinders se welstand* en *persoonlike welstand* is die meeste gerapporteer.
2. *Persoonlike hanteringstrategieë* pogings behels het om die bron van vrees te *beïnvloed*, optimaal *aan te pas*, of vrees te *reguleer*. *Soeke na ondersteuning* en *voorkomende optrede* is die meeste gerapporteer.

7.9 Teoretiese integrasie

In Hoofstuk 4 is 'n omvattende teoretiese raamwerk voorgestel vir die studie. Die meeste teorieë het tot 'n mindere of meerdere mate menslike belewenis en gedrag gekonseptualiseer as die resultaat van 'n interaksie tussen die mens en sy of haar omgewing. Hierdie interaksie is deur sisteemteoretici simbolies voorgestel as $G = f \{P;O\}$. Om die sistemiese vergelyking vir die studie te optimaliseer, is dit herskryf as $V/H = f \{P;O\}$, met vrees (V) en hanteringsmeganismes (H) onderskeidelik die belewenis en gedrag wat ondersoek is. Dit blyk inderdaad dat sodanige konseptualisering 'n werkbare perspektief verskaf om die vrese en hanteringsstrategieë van die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders en hul versorgers teoreties te verstaan.

Lewenstadiaspesifieke eienskappe en behoeftes, soos voorgestel deur die psigo-sosiale benadering, het na vore gekom in die normatiewe vrese van die kinders en die volwassenheidvrese van die versorgers. Soos bespreek, is die kognitiewe eienskap van middel-kinderjariges, om toenemend tussen fantasie en die werklikheid te kan onderskei, byvoorbeeld gereflekteer in die lae rapportering van *fantasiekaraktervrese* deur die kinders. Met betrekking tot die versorgers, is telkens daarna verwys dat volwasse nes se psigo-sosiale behoeftes aan intimiteit en generatiwiteit, asook hul sosiale rolle as versorgers, liefdesmaats en vriende na vore gekom het in vrese oor die *welstand* van geliefdes, veral hul kinders. Die idee dat die versorgers se vrese bemiddel is deur lewenstadiaspesifieke behoeftes, is ook geïllustreer deur die jongste versorger se vrees in verband met *studiegeld*. Dit reflekteer eerder 'n ontwikkelingstaak van laat adolessente om 'n beroepskeuse te maak en daarvoor voor te berei (Newman & Newman, 1995). Hierdie versorger was dus klaarblyklik nog in 'n oorgangsfase na volwassenheid en dit is weerspieël in die inhoud van haar vrees.

Die kognitiewe eienskappe van die kinders, en die versorgers se psigo-sosiale behoeftes en sosiale rolle, kan beskou word as aspekte van die *sielkundige* en *sosiale* sub-sisteme van die mens, soos dit deur sisteemteorie gekonseptualiseer word. Die sistemiese perspektief stel egter 'n drieledige menslike sisteem voor, wat bykomend 'n biologiese sub-sisteem insluit. Die invloed van 'n *biologiese* menslike sub-sisteem op die deelnemers se vrese, word weerspieël in die bevindings aangaande die vrese van die kinders en versorgers wat persoonlik met MIV/Vigs geleef het. Vir hierdie deelnemers was MIV/Vigs- verwante vrese prominent. Soos voorgestel deur die sielkundige attribusie teorie, het die MIV-positiewe deelnemers hul gesondheidstatus waarskynlik op *primêre* vlak getakseer as 'n persoonlike bedreiging. Vir die meisie wat 'n *sosiale* MIV/Vigs- verwante vrees gerapporteer het, moontlik as 'n bedreiging vir haar psigo-sosiale behoefte aan vriendskappe. Vir die MIV-positiewe versorgers wat *doodvrese* gerapporteer het, moontlik as 'n bedreiging vir hul behoefte om 'n positiewe bydrae te maak tot die opkomende generasie (generatiwiteit). Die *hopelose kontrole meganisme*, wat deur een van die MIV-positiewe meisies gerapporteer is, veronderstel dat haar MIV-status *sekondêr* beoordeel is as onhanteerbaar. Volgens die sielkundige attribusie teorie skep dit die kondisies vir die ervaring van merkbare spanning. Die belang van die aanbeveling dat kinders wat persoonlik geïnfekteer is afsonderlike oordenking regverdig in opkomende studies, word dus teoreties onderskryf.

Gegewe dat lewenstadiaspesifieke vrese die meeste gerapporteer is deur beide ouderdomsgroepe, kan veronderstel word dat die Persoon 'n kragtige komponent was in die sistemiese vergelyking, waardeur die vrese van die deelnemers bemiddel is.

Nietemin het kenmerke van die Suid-Afrikaanse MIV/Vigs-konteks na vore gekom in die kinders én die versorgers se vrese. Die sosiale omgewing het dus ook klaarblyklik bygedra tot die interaksie.

Uit die meeste gevalle wat voorgestel is as deel van die bevindings, is dit duidelik dat 'n multi-sistemiese perspektief van die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders en versorgers se sosiale omgewing nodig is om die komplekse invloed daarvan op hul vrese en hanteringsmeganismes die beste te verstaan (Brofenbrenner, 1981). Ter illustrasie word 'n voorbeeld beskryf aangaande die vrese van die kinders en versorgers onderskeidelik.

In Afdeling 6.5.2.1 is die voorbeeld aangehaal van 'n MIV-positiewe moeder wie besorg was oor behuising. Die besluit van die versorgingsoordbestuur (*ekso-sisteem*), om haar seun terug te plaas in haar sorg, nadat hy volgens beleid te oud geword het om daar versorg te word, het *mikro-sistemiese* probleme geskep vir die moeder, omdat sy nie haar eie huis gehad het nie. Dit het aanleiding gegee tot kommer oor behuising. Van belang vir hierdie bespreking egter, is dat afgelei kan word uit die moeder se vertelling, dat die oorplasing van die seun na sy moeder se sorg ook as spanningsvol ervaar is deur die kind. Vanuit sy moeder se perspektief, was dit interpersoonlike (*mikro-sistemiese*) spanning tussen die seun en ander lede van die huishouding, wat tot gevolg gehad het dat hy slegs in haar nabyheid by die huis sou ingaan. Die seun self het 'n primêre vrees gerapporteer vir groot seuns, wat hom klaarblyklik aangesê het om geld te steel wat hy nie wou nie en kon seermaak. Die seun se self-gerapporteerde vrees veronderstel ook interpersoonlike (*mikro-sistemiese*) spanning, alhoewel nie dieselfde as wat deur sy moeder gerapporteer is nie. Vir hierdie kinderdeelnemer was die *ekso-sistemiese* besluit van die versorgingsoordbestuur 'n *krono-sistemiese* lewensgebeurtenis, wat kondisies geskep het vir verandering. Op *mikro-vlak* is die aanpassings wat dit vereis het klaarblyklik as spanningsvol getakseer en vrees is as gevolg hiervan ervaar. Die seun se lewensiklus oorgang na 'n volgende ouderdom (*krono-sisteem*) en die moeder se relatief goeie gesondheid, kan beskou word as eienskappe van onderskeidelik die kind en versorger as Persone, wat in interaksie was met die *ekso-sisteem*, aangesien hierdie faktore die besluit van die versorgingsoordbestuur, in 'n omgewing waarmee hulle nie direk in aanraking was nie, beïnvloed het.

Die geval van Sophia word ter illustrasie van die versorgers beskryf (sien Afdeling 6.5.1.1).

Reeds prenataal het verwerping van haar moeder deur haar biologiese vader (*meso-sisteem*) veroorsaak dat Sophia na geboorte deur familieledede versorg sou word. Interpersoonlike verhoudings met familieledede (*mikro-sisteem*) gedurende haar kinderjare is benadeel deur 'n wisselwerking tussen haar *meso-sisteem* en *makro-sisteem*. Die *meso-sistemiese* invloed was die swak verhouding tussen Sophia se vader en haar uitgebreide gesinsnetwerk, weens sy versuim om lobôla te betaal vir haar moeder. Die kulturele gebruik van lobôla kan beskou word as die *makro-sistemiese* invloed. Indien dit nie 'n tradisionele instelling was nie, sou daar immers geen struweling ontstaan het nie. As gevolg van die impak wat die sosiale konteks van Sophia se kinderjare gehad het op haar as individu (*menslike sisteem*), ervaar sy as MIV-positiewe versorger vrees (*sielkundige menslike sub-sisteem*) oor die toekomstige versorging van haar kinders. Sy is naamlik nie seker hoe haar kinders deur familieledede behandel en versorg sal word as sy sou sterf nie. Haar teenswoordige *mikro-sisteem* (man wat drink), was ook nie sodanig dat sy kon vertrou dat haar kinders optimaal versorg sou word, indien sy sou sterf nie. Sophia se vrees kan dus verstaan word as die resultaat van 'n akkumulاسie van verskeie lewensgebeure oor tyd (*krono-sisteem*). MIV-infeksie kan beskou word as 'n nie-normatiewe *krono-sistemiese* lewensgebeurtenis wat die kondisies vir verandering

geskep het vir Sophia se vrees. Soos voorgestel deur die psigo-sosiale teorie, is die sielkundige spanning sentraal aan 'n sekere lewenstadium (*psigo-sosiale krisis*) nooit finaal opgelos nie en kan dit weer beleef word as nie-normatiewe gebeurtenisse die sielkundige balans versteur, wat voorheen bereik is. Dit was klaarblyklik die geval met Sophia. Haar verhaal veronderstel dat onbevredigde behoeftes van haar kinderjare weer persoonlik relevant geword het, nadat sy MIV-positief gediagnoseer is. Dit mag wees dat haar MIV-positiewe status 'n gevoel van verontregting tot gevolg gehad het, soortgelyk aan die gevoel wat ervaar is gedurende haar grootwordjare. Dit kon voormalige behoeftes weer in herinnering gebring het.

Ook die hanteringstrategieë van die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders en versorgers kan verstaan word as die resultaat van 'n persoon-omgewing interaksie. Soos verwag teen die agtergrond van die psigo-sosiale en sistemiese benaderings, het die meeste kinders en versorgers hanteringsmeganismes geïmplementeer. Hulle was dus nie passiewe slagoffers van hul vreeservarings nie en het gereageer op dit wat as bedreigend ervaar is in hul omgewings. Dit is opmerklik dat die wyse waarop gereageer is, klaarblyklik ook beïnvloed is deur die omgewing. Hiervan is die gesonde eetgewoontes wat deur die versorgers gerapporteer is as 'n hanteringstrategie 'n goeie voorbeeld. Sodanige gedrag is aangemoedig deur kliniekpersoneel (*mikro-konteks*). Die kliniekpersoneel weer, kon beïnvloed gewees het deur departementele riglyne en/of die media (*ekso-sisteem*).

Die bevindings oor die kinders se leerervarings veronderstel dat die televisie 'n belangrike kanaal was waardeur vreeswekkende televisieprogramme, wat saamgestel is in 'n omgewing waarmee nooit werklike kontak was nie (*ekso-sisteem*), deel geword het van hul direkte leefwêreld (*mikro-konteks*). Selfs is dit gerapporteer as die belangrikste kanaal waardeur die realiteite van hul direkte omgewing (bv. misdaad) die *mikro-konteks* van hul huishoudings bereik het.

Soos gesien teen die agtergrond van die teoretiese raamwerk, het die vrese en hanteringstrategieë van die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders en versorgers meer behels as wat waarneembaar is op die oppervlak. Hul vrese en hanteringsmeganismes kan beskou word as die resultaat van 'n interaksie tussen persoonlike eienskappe en 'n multi-dimensionele sosiale omgewing ($V/H = f \{P; O\}$). Die geheel was meer as die som van die dele, en die huidige bevindings gee waarskynlik 'n aanduiding van wat hierdie geheel was. In die volgende hoofstuk sal dit duidelik word dat sodanige teoretiese perspektief van die kinders en versorgers se vrese en hanteringsmeganismes, belangrike implikasies het vir ondersteuningsdoeleindes.

7.10 Hoofstuksamevatting

Hierdie studie het die vrese en hanteringstrategieë ondersoek van 'n middel-kinderjarige teikengroep MIV/Vigs-geaffekteerde kinders en hul volwasse versorgers in aanraking met 'n Openbare Gesondheidskliniek in die Wes-Kaap provinsie van Suid-Afrika. In hierdie hoofstuk is die bevindings bespreek en teoreties geïntegreer. In die volgende hoofstuk word die studie krities geëvalueer, enkele implikasies van die bevindings vir die studiekonteks bespreek en die tesis met 'n slotwoord afgesluit.

HOOFSTUK 8

KRITIESE EVALUERING, IMPLIKASIES EN SLOTWOORD

In die laaste hoofstuk van hierdie tesis, word die studie krities geëvalueer en enkele implikasies van die bevindings vir die studiekonteks bespreek. Ten slotte word met 'n finale woord geëindig.

8.1 Kritiese evaluering

Verskeie aspekte van die ondersoek het waarde daaraan toegevoeg. Nietemin is daar beperkings waarop aandag gevestig moet word. Die studie word vervolgens krities geëvalueer, deur 'n puntsgewyse samevatting van die belangrikste beperkings en waardes van die ondersoek.

8.1.1 Beperkings van die studie

Die volgende beperkings word uitgelig:

1. Dit was 'n geselekteerde teikengroep in aanraking met die Openbare Gesondheidstelsel. MIV/Vigs-geaffekteerde kinders en versorgers wat nie sodanige ondersteuning ontvang nie, se stemme is nie in hierdie studie gehoor nie. Daar kan veronderstel word dat hul vrese en hanteringstrategieë sal verskil met dié van die huidige teikengroep. Dit beperk die veralgemeenbaarheid van die bevindings.
2. Die deelnemerseleksiemetode en grootte van die teikengroep, beperk die veralgemeenbaarheid van die bevindings ook na soortgelyke studiekontekste. Die bevindings is dus slegs verteenwoordigend van die kinders en versorgers in hierdie studie se vrese en hanteringsmeganismes.
3. 'n Dwarssneeontwerp is gevolg. Dit is bekend dat kinders en versorgers in huishoudings wat geaffekteer word deur kroniese siekte, se belewenisse verskil gedurende verskillende fases in die verloop van gesinslede se siekte (sien Afdeling 2.11). 'n Longitudinale ontwerp sal nodig wees om sodanige verskille te identifiseer.
4. Ten spyte van die heterogene aard van die teikengroep, is die data oorwegend ontleed as 'n homogene datastel. Bykomend tot die MIV-positiewe kinders, wat geïdentifiseer is as 'n spesiale sub-populasie, kon daar nog verskeie sub-groepe gewees het, soos die kinders en versorgers in pleegsorgopsette. Let daarop dat die identifisering van die MIV-positiewe kinders as 'n spesiale sub-groep, ook gebaseer is op enkele gevalle en die bevinding dus slegs tentatief is. Dit is nietemin in lyn met wat die literatuur veronderstel (Siegel & Gorey, 1998; Wild, 2001).
5. Ondanks goeie samewerking met die tolk en oorwegend openhartige deelname, kon taal- en kultuurverskille tussen die navorser en die deelnemers, die uitkoms van die studie beïnvloed het. In-diepte inligting kon verlore gegaan het, gedurende die tolk-bemiddelde onderhoude. Verder is dit moontlik dat, as gevolg van die kulturele verskille en sosiale wenslikheid, sekere vrese en hanteringsmeganismes nie gerapporteer is nie (sien Afdeling 7.6.1).
6. Die dataversamelingsomstandighede was nie optimaal nie. 'n Hoë omgewingstemperatuur en periodes wat gewag moes word, as die tolk nie dadelik beskikbaar was nie, kon deelnemeruitputting tot gevolg gehad het. Verder is die onderhoude soms onderbreek en dit kon die spontaniteit van die deelnemers se reaksies beperk het.

8.1.2 Aspekte van waarde

Daar is reeds op ander plekke in die tesis verwys na aspekte van die studie, wat die waarde daarvan verhoog het (sien Afdelings 1.3 en 5.9). Die volgende waardes word uitgelig:

1. Die studie het kennis gegeneer oor 'n wye verskeidenheid verwante konsepte, aangaande 'n grotendeels ongeëksploreerde teikengroep, wat moeilik bereikbaar is (sien Afdeling 5.2.1).
2. 'n Addisionele perspektief is verkry van die kinders se vrese en hanteringsmeganismes. Dit word beskou as die optimale metode in studies oor kinders (Muris et al., 2001; Silverman & Saavedra, 2004).
3. Die belewenis en gedrag, in die vorm van vrese en hanteringsmeganismes onderskeidelik, van verskillende lede in dieselfde huishouding is ondersoek. Hierdeur was daar byvoorbeeld sterk getuienis van 'n geval waar modellering 'n rol gehad het in een van die kinderdeelnemers se vrese.
4. 'n Kindervriendelike metode vir dataversameling is gebruik en dit het terapeutiese waarde gevoeg tot die kinders se onderhoudservarings (sien Afdeling 5.4.1.1).

Alhoewel die studie dus gekenmerk word deur verskeie beperkings, verleen verskeie aspekte besondere waarde daaraan.

8.2 Implikasies vir die studiekonteks

Hierdie studie is onder meer gemotiveer deur mediese personeel en beraders se behoefte aan kennis oor MIV/Vigs-geaffekteerde kinders en versorgers in aanraking met die Openbare Gesondheidsfasiliteite van die Wes-Kaap. Ten einde van waarde te wees vir belanghebbendes by die studiekonteks, word enkele implikasies van die bevindings in hierdie afdeling bespreek. Alhoewel die bevindings nie veralgemeen kan word nie, kan veronderstel word dat ander persone wat werksaam is met MIV/Vigs-geaffekteerde kinders en versorgers, ook kan baat by hierdie afdeling.

Die belangrikste boodskap van die ondersoek is dat gewone kinders en versorgers, met normale ontwikkelingsbehoefte en uitdagings, ontmoet is in die wagkamer van die kliniek. Die implikasie van hierdie bevinding, is dat daar in die eerste plek begrip nodig is vir die pasiënte en hul naasbestaandes se lewenstadiaspesifieke behoeftes en eienskappe, asook die sosiale verwagtings wat aan hulle gestel word, ten einde hul vrese en hanteringsmeganismes, en as sodanig hul belewenis en gedrag, te verstaan. Dit geld met betrekking tot die kinder- én volwassedeelnemers en ongeag persoonlike MIV-status. Die psigo-sosiale teorie bied 'n aanneemlike raamwerk as agtergrond om ontwikkelingskwessies te identifiseer, waar 'n fokus op individue gestrem word deur tydsdruk of ander faktore.

Nietemin vestig die bevindings die aandag daarop, dat begrip vir die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders en versorgers, bykomend begrip vereis vir hul sosiale leefwêreld. Dit behels nie slegs begrip vir armoedige lewensomstandighede en 'n misdaadgeteisterde samelewing nie. Dit is ook nodig om te verstaan dat die belewenisse en gedrag van die kinders en versorgers die resultaat mag wees van 'n akkumulering van lewensgebeurtenisse oor tyd (sien Afdeling 7.8). Alhoewel sodanige gebeurtenisse van kind tot kind en versorger tot versorger sal verskil, is die teikengroep se kulturele en sosio-

historiese agtergrond, wat 'n familiegeskiedenis van verontregting impliseer, 'n gemeenskaplike aspek van die meeste MIV/Vigs-geaffekteerde kinders en versorgers, wat belangrik is om in aanmerking te neem.

Laastens dui die bevindings op die besondere uitdagings verbonde aan kindwees en versorgerskap in die konteks van MIV/Vigs. Soos die intuïsie veronderstel, is daar aanduidings dat dit veral geld met betrekking tot dié *MIV-positiewe* kinders en versorgers. Hoewel, MIV/Vigs het ook direk of indirek na vore gekom in die ongeïnfekteerde deelnemers se vrese. Dit beteken dat die effek van MIV/Vigs op die belewenisse van naasbestaendes, en die gepaardgaande uitdagings wat dit stel vir hantering, nie onderskat moet word nie. Stigma en die nouverwante kwessie van ontsluiting, is geïdentifiseer as MIV/Vigs-spesifieke kwessies wat besondere aandag regverdig binne die studiekonteks.

Die aanbeveling is dus dat (1) normale ontwikkelingsaspekte, (2) teenswoordige en historiese sosiale kwessies, asook (3) MIV/Vigs-spesifieke uitdagings, in aanmerking geneem moet word, ten einde die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders en versorgers se vrese (belewenisse) en hanteringsmeganismes (gedrag) te verstaan. Kennisname van en begrip vir hierdie drie faktore, mag die vorming van vertrouensverhoudings bevorder en sodoende dienslewering fasiliteer (Brookins, 1993; Sartain et al., 2000; Taylor, 2006).

Dit was nie 'n studiedoelwit om kennis te genereer vir intervensiedoeleindes nie. Teen die agtergrond van die bevindings, die navorser se ervarings met die deelnemers en kenners se menings, kan die volgende egter opgemerk word. Die kinders mag baat by aansporing om met versorgers te praat oor hul vrese (Botha et al., 2001). Terselfertyd behoort die versorgers aangemoedig te word om beskikbaar, asook ingesteld te wees op hul kinders se behoeftes en vrese. Dit is egter 'n veeleisende verwagting in die konteks van MIV/Vigs, waar versorgers self met vele uitdagings gekonfronteer word, wat 'n kragtige impak mag hê op hul persoonlike vrese, aandag, geestesgesondheid en geduld (Snipstad, Lie & Winje, 2005). Die ondersteuningssessies waarmee begin is vir die kinders (sien Afdeling 2.1), sou 'n alternatiewe kanaal kon wees vir die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders om hul vrese te verbaliseer, en terselfertyd hanteringsvaardighede aan te leer. Vervoerprobleme is egter slegs een stremming, wat tot gevolg het dat die navorser die lewensvatbaarheid daarvan bevraagteken as effektiewe strategie om die meeste kinders te bereik.

Derhalwe word voorgestel dat ondersteuning aan die kind-versorger pare moet begin by ondersteuning aan die versorgers om hul persoonlike vrese te hanteer. Dit is essensieel indien daar van die versorgers verwag word om 'n geborge omgewing vir hul kinders te skep (Snipstad et al., 2005), waar die kinders die vrymoedigheid sal hê om hul vrese te deel. Ondersteuning aan die versorgers kan geïnkorporeer word by die ondersteuningsessies wat gebied word aan die volwassenes, en reeds stewiger in plek is as die kinderondersteuningsgroepe. Alhoewel afgelei is dat gespreksvoering oor probleme reeds ingesluit was by hierdie groepsessies, word aanbeveel dat ook spesifiek gefokus moet word op vrese en bekommernisse, veral aangaande versorgerskap. Bespreking van kinders se eie vrese, insluitend normatiewe ontwikkelingsvrese, en hoe om dit te hanteer, behoort ook by die ondersteuningsessies ingesluit te word. Met betrekking tot die versorgers se hantering van persoonlike vrese, kan die bevindings van hierdie studie gebruik word as riglyn om onderlinge gespreksvoering te fasiliteer, oor potensiële wyses van vreeshantering. Teen die agtergrond van die bevindings aangaande die kinders se leerervarings, word bykomend aanbeveel dat die versorgers ingelig moet word oor die groot rol

wat die televisie mag hê op hul kinders se vreeservarings. Die versorgers mag baat by riglyne om hul kinders se televisiekykgewoontes te reguleer (Botha et al., 2001).

In geheel toon die bevindings dat 'n holistiese benadering nodig is, ten einde die MIV/Vigs-geaffekteerde deelnemers in hierdie studie te ondersteun en daar kan veronderstel word, die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders en versorgers van Suid-Afrika oor die algemeen. Dit is nie 'n nuwe bevinding nie en sluit aan by die doelwitte van die NSP (Departement Gesondheid, 2007). Die uitdaging is om hierdie doelwitte toe te pas in die praktyk. Ter bemoediging van diegene by die studiekonteks wat hulself daarvoor beywer, word vanuit die bespreking herhaal, dat waarskynlik reeds 'n verskil gemaak is in die lewens van die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders en versorgers, waarmee daar tevore aanraking was.

8.3 Slotwoord

Hierdie tesis was die uitkoms van 'n eksploratiewe studie oor die vrese en hanteringstrategieë van MIV/Vigs-geaffekteerde kinders en versorgers. Dit was 'n geselekteerde teikengroep middel-kinderjarige kinders en hul volwasse versorgers in aanraking met die Openbare Gesondheidstelsel van die Wes-Kaap, Suid-Afrika. Daar is uitgegaan om 'n spesiale populasie te ondersoek. In teenstelling is gewone kinders en versorgers met spesiale omstandighede gevind. Hierdie omstandighede het veroorsaak dat besondere vrese ervaar is, wat konteks-spesifieke hanteringstrategieë vereis het. Deur by te voeg tot die beperkte hoeveelheid literatuur aangaande die MIV/Vigs-geaffekteerde kinders en versorgers van Suid-Afrika, het die studie (1) *wetenskaplike* waarde. As die bevindings gebruik word om die welstand van hierdie kwesbare deel van Suid-Afrika se bevolking te bevorder en relevant kan wees vir personeel, kinders en versorgers by die studiekonteks, het die ondersoek ook (2) *sosiale* en (3) *toegepaste* waarde. Opkomende navorsers en enige persoon wat in 'n posisie daartoe is, word aangemoedig om hulself te beywer vir soortgelyke waardes.

In die gees van *ubuntu*

Die einde

VERWYSINGS

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms and profiles*. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Adams-Greenly, M., & Moynihan, R. T. (1983). Helping the children of fatally ill parents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 53(2), 219-229.
- American Psychiatric Association [APA]. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (text revision). Washington, DC: Author.
- Andiman, W. (1995). Medical aspects of AIDS: What do children witness? In S. Geballe, J. Gruendell, & W. Andiman (Eds.), *Forgotten children of the AIDS epidemic* (pp. 32-49). New Haven: Yale University Press.
- Ansell, N., & Young, L. (2008). *HIV/AIDS and children's migration: A training manual for community workers*. Onttrek van: <http://www.brunel.ac.uk/840/GES/dfidreport3.pdf>
- Antle, B. J., 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), 159-169.
- Armstrong, F. D., Seidel, J. F., & Swales, T. P. (1993). Pediatric HIV infection: A neuropsychological and educational challenge. *Journal of Learning Disabilities*, 26(2), 92-103.
- Ashton, E., Vosvick, M., Chesney, M., Gore-Felton, C., Koopman, C., O'Shea, K. et al. (2005). Social support and maladaptive coping as predictors of the change in physical health symptoms among persons living with HIV/AIDS. *AIDS Patient Care and STDs*, 19(9), 587-598.
- Babbie, E., & Mouton, J. (2001). *The practice of social research*. Kaapstad: Oxford University Press.
- Bacha, T., Pomeroy, E. C., & Gilbert, D. (1999). A psychoeducational group intervention for HIV-positive children: A pilot study. *Health and Social Work*, 24(4), 303-306.
- Bachanas, P. J., Kullgren, K. A., Schwartz, K. S., Lanier, B., McDaniel, J. S., Smith, J. et al. (2001). Predictors of psychological adjustment in school-age children infected with HIV. *Journal of Pediatric Psychology*, 26(6), 343-352.
- Band, E. B., & Weisz, J. R. (1988). How to feel better when it feels bad: Children's perspectives on coping with everyday stress. *Developmental Psychology*, 24(2), 247-253.
- Barbarin, O. A., & Richter, L. (2001a). Economic status, community danger and psychological problems among South African children. *Childhood: A Global Journal of Child Research*, 8(1), 115-133.
- Barbarin, O. A., & Richter, L. M. (2001b). *Mandela's children*. London: Routledge.
- Baron, R. A., & Byrne, D. (2003). *Social psychology* (10e uitgawe). Boston, MA: Pearson Education.
- Betolli-Vaughan, E., Brown, R. T., Brown, J. V., & Baldwin, K. (1998). Psychological adjustment and adaptation of siblings and mothers of children with HIV/AIDS. *Families, Systems and Health*, 16(3). Onttrek 7 Maart 2008 van: <http://find.galegroup.com.ez.sun.ac.za/itx/start.do?prodl=AONE>
- Blakely, K. S. (1994). Parents' conceptions of social dangers to children in the urban environment. *Children's Environments*, 11(1), 20-35. Onttrek 4 Maart 2008 van: <http://www.colorado.edu/journals/cye/>.
- Blandy, F. (2006, 14 Augustus). SA shows garlic and beetroot at Aids conference. *Mail and Guardian*. Onttrek 4 Mei 2007 van: http://www.mg.co.za/articlePage.aspx?articleid=280686&area=/breaking_news/breaking_news_national/

- Bor, R., & Du Plessis, P. (1997). The impact of HIV/AIDS on families: An overview of recent research. *Families, Systems and Health, 15*(4), 413-427.
- Botha, A., Van Ede, D. M., Louw, A. E., Louw, D. A., & Ferns, I. (2001). Die kleutertydperk. In D. A. Louw, D. M. Van Ede, & A. E. Louw (Eds.), *Menslike ontwikkeling* (3e uitgawe) (pp. 237-322). Kaapstad: Kagiso Tersiër.
- Boyd-Franklin, N. (2003). Race, class, and poverty. In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes: Growing diversity and complexity* (3e uitgawe) (pp. 260-279). New York: Guilford Press.
- Brookins, G. K. (1993). Culture, ethnicity, and bicultural competence: Implications for children with chronic illness and disability [Suppl.]. *Pediatrics, 91*(5), 1056-1062.
- Bronfenbrenner, U. (1981). *The ecology of human development: Experiments by nature and design* (4e uitgawe). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology, 22*(6), 723-742.
- Brown, L. K., Reynolds, L. A., & Brenman, A. J. (1994). Out of focus: Children's conceptions of AIDS. *Journal of Health Education, 25*(4), 204-209.
- Burkhardt, K. E. (2002). *Fears in a selected group of middle-childhood South african children: A cross-cultural study*. Ongepubliseerde meesterstesis. Universiteit Stellenbosch.
- Burkhardt, K. E. (2003). *The fears expressed and coping mechanisms of a selected group of middle childhood South African children living in a children's home*. Ongepubliseerde meesterstesis. Universiteit Stellenbosch.
- Burkhardt, K. E. (2007). *An assessment instrument for fear in middle childhood South African children*. Ongepubliseerde doktorsproefskrif. Universiteit Stellenbosch.
- Burkhardt, K., & Loxton, H. (in pers). Fears, coping and perceived efficacy of South African children living in children's homes. *South African Journal of Child and Adolescent Mental Health*.
- Burkhardt, K., Loxton, H., & Muris, P. (2003). Fears and Fearfulness in South-African children. *Behaviour Change, 20*(2), 94-102.
- Chalfin, S. R., Grus, C. L., & Tomaszewski, L. (2002). Caregiver's stress secondary to raising young children with HIV infection: A preliminary investigation. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 9*(3), 211-218.
- Chou, F.-Y. (2004). Testing a predictive model of the use of HIV/AIDS symptom self-care strategies. *AIDS Patient Care and STDs, 18*(2), 109-117.
- Christ, G. H., Siegel, K., Freund, B., Langosch, D., Henderson, S., Sperber, D. et al. (1993). Impact of parental terminal cancer on latency-age children. *American Journal of Orthopsychiatry, 63*(3), 417-425.
- Clafin, C. J., & Barbarin, O. A. (1990). Does "Telling" less protect more? Relationships among age, information disclosure, and what children with cancer see and feel. *Journal of Pediatric Psychology, 16*(2), 169-191.
- Commerford, M. C., Gular, E., Orr, D. A., Reznikoff, M., & O'Dowd, M. A. (1994). Coping with psychological distress in women with HIV/AIDS. *Journal of Community Psychology, 22*, 224-230.
- Compas, B. E. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin, 101*(3), 393-403.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin, 127*(1), 87-127.

- Craske, M. G. (1997). Fear and anxiety in children and adolescents. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61(2, suppl. A), A4-A36.
- Dawes, A., & Donald, D. (1994). Understanding the psychological consequences of adversity. In A. Dawes & D. Donald (Eds.), *Childhood and adversity: Psychological perspectives from South African research* (pp. 1-27). Kaapstad: David Philip.
- Dawes, A., Long, W., Alexander, L., & Ward, C. L. (2006). *A situation analysis of children affected by maltreatment and violence in the Western Cape. A report for the Research Directorate, Department of Social Services and Poverty Alleviation: Provincial Government of the Western Cape*. Kaapstad: Human Sciences Research Council.
- Demarrais, A. (1995). Mommy and me. In S. Geballe, J. Gruendell, & W. Andiman (Eds.), *Forgotten children of the AIDS epidemic* (pp. 64-69). New Haven: Yale University Press.
- Departement Gesondheid (2007). *HIV and AIDS and STI strategic plan for South Africa, 2007-2011*. Onttrek 30 Maart 2007 van: <http://www.doh.gov.za/docs/hivaids-progressrep.html>
- Derevensky, J. (1979). Children's fears: A developmental comparison of normal and exceptional children. *Journal of Genetic Psychology*, 135, 11-21.
- Domek, G. J. (2006). Social consequences of antiretroviral therapy: Preparing for the unexpected futures of HIV-positive children. *The Lancet*, 367(9519), 1367-1369. Onttrek 30 Maart 2007 van: <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1034218951&sid=1&Fmt=7&clientId=57290&RQT=309&VName=PQD>
- Du Plessis, M. (2006). *The origins of fears in a selected group of middle childhood South African children*. Ongepubliseerde meesterstesis. Universiteit Stellenbosch.
- Ebersöhn, L., & Eloff, I. (2002). The black, white and grey of rainbow children coping with HIV/AIDS. *Perspectives in Education*, 20(2), 77-86.
- Elbedour, S., Shulman, S., & Kedem, P. (1997). Children's fears: Cultural and developmental perspectives. *Behaviour Research and Therapy*, 35(6), 491-496.
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society* (2e uitgawe). New York: W. W. Norton and Company.
- Esposito, S., Musetti, L., Musetti, M. C., Tornaghi, R., Corbella, S., Massironi, E. et al. (1999). Behavioral and psychological disorders in uninfected children aged 6 to 11 years born to human immunodeficiency virus-seropositive mothers. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 20(6), 411-417.
- Ferrari, M. (1986). Fears and phobias in childhood: Some clinical and developmental considerations. *Child Psychiatry and Human Development*, 17(2), 75-87.
- Fesko, S. L. (2001). Disclosure of HIV status in the workplace: Considerations and strategies. *Health and Social Work*, 26(4), 235-244.
- Field, A. (2003). *Discovering statistics using SPSS for Windows*. London: Sage Publications.
- Field, A. P., Argyris, N. G., & Knowles, K. A. (2001). Who's afraid of the big bad wolf: A prospective paradigm to test Rachman's indirect pathways in children. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1259-1276.
- Field, A. P., Hamilton, S. J., Knowles, K. A., & Plews, E. L. (2003). Fear information and social phobic beliefs in children: A prospective paradigm and preliminary results [Shorter communications]. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 113-123.
- Field, A. P., & Lawson, J. (2003). Fear information and the development of fears during childhood: effects on implicit fear responses and behavioural avoidance. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1277-1293.

- Fields, L., & Prinz, R. J. (1997). Coping and adjustment during childhood and adolescence. *Clinical Psychology Review, 17*(8), 937-976.
- Forehand, R., Steele, R., Armistead, L., Morse, E., Simon, P., & Clark, L. (1998). The family health project: Psychosocial adjustment of children whose mothers are HIV infected. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(3), 513-520.
- Foxcroft, C., & Roodt, G. (Eds.) (2003). *An introduction to psychological assessment in the south African context*. Kaapstad: Oxford University Press.
- Freeman, M. (2003). *Mental health and HIV/AIDS: Report on a round table discussion*. Kaapstad: Human Sciences Research Council.
- Freeman, M. (2004). HIV/AIDS in developing countries: Heading towards a mental health and consequent social disaster? *South African Journal of Psychology, 34*(1), 139-159.
- Gerdes, L. C., Louw, A. E., Van Ede, D. M., & Louw, D. A. (2001). Vroeë en middel-volwassenheid. In D. A. Louw, D. M. Van Ede, & A. E. Louw (Eds.), *Menslike ontwikkeling* (3e uitgawe) (pp. 477-593). Kaapstad: Kagiso Tersiër.
- Giese, S. (2002). Health. In J. Gow & C. Desmond (Eds.), *The HIV epidemic and the children of South Africa: Impacts and interventions* (pp. 59-77). Pietermaritzburg: University of Natal Press.
- Gilbert, A. (1998). Denke en taal. In D. A. Louw & D. J. A. Edwards (Eds.), *Sielkunde: 'n Inleiding vir studente in Suider-Afrika* (2e uitgawe) (pp. 351-395). Johannesburg: Heinemann.
- Gilbert, L., & Walker, L. (2002). Treading the path of least resistance: HIV/AIDS and social inequalities – a South African case study. *Social Science & Medicine, 54*, 1093-1110.
- Gillman, R. R., & Newman, B. S. (1996). Psychosocial concerns and strenghts of women with HIV infection: An empirical study. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services, Maart*, 131-141.
- Government Communications [GCIS]. (2003, November). *Cabinet's decision on the operational plan for comprehensive care and treatment of people living with HIV and AIDS*. Onttrek 30 Maart 2007 van: <http://www.doh.gov.za/search/index.html>
- Government Communications [GCIS]. (2006, November). *Cabinet statement*. Onttrek 11 Februarie 2008 van: <http://www.gcis.gov.za/media/cabinet/2006/061123.htm>
- Gow, J., & Desmond, C. (2002). Households. In J. Gow & C. Desmond (Eds.), *The HIV epidemic and the children of South Africa: Impacts and interventions* (pp. 111-143). Pietermaritzburg: University of Natal Press.
- Graziano, A. M., & Raulin, M. L. (2004). *Research methods: A process of inquiry* (5e uitgawe). Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Green, G., Platt, S., Eley, S., & Green, S. T. (1996). 'Now and again it really hits me': The impact of an HIV-positive diagnosis upon psychosocial well-being. *Journal of Health Psychology, 1*(1), 125-141.
- Gruber, H. E., & Vonèche, J. J. (Eds.) (1977). *The essential Piaget*. New York: Basic Books Publishers.
- Gullone, E. (1999). The assessment of normal fear in children and adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review, 2*(2), 91-106.
- Gullone, E. (2000). The development of normal fear: A century of research. *Clinical Psychology Review, 20*(4), 429-451.
- Gullone, E., & King, N. J. (1993). The fears of youth in the 1990s: Contemporary normative data. *The Journal of Genetic Psychology, 154*(2), 137-153.

- Gullone, E., & King, N. J. (1997). Three-year follow-up of normal fear in children and adolescents aged 7 to 18 years. *British Journal of Developmental Psychology, 15*, 97-111.
- Haarmann, C. (2000). *Social assistance in South Africa: Its potential impact on poverty* [micro-fiche]. Ongepubliseerde doktorsproefskrif, Universiteit van die Wes Kaap.
- Hagopian, L. P., Weist, M. D., & Ollendick, T. H. (1990). Cognitive-behavior therapy with an 11-year-old girl fearful of AIDS infection, other diseases, and poisoning: A case study. *Journal of Anxiety Disorders, 4*, 257-265.
- Halperin, E. N. (1993). Denial in the children whose parents died of AIDS. *Child Psychiatry and Human Development, 23*(4), 249-257.
- Hampel, P., Rudolph, H., Stachow, R., Laß-Lentzsch, A., & Petermann, F. (2005). Coping among children and adolescents with chronic illness. *Anxiety, Stress, and Coping, 18*(2), 145-155.
- Harden, B. J. (n.d.). Safety and stability for foster children: A developmental perspective. *Children, Families and Foster Care, 14*(1), 31-47.
- Hardy, M. S., Armstrong, F. D., Routh, D. K., Albrecht, J., & Davis, J. (1994). Coping and communication among parents and children with human immunodeficiency virus and cancer. *Developmental and Behavioral Pediatrics, 15*(3), S49-S53.
- Harris, D. B. (1963). *Goodenough-Harris Drawing Test Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation. Harcourt Brace.
- Hayden, J. (2006). Beyond the gender differential: Very young children coping with HIV/AIDS. *Children and Society, 20*, 153-166.
- Herek, G. M. (1999). AIDS and stigma. *American Behavioral Scientist, 42*(7), 1106-1116.
- Hergenhahn, B. R., & Olson, M. H. (2003). *An introduction to theories of personality* (6e uitgawe). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.
- Hough, E. S., Brumitt, G., Templin, T., Saltz, E., & Mood, D. (2003). A model of mother-child coping and adjustment to HIV. *Social Science and Medicine, 56*, 643-655.
- Hughes, C. B., & Caliandro, G. (1996). Effects of social support, stress, and level of illness on caregiving of children with AIDS. *Journal of Pediatric Nursing, 11*(6), 347-358.
- Kaplan, M. S., Marks, G., & Mertens, S. B. (1997). Distress and coping among women with HIV infection: Preliminary findings from a multiethnic sample. *American Journal of Orthopsychiatry, 67*(1), 80-91.
- Keller, S. R. (2001). *Selfgerapporteerde vrese van 'n geselekteerde groep voorskoolse kinders in 'n lae tot middel sosio-ekonomiese statusgebied*. Ongepubliseerde meesterstesis. Universiteit Stellenbosch.
- Kemppainen, J. K., Eller, L. S., Bunch, E., Hamilton, M. J., Dole, P., Holzemer, W. et al. (2006). Strategies for self-management of HIV-related anxiety. *AIDS Care, 18*(6), 597-607.
- Kenny, M. (1994). The effects of chronic illness on children and their families: An overview. *Genetic, Social and General Psychology Monographs, 120*(3), 311-327.
- Keynote address by the deputy president to the national conference to finalise the national strategic plan on HIV and AIDS, 2007-2011* (2007, Maart). Onttrek 30 Maart 2007 van: <http://doh.gov.za/docs/sp/sp0307-f.html>
- King, N. J., Gullone, E., & Ollendick, T. H. (1990). Fears in children and adolescents with chronic medical conditions. *Journal of Clinical Child Psychology, 19*(2), 173-177.

- King, N. J., Gullone, E., & Ollendick, T. H. (1998). Etiology of childhood phobias: Current status of Rachman's three pathways theory, *Behaviour Research and Therapy*, 36, 297-309.
- Klein, K., Armistead, L., Devine, D., Kotchick, B., Forehand, R., Morse, E. et al. (2000). Socioemotional support in African American families coping with maternal HIV: An examination of mother's and children's psychosocial adjustment. *Behavior Therapy*, 31, 1-26.
- Kliewer, W. (1991). Coping in middle childhood: Relations to competence, type A behavior, monitoring, blunting, and locus of control. *Developmental Psychology*, 27(4), 689-697.
- Kowal, S., & O'Connell, D. C. (2004). The transcription of conversations. In U. Flick, E. Von Kardorff, & I. Steinke (Eds.), *A companion to qualitative research* (pp. 249-252). London: SAGE Publications.
- Kupst, M. J., & Schulman, J. L. (1988). Long-term coping with pediatric leukemia: A six-year follow-up study, [Abstract]. *Journal of Pediatric Psychology*, 13(1), 7-22. Onttrek 2 Augustus 2007 van: <http://jpepsy.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/13/1/7>
- Lahikainen, A. R., Kraav, I., Kirmanen, T., & Taimalu, M. (2006). Child-parent agreement in the assessment of young children's fears: A comparative perspective. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 37(1), 100-119.
- Laws, S., & Mann, G. (2004). *So you want to involve children in research: A toolkit supporting children's meaningful and ethical participation in research relating to violence against children*. Onttrek 11 Maart 2006 van: <http://www.savethechildren.net/alliance/resources/publications.html>
- Last, B. F., & Veldhuizen, A. M. H. (1996). Information about diagnosis and prognosis related to anxiety and depression in children with cancer aged 8-16 years. *European Journal of Cancer*, 32A(2), 290-294.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lee, C.-L., & Johann-Liang, R. (1999). Disclosure of the diagnosis of HIV/AIDS to children born of HIV-infected mothers. *AIDS Patient Care and STDs*, 13(1), 41-45.
- Lewis, J. A., Lewis, M. D., Daniels, J. A., & D'Andrea, M. J. (2003). *Community counseling: Empowerment strategies for a diverse society* (3e uitgawe). Pacific Grove, CA: Thomson Learning.
- Louw, A. (1998). Ontwikkelingsielkunde. In D. A. Louw & D. J. A. Edwards (Eds.), *Sielkunde: 'n Inleiding vir studente in Suider-Afrika* (2e uitgawe) (pp. 449-509). Sandton: Heinemann.
- Louw, D. A., Louw, A. E., & Van Ede, D. M. (2001). Die neonatale fase en babajare. In D. A. Louw, D. M. Van Ede, & A. E. Louw (Eds.), *Menslike ontwikkeling* (3e uitgawe) (pp. 151-233). Kaapstad: Kagiso Tersiër.
- Louw, D. A., Van Ede, D. M., Ferns, I., Schoeman, W. J., & Wait, J. (2001). Die middelkinderjare. In D. A. Louw, D. M. Van Ede, & A. E. Louw (Eds.), *Menslike ontwikkeling* (3e uitgawe) (pp. 325-383). Kaapstad: Kagiso Tersiër.
- Loxton, H. (2004). *Expressed fears and coping mechanisms of a selected group of preschool children*. Ongepubliseerde doktorsproefskrif, Universiteit Stellenbosch.
- Loxton, H., Mostert, J., & Moffatt, D. (2006). Screening of intellectual maturity: Exploring South African preschoolers' scores on the Goodenough-Harris Drawing Test and teachers' assessment. *Perceptual and Motor Skills*, 103, 515-525.
- Loxton, H. S., Wait, J., Zwemstra, P. J., & Hartley, C. (2005). *Die frekwensie, inhoud, intensiteit en oorsprong van angverskynsels in 'n multi-kulturele groep voorskoolse kinders van die Wes-Kaap: Die effektiwiteit van 'n projektiewe toets as meetinstrument*. Ongepubliseerde manuskrip, Universiteit Stellenbosch.

- Mahat, G., & Scoloveno, M. A. (2003). Comparison of fears and coping strategies reported by Nepalese school-age children and their parents. *Journal of Pediatric Nursing, 18*(5), 305-313.
- Mahat, G., Scoloveno, M. A., & Canella, B. (2004). Comparison of children's fears of medical experiences across two cultures. *Journal of Pediatric Health Care, 18*(6), 302-307.
- Mandela, N. (1993). *Nobel peace prize acceptance speech*. Onttrek 9 April 2008 van: <http://www.co.za/mandela/children>
- Marshall, C., & Rossman, G. B. (Eds.) (1995). *Designing qualitative research* (2e uitgawe). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Martalas, A. (1999). *An exploratory study of the expressed fears of preschool children*. Ongepubliseerde meesterstesis. Universiteit Stellenbosch.
- Mash, E. J., & Wolfe, D. A. (2005). *Abnormal child psychology* (3e uitgawe). Belmont, CA: Thomson & Wadsworth.
- Mayers, A. M., Naples, N. A., & Nilsen, R. D. (2005). Existential issues and coping: A qualitative study of low-income women with HIV. *Psychology and Health, 20*(1), 93-113.
- May, J., & Norton, A. (1997). "A difficult life": The perceptions and experience of poverty in South Africa. *Social Indicators Research, 41*, 95-118.
- McCarty, C. A., Weisz, J. R., Wanitromanee, K., Eastman, K. L., Suwanlert, S., Chaiyasit, W. et al. (1999). Culture, coping, and context: Primary and secondary control among Thai and American youth [Abstract]. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 40*, 809-818.
- McCathie, H., & Spence, S. H. (1991). What is the Revised Fear Survey Schedule for Children measuring? [Abstract]. *Behaviour Research and Therapy, 29*(5), 495-502.
- Merckelbach, H., Muris, P., & Schouten, E. (1996). Pathways to fear in spider phobic children [Shorter communications]. *Behaviour Research and Therapy, 34*(11/12), 935-938.
- Meyer, J. (2005). Early adulthood. In J. Wait, J. Meyers, & H. Loxton (Eds.), *Human development: A psychosocial approach* (3e uitgawe) (pp. 185-197). Parow: Ebony Books.
- Meyer, W. F., & Van Ede, D. M. (2001). Ontwikkelingsteorieë. In D. A. Louw, D. M. Van Ede, & A. E. Louw (Eds.), *Menslike ontwikkeling* (3e uitgawe) (pp. 43-98). Kaapstad: Kagiso Tersiër.
- Meyers, A., & Weitzman, M. (1991). Pediatric HIV disease: The newest chronic illness of childhood. *Pediatric Clinics of North America, 38*(1), 169-194.
- Montgomery, C. M., Hosegood, V., Busza, J., & Timaeus, I. M. (2006). Men's involvement in the South African family: Engendering change in the AIDS era. *Social Science and Medicine, 62*, 2411-2419.
- Mooney, K. C., Graziano, A. M., & Katz, J. N. (1985). A factor analytic investigation of children's nighttime fear and coping responses. *The Journal of Genetic Psychology, 146*(2), 205-215.
- Mortenson, K. V. (1991). *Form and content in children's human figure drawings: Development, sex differences, and body experience*. New York University Press.
- Muris, P., Du Plessis, M., & Loxton, H. (in pers). Origins of common fears in South African children. *Journal of Anxiety Disorders*.
- Muris, P., Merckelbach, H., & Collaris, R. (1997). Common childhood fears and their origins. *Behaviour Research and Therapy, 35*(10), 929-937.

- Muris, P., Merckelbach, H., De Jong, P. J., & Ollendick, T. H. (2002). The etiology of specific fears and phobias in children: A critique of the non-associative account. *Behaviour Research and Therapy*, *40*, 185-195.
- Muris, P., Merckelbach, H., Gadet, B., & Moulaert, V. (2000). Fears, worries, and scary dreams in 4- to 12- year-old children: Their content, developmental pattern, and origins. *Journal of Clinical Child Psychology*, *29*(1), 43-52.
- Muris, P., Merckelbach, H., & Luijten, M. (2002). The connection between cognitive development and specific fears and worries in normal children and children with below-average intellectual abilities: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, *40*, 37-56.
- Muris, P., Merckelbach, H., Mayer, B., & Prins, E. (2000). How serious are common childhood fears? *Behaviour Research and Therapy*, *38*, 217-228.
- Muris, P., Merckelbach, H., Ollendick, T. H., King, N. J., & Bogie, N. (2001). Children's nighttime fears: Parent-child ratings of frequency, content, origins, coping behaviors and severity. *Behaviour Research and Therapy*, *39*, 13-28.
- Muris, P., Merckelbach, H., Ollendick, T. H., King, N. J., Meesters, C., & Van Kessel, C. (2002). What is the Revised Fear Survey Schedule for Children measuring? *Behaviour Research and Therapy*, *40*, 1317-1326.
- Muris, P., & Ollendick, T. H. (2002). The assessment of contemporary fears in adolescents using a modified version of the Fear Survey Schedule for Children-Revised. *Anxiety Disorders*, *16*, 567-584.
- Murphy, D. A., Roberts, K. J., & Hoffman, D. (2002). Stigma and ostracism associated with HIV/AIDS: Children carrying the secret of their mothers' HIV+ serostatus. *Journal of Child and Family Studies*, *11*(2), 191-202.
- Murphy, D. A., Roberts, K. J., & Hoffman, D. (2006). Young children's reactions to mothers' disclosure of maternal HIV+ serostatus. *Journal of Child and Family Studies*, *15*(1), 39-56.
- Nadeane McCraffey, C. (2006). Major stressors and their effects on the well-being of children with cancer. *Journal of Pediatric Nursing*, *21*(1), 59-66.
- Neuman, W. L. (2000). *Social research methods (4e uitgawe)*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Nevid, J. S., Rathus, S. A., & Greene, B. (2003). *Abnormal psychology in a changing world (5e uitgawe)*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.
- New, M. J., Lee, S. S., & Elliot, B. M. (2007). Psychological adjustment in children and families living with HIV. *Journal of Pediatric Psychology*, *32*(2), 123-131.
- Newman, B. M., & Newman, P. R. (1995). *Development through life: A psychosocial approach (6e uitgawe)*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishers.
- Niebuhr, V. N., Hughes, J. R., & Pollard, R. B. (1998). Parents with human immunodeficiency virus infection: Perceptions of children's emotional needs. In R. Bor & J. Elford (Eds.), *The family and HIV today: Recent research and practice* (pp. 251-261). London: Cassell.
- Noble, R. (2008, 7 Februarie). *South Africa HIV & AIDS statistics summary*. Onttrek 13 Februarie 2008 van: <http://www.avert.org/safricastats.htm>
- Nozyce, M. L., Lee, S. S., Wiznia, A., Nachman, S., Mofenson, L. M., Smith, M. E. et al. (2006). A behavioral and cognitive profile of clinically stable HIV-infected children. *Pediatrics*, *117*(3), 763-770.
- Oberdorfer, P., Puthanakit, T., Louthrenoo, O., Charmsil, C., Sirisanthana, V., & Sirisanthana, T. (2006). Disclosure of HIV/AIDS diagnosis to HIV-infected children in Thailand. *Journal of Paediatrics and Child Health*, *42*, 283-288.
- Ogden, J. (2000). *Health psychology: A textbook (2e uitgawe)*. Philadelphia, PA: Open University Press.

- Ollendick, T. H., & King, N. J. (1991). Origins of childhood fears: An evaluation of Rachman's theory of fear acquisition. *Behaviour Research and Therapy*, 29(2), 117-123.
- Ollendick, T. H., & King, N. J. (1994). Fears and their level of interference in adolescents [Abstract]. *Behaviour Research and Therapy*, 32(6), 635-638.
- Ollendick, T. H., Yang, B., King, N. J., Dong, Q., & Akande, A. (1996). Fears in American, Australian, Chinese, and Nigerian children and adolescents: A cross-cultural study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 213-220.
- Overview of the western cape (2004). Onttrek 19 Mei 2006 van:
http://www.capegateway.gov.za/Text/2004/1/overview_western_cape.pdf
- Peltzer, K. (2000). Knowledge and attitudes about HIV/AIDS of a sample of school teachers in South Africa. *Psychological Reports*, 87, 1065-1066.
- Peltzer, K., & Promtussananon, S. (2003). Perceived vulnerability to AIDS among rural black South African children: A pilot study. *Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 15(2), 65-72.
- Poulton, R., & Menzies, R. G. (2002). Non-associative fear acquisition: A review of the evidence from retrospective and longitudinal research. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 127-149.
- President's Emergency Plan for AIDS Relief [PEPFAR]. (2007). *2007 country profile: South Africa*. Onttrek 30 Maart 2007 van: <http://www.pepfar.gov/document/organization/81668.pdf>
- Rachman, S. (1977). The conditioning theory of fear acquisition: A critical examination. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 375-387.
- Rachman, S. (1998). *Anxiety*. East Sussex, UK: Psychology Press.
- Rachman, S. (Red.). (2002). Introduction: Fears born and bred: Non-associative fear acquisition? [Special issue]. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 121-126.
- Rehm, R. S., & Franck, L. S. (2000). Long-term goals and normalization strategies of children and families affected by HIV/AIDS: Vulnerability and empowerment. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 69-82.
- Reyes-Ortiz, C. A. (2006). Spirituality, disability and chronic illness. *Southern Medical Journal*, 99(10), 1172-1173.
- Reynolds, C. R., & Richmond, B. O. (1978). What I think and feel: A revised measure of children's manifest anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6(2), 271-280.
- Richter, L. (1994). Economic stress and its influence on the family and caretaking patterns. In A. Dawes & D. Donald (Reds.), *Childhood and adversity: Psychological perspectives from South African research* (pp.28-50). Kaapstad: David Philip.
- Robinson, E. H., Rotter, J. C., Fey, M. A., & Kenneth, R. V. (1994). *Helping children cope with fears and stress*. NC: ERIC.
- Rolland, J. S. (2003). Mastering family challenges in serious illness and disability. In F. Walsh (Red), *Normal family processes: Growing diversity and complexity* (3e uitgawe) (pp. 460-489). New York: Guilford Press.
- Roth, J., Siegel, R., & Black, S. (1994). Identifying the mental health needs of children living in families with AIDS or HIV infection. *Community Mental Health Journal*, 30(6), 581-593.
- Ryan, N. (1989). Stress-coping strategies identified from school-age children's perspective. *Research in Nursing and Health*, 12, 111-122.

- Ryan-Wenger, N. A. (1996). Children, coping, and the stress of illness: A synthesis of the research. *Journal of the Society of the Pediatric Nurses, 1*(3), 126-138.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2003). *Kaplan & Sadock synopsis of psychiatry: Behavioural sciences/clinical psychiatry* (9e uitgawe). Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins.
- Sartain, S. A., Clarke, C. L., & Heyman, R. (2000). Hearing the voices of children with chronic illness. *Journal of Advanced Nursing, 32*(4), 913-921.
- Scharko, A. M. (2006). DSM psychiatric disorders in the context of pediatric HIV/AIDS. *AIDS Care, 18*(5), 441-445.
- Schenk, K., & Williamson, J. (2005). *Ethical approaches to gathering information from children and adolescents in international settings: Guidelines and resources*. Washington, DC: Population Council.
- Schmidt, C. (2004). The analysis of semi-structured interviews. In U. Flick, E. Von Kardorff, & I. Steinke (Reds.), *A companion to qualitative research* (pp. 253-258). London: SAGE Publications.
- Schüklenk, U. (Red.) (2000). *AIDS: Society, ethics, and law*. Engeland: Darmouth Publishing Company.
- Scileppi, J. A., Teed, E. L., & Torres, R. D. (2000). The Ecological model: Person-in-context. In N. Roberts, B. Webber, T. Adams, J. Cohen, & M. Rottino (Reds.), *Community psychology: A common sense approach to mental health* (pp. 27- 51). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Seeley, J., & Kajura, E. (1993). The extended family and support for people with AIDS in a rural population in South West Uganda: A safety net with holes? *AIDS Care, 5*(1). Onttrek 6 Junie 2007 van:
<http://web.ebscohost.com.ez.sun.ac.za/ehost/detail?vid=2&hid=8&sid=7fb364ea-9c81>.
- Siegel, K., & Gorey, E. (1998). Childhood bereavement due to parental death from acquired immunodeficiency syndrome. In R. Bor & J. Elford (Reds.), *The family and HIV today: Recent research and practice* (pp. 262-272). Brittanje: Cassell.
- Siegel, K., Mesagno, F. P., & Christ, G. (1990). A prevention program for bereaved children. *American Journal of Orthopsychiatry, 60*(2), 168-175.
- Silverman, W. K., & Saavedra, L. M. (2004). Assessment and diagnosis of evidence-based practice. In P. M. Barrett & T. H. Ollendick (Reds.), *Handbook of interventions that work with children and adolescents: Prevention and treatment* (pp. 49-71). Engeland: John Wiley and Sons.
- Slavin, L. A., O'Malley, J. E., Koocher, G. P., & Foster, D. J. (1982). Communication of the cancer diagnosis to pediatric patients: Impact on long-term adjustment. *American Journal of Psychiatry, 139*(2), 179-183.
- Snipstad, M. B., Lie, G. T., & Winje, D. (2005). What do Tanzanian children worry about? *African Journal of AIDS Research, 4*(3), 183-193.
- Streak, J. (2002). Mitigating the impacts with a focus on government responses. In J. Gow & C. Desmond (Reds.), *Impacts and interventions: The HIV/AIDS epidemic and the children of South Africa* (pp. 147-175). Pietermaritzburg: University of Natal Press.
- Swartz, L. (2002). *Culture and mental health: A Southern African view*. Kaapstad: Oxford University Press.
- Tashakkori, A., & Teddlie, C. (1998). *Mixed methodology: Combining qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Taylor, S. E. (2006). *Health psychology* (6e uitgawe). New York: McGraw-Hill.
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1984). *Introduction to qualitative research methods: The search for meanings* (2e uitgawe). Kanada: John Wiley & Sons.

- Thom, D. P., Louw, A. E., Van Ede, D. M., & Ferns, I. (2001). Adolessensie. In D. A. Louw, D. M. Van Ede, & A. E. Louw (Reds.), *Menslike ontwikkeling* (3e uitgawe) (pp. 387-474). Kaapstad: Kagiso Tersiêr.
- Thomas, R. M. (2003). *Blending qualitative and quantitative research methods in theses and dissertations*. Thousand Oaks, CA: Corwin Press.
- Tompkins, T. L. (2007). Disclosure of maternal HIV status to children: To tell or not to tell... That is the question. *Journal of Child and Family Studies*, 16(6), 773-788.
- Tsai, Y-F, Hsiung, P-C, & Holzemer, W. (2002). Symptom management in Taiwanese patients with HIV/AIDS. *Journal of Pain and Symptom Management*, 23(4), 301-309.
- Varga, C. A., Sherman, G. G., & Jones, S. A. (2005). HIV-disclosure in the context of vertical transmission: HIV-positive mothers in Johannesburg, South Africa. *AIDS Care*, 18(8), 952-960.
- Vasey, M. W., & Daleiden, E. L. (1996). Worry in children. In G. Davey & F. Tallis (Reds.), *Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment* (pp. 185-207). West Sussex, Engeland: John Wiley & Sons.
- Visser, J., Labadarios, D., & Labuschagne, I. (2004). Alternative nutritional remedies for people living with HIV/AIDS. *Food Review*, Julie, 10-12.
- Wait, J. (2005). Prenatale ontwikkeling. In J. Wait, J. Meyer, & H. Loxton (Reds.), *Menslike ontwikkeling: 'n Psigososiale perspektief* (3e uitgawe) (pp. 45-71). Parow: Ebony Books.
- Walsh, M. E., & Bibace, R. (1990). Developmentally-based AIDS/HIV education. *Journal of School Health*, 60(6), 256-261.
- Walsh, F., & Pryce, J. (2003). The spiritual dimension of family life. In F. Walsh (Red.), *Normal family processes: Growing diversity and complexity* (3e uitgawe) (pp. 337-372). New York: Guilford Press.
- Weems, C. F., & Costa, N. M. (2005). Developmental differences in the expression of childhood anxiety symptoms and fears [Abstract]. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(7), 656-664.
- Wiener, L., Mellins, C. A., Marhefka, S., & Battles, H. B. (2007). Disclosure of an HIV diagnosis to children: history, current research, and future directions. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 28, 155-166.
- Wild, I. (2001). The psychosocial adjustment of children orphaned by AIDS. *Southern African Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 13(1), 3-22.
- Witte, S. S., & De Ridder, N. F. (1999). "Positive feelings": Group support for children of HIV-infected mothers. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 16(1), 5-21.
- World Health Organization (WHO) (2001). *The world health report 2001 on mental health: New understanding, new hope*. Geneva: Author.

BYLAE A
KINDERS SE HANTERINGSTRATEGIE KODERINGSRAAMWERK
(aangepas van Band & Weisz, 1988)

Hanteringskategorie	Omskrywing	Voorbeeld
<i>Primêre kontrole</i>		
Probleem-gefokusde vermyding	Pogings om 'n spanningsvolle situasie direk te vermy.	Bly weg van kinders wat terg.
Direkte probleemoplossing	Pogings om spanningsvolle omstandighede direkte te verander.	Leer om toetspunte te verbeter.
Probleem-gefokusde trane	Huil om instrumentele ondersteuning te verkry van ander.	Huil sodat 'n volwassene vir kind sal intree as hy/sy getreiter word.
Probleem-gefokusde aggressie	Pogings om 'n probleem op te los deur fisiese of verbale aggressie.	Afranseling van 'n kind wat uittartend is.
Emosionele uitdrukking ^a	Uitdrukking van emosie, anders as deur trane of aggressie.	Skree.
<i>Sekondêre kontrole</i>		
Soek ondersteuning ^b	Pogings om ontsteltenis te buffer op sosiale of spirituele wyses.	Bid (spiritueel); vertel vriende van probleem, ten einde bemoedig te word (sosiaal).
Emosie-gefokusde trane	Huil om opgekropte gevoelens te verlig of vertroosting van ander te kry.	Huil om gevoelens uit te kry.
Emosie-gefokusde aggressie	Fisiese of verbale aggressie om opgekropte gevoelens te verlig	Skop die muur na 'n verleentheid.
Kognitiewe vermyding	Pogings om nie aan 'n spanningsvolle situasie te dink nie.	Kyk televisie om gedagtes van 'n probleem af te lei.
Suiwer kognisie	Pogings om spanning te verlig deur fantasie of verskuiwing in denkwyse.	Dagdroom; vertel self dit was nie so 'n swak punt.
<i>Hopelose kontrole</i>		
Doen niks	Gee moed op of wend geen pogings aan om spanningsvolle omstandighede te hanteer, of die impak daarvan te verlig nie.	

^aKategorie nie deel van oorspronklike koderingsraamwerk. ^bOorspronklike benaming was soek sosiale/spirituele ondersteuning.

BYLAE B
DEELNEMERINLIGTING- EN TOESTEMMINGSVORM
 (Afrikaanse vertaling)

OORSPRONKLIKE TITEL VAN DIE NAVORSINGSPROJEK:

ANGS, VRESE EN HANTERINGSMEGANISMES VAN MIV/VIGS-GEAFFEKTEERDE KINDERS: ‘N EKOLOGIESE PERSPEKTIEF

PROJEKNOMMER: N06/05/085

U en u kind/pleegkind word genooi om deel te neem aan ’n navorsingsprojek oor die vrese en hanteringsmeganismes van kinders wat deur MIV/Vigs geaffekteer word. Lees asseblief hierdie inligtingsblad op u tyd deur aangesien die detail van die projek daarin verduidelik word. Indien daar enige deel van die projek is wat u nie ten volle verstaan nie, is u welkom om die navorser of studieleier daarvoor uit te vra. Dit is baie belangrik dat u ten volle moet verstaan wat die navorsing behels en hoe u en u kind daarby betrokke kan wees. Deelname is ook **volkome vrywillig** en dit staan u vry om deelname te weier. U of u kind sal op geen wyse hoegenaamd negatief beïnvloed word indien u sou weier om hom/haar te laat deelneem nie. U en u kind mag ook te eniger tyd aan die studie onttrek, selfs al het u ingestem om deel te neem en hom/haar toegelaat om deel te neem.

Hierdie studie is deur die **Komitee vir Mensnavorsing van die Universiteit Stellenbosch** goedgekeur en sal uitgevoer word volgens die etiese riglyne en beginsels van die Internasionale Verklaring van Helsinki en die Etiese Riglyne vir Navorsing van die Mediese Navorsingsraad (MNR).

Dit is normaal vir kinders om vrese te hê. Hul vrese word egter beïnvloed deur die omgewing waarin hulle grootword en veranderinge wat in hulle brein plaasvind wanneer hulle groei. Kinders gebruik ook hul eie metodes om hul vrese minder te maak.

Die doel van hierdie studie is om kinders wie met ’n persoon saamwoon wat MIV-positief is of vigs het beter te verstaan en indien nodig te help. Uiteindelik kan die inligting gebruik word om soortgelyke kinders in Suid-Afrika te help.

U en u kind/pleegkind word genooi om deel te neem, aangesien die navorser van mening is dat u en u kind/pleegkind inligting kan gee wat waardevol kan wees vir die huidige studie.

Die navorser en u kind/pleegkind sal vir nie langer as ’n uur nie besig wees in ’n kamer waar niemand kan afluister nie. U sal egter enige tyd by die vertrek kan inkom. Hiertydens sal die navorser met u kind/pleegkind gesels en teken. MIV/Vigs sal nie bespreek word nie, tensy u kind/pleegkind eerste daarvoor begin gesels. Die navorser onderneem ook om nooit u kind/pleegkind se MIV-status aan hom/haar bekend te maak nie.

Daar sal vooraf met u ooreengekom word oor die datum, tyd en plek waar die onderhoud sal plaasvind. Die afspraak sal gereël word, sodat dit nie met u of u kind/pleegkind se gewone roetine inmeng nie.

Ook u as ouer/pleegouer sal gevra word om twee vraelyste saam met die navorser te voltooi en oor u kind en gesin te gesels. Saam behoort dit nie langer as ’n uur en half te neem nie.

As ouer/pleegouer word u versoek om die prosedure vooraf aan u kind te verduidelik en te vra of hy/sy gewillig is om deel te neem. U word egter nie aangeraai om die onderwerp van die onderhoud voor die tyd met u kind/pleegkind te bespreek nie. As u kind/pleegkind wil, kan dit goed wees om ná die dag van die onderhoud met hom/haar daarvoor te gesels.

Daar is geen liggaamlike risiko’s verbonde aan u of u kind/pleegkind se deelname nie. Sou u of u kind/pleegkind probleme ontwikkel as ’n direkte gevolg van deelname aan die studie, sal kontakbesonderhede aan u voorsien word van persone wat professionele hulp kan verleen.

Onderhoude sal op band opgeneem word. Die bande sal in ’n toegesluite kas by die Universiteit Stellenbosch gebêre word. Slegs die navorser en studieleier sal toegang daartoe hê. Alle bande sal na afloop van die studie vernietig word. U sal ook

enige tyd kan versoek dat die bande vernietig moet word, byvoorbeeld as u sou besluit om uself en u kind/pleegkind van die studie te onttrek.

Alle inligting sal vertroulik hanteer word en slegs die navorser en studieleier sal toegang daartoe hê. Alhoewel die inligting as 'n meesterstesis en moontlik 'n joernaalartikel vrygestel sal word, sal u en u kind/pleegkind se regte name nooit aan die inligting gekoppel kan word nie. 'n Byeenkoms sal na die projek gereël word waar die algemene bevindinge van die studie met u en ander belanghebbendes gedeel sal word.

Nie u of u kind/pleegkind sal betaal word nie, maar deelname aan die projek sal ook niks kos nie. Indien u en u kind/pleegkind se deelname vereis dat ekstra uitgawes aangegaan moet word, sal dit aan u terugbetaal word.

U kan dr.....kontak by tel.....indien u enige verdere vrae het of enige probleme ondervind. U kan ook die Komitee vir Mensnavorsing kontak by 021-938 9207 indien u enige bekommernis of klagte het wat nie bevredigend deur die navorser hanteer is nie. U sal 'n afskrif van hierdie inligtings- en toestemmingsvorm ontvang vir u eie rekords.

Instemming van minderjarige

Ek (naam van kind/minderjarige) is genooi om deel te neem aan bogenoemde navorsingsprojek.

- Die navorser en my ouers het die besonderhede van bogenoemde navorsingsprojek aan my verduidelik en ek verstaan wat hulle aan my gesê het.
- Hulle het ook aan my verduidelik dat die navorser met my gaan gesels en ek gevra gaan word om te teken.
- Ek weet ook dat ek te eniger tyd aan die navorsingsprojek kan onttrek indien ek ongelukkig is.
- Deur my naam hieronder in te vul, onderneem ek om **vrywillig** aan die navorsingsprojek deel te neem. Ek bevestig ook dat ek nie deur my ouers of die navorser gedwing is om deel te neem nie.

.....
Naam van kind
 (Deur kind geskryf te word indien moontlik)

.....
Onafhanklike getuie

Verklaring deur ouer/wettig voog

Met die ondertekening van hierdie dokument onderneem ek, (*naam van ouer/wettige voog*)
, om my kind (*naam van kind*),

wat jaar oud is, te laat deelneem aan 'n navorsingsprojek getiteld: Angs, vrese en hanteringsmeganismes van MIV/Vigs-geaffekteerde kinders: 'n Ekologiese perspektief

Ek verklaar dat:

- Ek hierdie inligtings- en toestemmingsvorm gelees het of aan my laat voorlees het en dat dit in 'n taal geskryf is waarin ek vaardig en gemaklik mee is.
- My kind moet instem om aan die navorsingsprojek deel te neem as hy/sy ouer as 7 jaar is, en dat sy/haar **INSTEMMING** op hierdie vorm aangeteken sal word.
- Ek geleentheid gehad het om vrae te stel en dat al my vrae bevredigend beantwoord is.
- Ek verstaan dat deelname aan hierdie projek **vrywillig** is en dat daar geen druk op my geplaas is om my kind te laat deelneem nie.
- My kind te eniger tyd aan die projek mag onttrek en dat hy/sy nie op enige wyse daardeur benadeel sal word nie.

- My kind gevra mag word om aan die projek te onttrek voordat dit afgehandel is indien die navorser van oordeel is dat dit in sy/haar beste belang is.

Geteken te (*plek*) op (*datum*) 2006.

.....
Handtekening van ouer/wettige voog

.....
Handtekening van getuie

Verklaring deur navorser

Ek (naam) verklaar dat:

- Ek die inligting in hierdie dokument verduidelik het aan
- Ek hom/haar aangemoedig het om vrae te vra en voldoende tyd gebruik het om dit te beantwoord.
- Ek tevrede is dat hy/sy al die aspekte van die navorsingsprojek soos hierbo bespreek, voldoende verstaan.
- Ek 'n tolk gebruik het/nie 'n tolk gebruik het nie. (*Indien 'n tolk gebruik is, moet die tolk die onderstaande verklaring teken.*)

Geteken te (*plek*) op (*datum*) 2005.

.....
Handtekening van navorser

.....
Handtekening van getuie

Verklaring deur tolk

Ek (*naam*) verklaar dat:

- Ek die navorser (*naam*) bygestaan het om die inligting in hierdie dokument in Afrikaans/Xhosa aan (*naam van ouer/wettige voog*) te verduidelik.
- Ons hom/haar aangemoedig het om vrae te vra en voldoende tyd gebruik het om dit te beantwoord.
- Ek 'n feitelik korrekte weergawe oorgedra het van wat aan my vertel is.
- Ek tevrede is dat die ouer/wettige voog die inhoud van hierdie dokument ten volle verstaan en dat al sy/haar vrae bevredigend beantwoord is.

Geteken te (*plek*) op (*datum*) 2005.

.....
Handtekening van tolk

.....
Handtekening van getuie

BYLAE C
KINDERGERAPPORTEERDE DATA

Kd.	G	Oud	MIV	Os	Vd.	Self-gerapporteerde	Self-gerapporteerde	K	M	I
						vrese ^a	hanteringstrategieë			
								N	J	J
1.	V	9	Neg	VB	1	Leeus (WD); slange (WD); paddas (WD); akkedisse (WD); krokodille (WD)	Hardloop (PGV) verberg myself met my klere (PGV)			
2.	V	13	Neg	O	2	Leeus (WD); slange (WD); olifante (WD); honde (HD)	Hardloop weg (PGV); soek klip om te gooi (DPO)	N	N	J
3.	V	11	Neg	O	2	Motorongelukke (FL)	Hardloop weg (PGV); skree (EU)	N	J	J
4.	V	9	Neg	O	3	Kinderverkragting (FL); slae aan vroue (SA); mense sterf aan vigs (D)	Bid (SO); gaan langsaan as alleen is (SO)	N	J	J
5.	V	12	Neg	O	3	Gevaarlike mense (RP); slange (WD); katte (HD); honde (HD)	Bid (SO); skree vir hulp (DPO)	N	J	J
6.	M	10	Neg	VB	4	Seerkry (FL); pa drink (RP); slange (WD); leeus (WD); voëls (WD)	Skiet met rek (PGA)	J	J	J
7.	V	12	Pos	O	5	Vriende sal nie MIV-status verstaan (SOS); hospitalisasie as weer siek word (Md)	Gaan na ander skool (PGV)	N	N	J
8.	V	6	Neg	O	6	Haaie (AD)	Geen reaksie	N	N	J
9.	V	11	Neg	O	6	Vreemdelinge (RP)	Hardloop (PGV)	N	J	J
10.	V	13	Neg	O	7	Spoke (FK)	Trek kop toe (PGV)	J	J	J
11.	V	13	Neg	VB	8	Slange (WD)	Hardloop weg (PGV)	N	J	J
12.	V	9	Neg	VB	8	Skollies (RP)	Hardloop weg en gaan huis toe (PGV)	N	J	J
13.	V	11	Neg	VB	9	Doodgaan (D)	Bel polisie (DPO)	J	N	N
14.	M	9	Pos	VB	10	Koie (HD)	Hardloop weg (PGV)	J	N	J
15.	M	11	Neg	O	11	Doodgaan (D); hospitalisasie (Md); motorongelukke (FL)	Maak oë toe (KV)	J	N	J
16.	M	10	Neg	VB	12	Krokodille (WD); olifante (WD)	Kyk nie televisie (PGV)	N	J	J
17.	V	13	Pos	O	13	Eie MIV-status (Md); persone wat agtervolg (RP)	Drink pille (DPO)	J	N	N
18.	M	9	Neg	VB	14	Leeus (WD); buffels (WD); haaie (AD)	Speel met vriendelike diere soos honde (KV)	J	N	J
19.	M	9	Pos	VB	15	Goggas (I)	Hardloop weg en gaan huis toe (PGV)	J	N	J
20.	M	8	Neg	VB	16	Slange (WD)	Skree dat iemand my sal help (DPO)	J	J	J
21.	M	9	Neg	VB	17	Slange (WD); om bed toe te gaan (SV)	Hardloop (PGV)	J	N	J
22.	M	13	Neg	VB	17	Honde (HD); leeus (WD)	Hardloop (PGV); Huil (EGT); Skree iemand help (DPO)	N	J	J
23.	M	11	Neg	VB	18	Bere (WD); nagmerries (SV)	Huil (EGT)	N	N	J
24.	V	6	Neg	O	19	Boogy man (FK)	Hardloop (PGV)	J	J	J
25.	V	6	Pos	O	19	Hoes (Md)	Slaap en hoes nie meer (PGV)	J	N	J
26.	V	7	Pos	VB	20	Slange (WD)	Hardloop weg (PGV)	J	N	J
27.	V	11	Neg	VB	21	Doodgaan (D)	Hardloop weg (PGV)	J	J	J
28.	V	6	Neg	VB	22	Slange (WD)	Gaan weg van die plek waar daar 'n slang is (PGV)	N	J	J
29.	M	7	Neg	VB	23	Slange (WD)	Hardloop weg (PGV)	J	N	J
30.	M	7	Pos	VB	24	Slange (WD)	Hardloop weg (PGV)	N	J	J
31.	V	10	Neg	VB	25	Motors (FL)	Hardloop weg (PGV)	N	J	J
32.	V	6	Pos	VB	26	Varke (HD); honde (HD)	Huil (EGT)	N	N	J

Kd.	G	Oud	MIV	Os	Vd.	Self-gerapporteerde	Self-gerapporteerde	K	M	I
						vrese ^a	hanteringstrategieë			
33.	V	7	Neg	VB	27	Slange (WD)	Huil (EGT)	N	J	J
34.	V	6	Pos	O	28	Muise (WD)	Vra Jesus (SO)	J	N	J
35.	V	10	Neg	O	29	Doodgaan (D)	Kan bid sodat nie dood kan gaan (SO)	N	J	J
36.	M	6	Neg	VB	30	Leeus (WD)	Hardloop weg (PGV)	N	N	J
37.	M	12	Pos	O	31	Groot seuns (RP); pa wat seermaak (RP)	Vertel ouma (SO); Speel net met kleiner kinders (PGV)	J	J	J
38.	M	7	Pos	VB	32	Krokodille (WD); slange (WD) paddas (WD)	Hardloop weg (PGV)	J	J	J
39.	V	9	Neg	O	33	Honde (HD); skollies (RP)	Hardloop weg (PGV)	N	J	J
40.	V	11	Pos	O	34	Siekte (Md); groot diere (WD)	Doen niks nie (HKM)	J	N	J

Nota. Koderings in parentese. Kd. = kinderdeelnemer. G = geslag. Oud = ouderdom (jaar). MIV = MIV-status. Os = ontsluitingstatus. Vd. = versorgerdeelnemer. K = kondisioneringservarings. M = modelleringservarings. I = inligtingservarings. V = vroulik. Neg = negatief. VB = verberg. WD = wilde diere. PGV = probleem-gefokusde vermyding. N = nee. J = ja. O = ontsluit. HD = huishoudelike diere. DPO = direkte probleemoplossing. FL = fisiese leed. EU = emosionele uitdrukking. SA = skade aan ander. D = dood. SO = soek ondersteuning. RP = regte persone. M = manlik. PGA = probleem-gefokusde aggressie. Pos = positief. SOS = sosiaal. Md = medies. AD = akwatiese diere. FK = fantasiekaraktters. KV = kognitiewe vermyding. I = insekte. EGT = emosie-gefokusde transe. SV = slaaptydvrese. HKM = hopelose kontrole meganisme.

^aPrimêre vrees eerste gelys.

BYLAE D
KINDERONDERHOUD

A. Algemene gesprekkie (voorbeeld)

1. Hello, my naam is.....en jou naam is.....?
2. Van wat hou jy om te doen?
3. Hou jy van teken?
4. Vandag gaan ons gesels en teken. Hier is vir jou 'n papier, 'n potlood en 'n uitveër.

B. Voltooi GHD-tekeninge

C. VOM/Gestruktureerde Rachman vrae

Bevestig vertroulikheid en kry instemming om onderhoud op band op te neem.

1. Almal van ons is bang vir party dinge.
2. Weet jy hoe dit voel om bang te wees?
3. Waarvoor is jy bang?

As reaksie op 3 negatief is:

Waarvoor is hy/sy bang? (beduie na die GHD-selfffiguur)

OF

Waarvoor is ander kinders bang? (Herlei na deelnemer se projeksie)

4. Weet jy hoekom jy bang is vir (primêre vrees)?
5. Het (primêre vrees) al regtig met jou gebeur?
6. Het jy al iemand anders gesien wat bang is vir (primêre vrees)?
7. Het jy (primêre vrees) al op televisie gesien?
8. Wat dink/doen jy as jy so bang is vir (primêre vrees)

D. Angsneutraliseringsvraag

1. Wat is jou grootste wens?

As kind emosioneel gereed, neem afskeid.

BYLAE E

DEMOGRAFIESE VRAELYS

A. Persoonlike eienskappe van kind

1. Noemnaam
2. MIV-status

MIV+	MIV-
------	------
3. Geboortedatum
4. Geslag

M	V
---	---
5. Rassekultuur

S	W
---	---
6. Taal

X	E	A
---	---	---
7. Skoolgraad

B. Persoonlike eienskappe van versorger

8. Geslag

M	V
---	---
9. Rassekultuur

S	W
---	---
10. Verwantskap met kind (bv. moeder)
11. Taal

X	E	A
---	---	---
12. Maritale status (bv. getroud)

C. MIV/Vigs-verwante eienskappe (voltooi soos van toepassing)

13. Kind bewus van diagnose (persoonlik/gesinslid)
14. Tyd sedert bewus van diagnose
15. Gesondheid (MIV-positiewe kind/gesinslid)

16. Tyd sedert diagnose (MIV-positiewe kind/gesinslid)
17. Verwantskap van MIV-positiewe gesinslid aan kind (bv. deelnemende versorger)
18. ARB

D. Sosiaal-Huishoudelike omgewing

19. Totale aantal volwassenes in huishouding

	Geslag	Verwantskap met kind (bv. ouma)	Ouderdom	Hoogste vlak van opleiding (bv. matriek)	Beroepstatus (bv. werkloos)
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

20. Totale aantal kinders in huishouding

	Geslag	Verwantskap met kind (bv. broer)	Ouderdom	Hoogste vlak van opvoeding (bv. graad 3)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

21. Toesig oor kind buite skoolure
22. Tipe woonhuis
23. Aantal vertrekke in woning
24. Elektrisiteit

Ja	Nee
-----------	------------
25. Sanitêre (toilet) geriewe

Ja	Nee
-----------	------------

BYLAE F**VERSORGERONDERHOUD**

Voltooi deelnemerinligting- en toestemmingsvorm en verduidelik prosedure.

A. Demografiese vraelys

Onderbreek onderhoud vir prosedure met kind.

B. SGO

Herbevestig vertroulikheid en verkry toestemming om onderhoud op band op te neem.

1. Waarvoor is (noemnaam van kind) op die oomblik bang?
2. Wat doen (noemnaam van kind) gewoonlik om sy/haar bangheid minder te maak?
3. Waarvoor is u self bang/Waaroor is u self bekommerd?
4. Wat doen u om (reaksie op 3) minder te maak?
5. Wil u nog iets byvoeg/ vra?

As versorger emosioneel gereed, neem afskeid.

BYLAE G
SOSIO-EKONOMIESE KLASSIFIKASIE-INDEKS
 (Indeks van Riordan, soos aangepas deur Loxton, 2004)

Occupation classification	Score
Highly qualified professional, executive, administrative and technical occupations	9
Professional, administrative and managerial workers	8
Commercially independent	7
Lower qualified administrative, technical and clerical with limited supervisory responsibility	6
Skilled workers and artisans with trade qualifications	5
Routine clerical and administrative workers, service and sales workers	4
Semi-skilled production and manual workers	3
Unskilled production and manual workers	2
Not economically active or productive	1
No response	0

Education classification	Score
Attended university	7
Trained at Post-matric level (not university)	6
Matric	5
Apprenticeship	4
Junior Certificate	3
Primary school	2
No education	1
No response	0

Socio-economic classification by racial identity	Lower	Middle	Upper
Black	2-5	6-10	11-16
White	2-10	11-13	14-16

BYLAE H

VERSORGERGERAPPORTEERDE DATA

Vd.	G	Oud	MIV	Vs	Kd.	Versorger-persepsie vrese	Versorger-persepsie hanterinstrategieë	Persoonlike vrese	Persoonlike hanterinstrategieë
1.	V	26	Pos	FV	1			MIV (SW) Versorging van kind na dood (KW); Werkloosheid (MB); Kind se reaksie as status sou ontsluit (O)	Ignoreer hoofpyne (KS); Rus en slaap (AF)
2.	M	37	Pos	BO	2/3	Ma wat skree (RP; kd.2)	Gaan na oom (SO; kd. 2); gaan na oom (SO; kd. 3)	Potensiële invloed van huwelikskonflik op kinders se skoolprestasie (KW)	Gaan na broer (SO).
3.	V	36	Pos	BO	4/5	Muise (WD; kd.4); honde (HD; kd.4); ma siek (SA; kd.4)	Versorg/ondersteun ma (DPO kd. 4); versorg/ondersteun ma (DPO kd. 5)	Wie gaan na kinders kyk na afsterwe (KW); Bang as self siek is (SW)	Kry inligting (SO); Skep ondersteuningsnetwerk (SO); Eet gesond (VO)
4.	V	31	Pos	BO	6	Ma wat skree (RP)		Voorheen bang vir dood (SW); om kêrel te verloor (SW)	Vertel self MIV is nie 'n doodstraf (KS)
5.	V	56	Neg	PO	7	Muise (WD)		Te min geld om spesiale versorging vir kind te gee (MB)	Soek hulp by dokter en dieetkundige (SO); Beskerm met handskoene (VO)
6.	V	56	Neg	FV	8/9	Slange (WD; kd.8); leeus (WD; kd.8); vreemde mans (RP; kd.8); donker (SV; kd.8); gevaar (A; kd.8); honde (HD; kd.9); vreemde mans (RP; kd.9)	Vertel ouma (SO; kd. 9)	Inbrekers met rewolwers (MD)	Praat met bure (SO); Sing/kry aandag op iets anders (KS)
7.	M	42	Pos	BO	10	Spinnekop (I); ongeluk (FL)		Eie MIV-positiewe status (SW)	Eet gesond (VO)
8.	V	31	Pos	BO	11/ 12	Mense skree (RP; kd. 11); geslaan te word (FL; kd. 12)	Sit TV af (PGV; kd. 11); gaan weg as sien mense baklei (PGV; kd. 11); hardloop weg (PGV; kd. 12); vertel familie (SO; kd. 12)	Het nie eie huis (MB); Berowing deur skollies/om geslaan te word (MD)	Dink nie daaraan (KS); Bly in huis as dit donker is (VO)
9.	V	32	Pos	BO	13			Vir niks	Sit in die huis en gaan nie uit/slaap/eet nie/wil met niemand praat (AF)

Vd.	G	Oud	MIV	VS	Kd.	Versorger-persepsie vrese	Versorger-persepsie hanteringstrategieë	Persoonlike vrese	Persoonlike hanteringstrategieë
10.	V	19	Neg	FV	14			Het nie genoeg geld om te studeer (MB)	Bid (SO)
11.	V	36	Pos	BO	15	Ma siek word (SA); toekomstige versorging (A); geld vir huishuur (A)		As siek word is daar niemand om na kind om te sien (KW)	Bly besig/ kommunikeer met ander, sodat nie dink oor doodgaan (KS)
12.	V	37	Pos	BO	16			Was bekommerd oor eie MIV-status (SW)	Gaan na berader (SO); Het familie vertel (O)
13.	V	33	Neg	FV	17			Om kind aan dood af te staan (KW)	Maak seker kind is goed/kook regte, gesonde goed (VO)
14.	M	46	Pos	BO	18			Wil nie hê kinders moet weeskinders word (KW); Oor eie welsyn (SW)	Bid dat sal leef tot kinders klaar is met skool (SO)
15.	V	27	Pos	BO	19			Om kind agter te laat (KW); Om dood te gaan (SW)	Gee self hoop dat God altyd daar is (SO)
16.	M	33	Neg	BO	20	Honde (HD); siekte (Md); gewere (A)	Vertel homself hy is die beste (SK)	Om bang te wees vir misdaad (MD)	Vertel self dit moet in die gesig gekyk word (KS)
17.	V	29	Pos	BO & PO	21/ 22	Om sonder PO te sit (SKD; kd. 22)	Huil (EGT; kd. 22)	Om kind agter te laat (KW); Om dood te gaan (SW)	Wil status aan kinders ontsluit (O); Weet nie (HKM)
18.	V	34	Pos	BO	23			Slange (D)	Sit televisie af (VMO); Hardloop weg (VMO)
19.	V	45	Neg	PO	24/ 25	Katte (HD; kd. 25); honde (HD; kd. 25)	Hardloop weg (PGV; kd. 25)	Dat nie beste vir kinders kan gee as siek word (KW)	Geloof (SO)
20.	V	45	Pos	BO	26			Om siek te word (SW)	As medikasie vat is pyn weg (VO)
21.	V	33	Pos	BO	27	Slange (WD); koeie (HD); perde (HD); mediese toetse (Md)		Wat gaan van kinders word as sterf (KW)	Niks (HKM)
22.	V	31	Pos	BO	28			Om kind oor status te vertel (O)	Gee kind boeke oor MIV en vra haar wat sal sy doen as ma MIV-positief was (O)
23.	M	45	Neg	BO	29			Om vermoor te word (MD)	Sluit deur as daar iets in die buurt gebeur (VO)
24.	V	30	Pos	BO	30			Slange (D)	Hardloop weg (VMO)

Vd.	G	Oud	MIV	VS	Kd.	Versorger-persepsie vrese	Versorger-persepsie hanteringstrategieë	Persoonlike vrese	Persoonlike hanteringstrategieë
25.	V	45	Pos	BO	31	Groot honde (HD); woede (SOS); bakleiery (SOS); verkeerde plekke (A)		Weet nie wanneer ondergang sal kom (SW); Onseker of kind status uitgevind het (O)	Ander wat liefde gee/meng met vriende en probeer self geniet (SO); Werk gewete uit en hernu dit met goeie goed (KS).
26.	V	26	Pos	BO	32			Skollie (MD)	Hardloop weg en loop vinnig as vreemdeling sien (VMO)
27.	V	28	Pos	BO ^a	33	Slange (WD); dronk mense (RP); bos (A)		Hoe ander sal reageer as status ontsluit (O);	Wil nie praat nie/vat boek en maak asof hoofpyn het/wil nie hê ander moet vrees sien (AF)
28.	V	48	Neg	PO	34	Ape (WD); goggas (I); hansworse (FK); malvalekker wat opblaas in mikrogolfoond (A); onverwagte (A)	Hou vas aan PO (PGV); klim op ma se skoot (PGV); verberg kop in ma se nek (PGV)	Misdaad/om fisies bedreig te word (MD)	Maak seker deure is gesluit (VO)
29.	V	52	Pos	BO	35	Honde (HD); motors (FL)	Hardloop weg (PGV)	Om dood te gaan, want dan is daar niemand om na kinders te kyk (KW)	As siek is en sien daar is 'n risiko om dood te gaan, gaan na kliniek, kry hulp (SO) en medikasie (VO) wat beter sal maak.
30.	V	30	Pos	BO	36	Slange (WD)	Huil (PGT); hardloop weg (PGV)	Bekommerd as daar nie kos is (MB)	Gaan na vriend en praat met hom, dan is probleem klaar (SO)
31.	V	39	Pos	BO	37			As kind nie pille vat (KW); Het nie eie huis (MB)	Gaan na ondersteuningsgroep (SO); Sit alleen en luister radio (AF)
32.	V	42	Pos	BO	38	Pakslae (FL)		Mense wat skel oor MIV-positiewe status (SW)	Gaan na polisiestatie (SO); Los maar in die Here se hande (SO)
33.	V	33	Pos	BO	39	Slange (WD); honde (HD); donker plekke (SV); onenigheid (SOS)		Werkloosheid (MB); Gewese man wat nie gaan vir MIV-toets (EGW)	Bid (SO)
34.	V	35	Pos	BO	40	Verstoting/minder aandag te kry as broer (SOS)	Drifbuie (PGA)	Dag as kind siek word (KW); Dat familie en vriende MIV-status sal uitvind (O)	Hou vas aan God (SO); Gee tyd dat dit uit gedagtes uitgaan (KS); Niks wat kan doen (HKM)

Nota. Koderings in parentese. Vd. = versorgerdeelnemer. G = geslag. Oud = oueddom. MIV = MIV-status. Vs = versorgingstatus. Kd. = kinderdeelnemer. V = vroulik. Pos = positief. FV = familiële versorger. SW = selfwelstand. KW = kindwelstand. MB = materiële bronne. O = ontsluiting. KS = kognitiewe strategieë. AF = afsondering. M = manlik. BO = biologiese ouer. RP = regte persone. SO = soek ondersteuning. WD = wilde diere. HD = huishoudelike diere. SA = skade aan ander. DPO = direkte probleemoplossing. VO = voorkomende optrede. Neg = negatief. PO = pleegouer. SV = slaaptydvrese. A = ander-kategorie. MD = misdaad. I = insekte. FL = fisiese leed. PGV = probleem-gefokusde vermyding. Md = medies. SK = suiwer kognisie. SKD = skeiding. EGT = emosie-gefokusde transe. D = diere. HKM = hopelose kontrole meganisme. VMO = vermydende optrede. SOS = sosiaal. FK = fantasiekaraktters. PGT = probleem-gefokusde transe. EGW = eggenootwelstand. PGA = probleem-gefokusde aggressie.

aHierdie versorger was 'n stiefmoeder.