

**DIE GEVOLGE VAN POSITIEWE
MIV-DIAGNOSERING BY
ADOLESENTE-LEERDERS**

C Beyers

**Die gevolge van positiewe MIV- Diagnostisering by
adolessente-leerders**

**Christa Beyers
BA(Ed)
BEd
BAHons(Sielkunde)
MED(Psigo-Opvoedkunde)**

Proefskrif voorgelê om te voldoen aan die vereistes vir die graad

Philosophiae Doctor

**In die Fakulteit Geesteswetenskappe
Departement Psigo-Opvoedkunde**

**aan die
Universiteit van die Vrystaat**

**Promotor: Prof. C.J Kotzé
November 2005**

ALGEMENE ORIËTERING

Artikel 1:

ASPEKTE RAKENDE DIE OPDOEN EN OORDRA VAN MIV/VIGS WAARMEE DIE ADOLESSENT REKENING MOET HOU

1.1	INLEIDING	1
1.2	PROBLEEMSTELLING	2
1.3	DOEL VAN DIE NAVORSING	3
1.4	METODE VAN ONDERSOEK	4
1.5	BEGRIPSVERHELDERING	5
1.5.1	MIV	5
1.5.2	Vigs	5
1.5.3	Adolessensie	5
1.5.4	Identiteit	5
1.5.5	Self-esteem	6
1.5.6	Persepsies	6
1.5.7	Seksuele gedrag	6
1.6	LITERATUURSTUDIE	6
1.6.1	Die vestiging van 'n identiteit by adolessente	6
1.6.2	Self-esteem en MIV	9

1.6.3	Teorie van Sosiale Verteenwoordiging	10
1.6.4	Seksuele ontwikkeling binne die sosiale sisteem	12
1.6.4.1	Vroulike seksualiteit	13

(iii)

1.6.4.2	Manlike seksualiteit	14
1.6.5	Faktore wat 'n rol speel by die opdoen van MIV	16
1.6.5.1	Die Skool	16
1.6.5.2	Die Portuurgroep	17
1.6.5.3	Die Gesin	18
1.6.5.4	Ekonomiese Faktore	19
1.6.5.5	Trekarbeid	21
1.6.5.6	Wanpersepsies	21
1.6.5.7	Alkohol- en Dwelmeksperimentering	22
1.6.5.8	Keuse van 'n seksuele maat	22

1.7	SAMEVATTING	23
------------	--------------------	-----------

	VERWYSINGS	25
--	-------------------	-----------

(iv)

Artikel 2:

**PERSEPSIES EN HOUDINGS VAN ONDERWYSERS, DIE
PORTUURGROEP EN DIE GEMEENSKAP TEN OPSIGTE
VAN DIE MIV-POSITIEF-GEDIAGNOSEERDE ADOLESENT**

2.1	INLEIDING	31
2.2	PROBLEEMSTELLING	32
2.2.1	Faktore wat die effektiewe voorkoming en behandeling van MIV/Vigs beïnvloed	33
2.2.1.1	Sosiale hindernisse	33
2.2.1.2	Ekonomiese implikasies	36
2.3	DOEL VAN DIE ONDERSOEK	36
2.4	METODE VAN ONDERSOEK	36
2.5	RESULTATE EN BEVINDINGE VAN EMPIRIESE ONDERSOEK	37
2.6	GEDRAGSMODIFIKASIE BY DIE ADOLESENT	44

2.7	VERANDERDE EN VERANDERENDE PERSEPSIES AS UITDAGING VIR DIE SAMELEWING	45
2.8	SAMEVATTING	46
	VERWYSINGS	48

(v)

Artikel 3:

DIE UITWERKING VAN MIV-POSITIEWE DIAGNOSERING VAN ADOLESSENTE OP HULSELF

3.1	INLEIDING	51
3.2	PROBLEEMSTELLING	52
3.2.1	Gevolge van MIV -positiewe diagnose by adolessente	53
3.2.1 .1	Fisiese gevolge	53
3.2.1 .2	Psigo-sosiale gevolge	54
3.2.2	Elizabeth Kübler-Ross se vyf-fase model	56
3.3	DOEL VAN DIE STUDIE	59
3.4	METODE VAN ONDERSOEK	59
3.5	RESULTATE EN BEVINDINGE VAN DIE EMPIRIESE ONDERSOEK	60

3.6	SAMEVATTING	66
	VERWYSINGS	68

(vi)

Artikel 4:

DIE HOUDINGS EN ERVARINGS VAN DIE OUERS/GESIN VAN DIE MIV-POSITIEWE ADOLESSENT

1.1	INLEIDING	71
4.2	PROBLEEMSTELLING	72
4.2.1	MOONTLIKE IMPLIKASIES RAKENDE DIE POSITIEWE IDENTIFISERING VAN MIV	72
4.2.1.1	Psigo-sosiale implikasies	73
4.2.1.2	Ekonomiese implikasies	75
4.2.1.3	Emosionele implikasies	76
4.3	DOEL VAN DIE STUDIE	77
4.4	METODE VAN ONDERSOEK	77

4.5	RESULTATE EN BEVINDINGE	78
4.6	SAMEVATTING	86
	VERWYSINGS	88

(vii)

Artikel 5:

MOONTLIKE OPLOSSINGS/STRATEGIEË VIR DIE BEKAMPING VAN MIV/VIGS ONDER ADOLESSENTE

5.1	INLEIDING	91
5.2	KOMPONENTE IN DIE VOORKOMING EN ONDERSTEUNING VAN ROLSPELERS WAT DEUR MIV/VIGS GERAAK WORD	93
5.2.1	Fase 1: Voorkoming van MIV/Vigs	93
5.2.1 .1	Leefstyl van adolessente	93
5.2.1 .2	Gedragsmodifikasie	95
5.2.1 .3	Massakommunikasie, die Media, Opvoedkundige instansies en die Kerk	97
5.2.1 .4	Die rol van die portuurgroep in die bekamping van MIV/Vigs	99
5.2.1 .5	Kognitiewe gedragsbestuur	99
5.2.1 .6	Verwydering van geslagsongelykheid	100

5.2.1 .7	Volgehoue navorsing	102
5.2.1 .8	Beleidbepaling	103
5.2.1 .9	Intervensieprogramme	105
5.2.2	Fase 2: Ondersteuning	106
5.2.2.1	Beskikbaarheid van toetssentra, gesondheidsorg en berading	106
5.2.2.2	Die behoeftes van uitsonderlike groepe	108
5.2.2.3	Finansiële steun	110
5.2.2.4	Ondersteuningsnetwerke	111
5.3	SAMEVATTING	
	112	
	VERWYSINGS	113
	BYLAE A	
	117	
	BYLAE B	
	118	
	BYLAE C	
	119	
	OPSOMMING/SUMMARY	
	KEY CONCEPTS	

(viii)

ALGEMENE ORIËTERING

Hierdie proefskrif is aan die hand van Regulasie G9.5.3 van die Fakulteit Geesteswetenskappe aan die Universiteit van die Vrystaat gedoen wat bepaal dat 'n proefskrif alternatiewelik ook in vyf verbandhoudende artikels oor 'n goedgekeurde navorsingsonderwerp in publikasiegereed formaat voorgelê kan word.

Soos op die titelblad aangedui, is die oorkoepelende titel van hierdie verhandeling die volgende: *Die gevolge van positiewe MIV-diagnosering by adolessente-leerders*. Die inhoud van die proefskrif bestaan uit vyf temas wat in die volgende artikels weerklank vind:

Artikel 1: Aspekte rakende die opdoen en oordra van MIV/Vigs waarmee die adolessent rekening moet hou

Artikel 2: Persepsies en houdings van onderwysers, die portuurgroep en die gemeenskap ten opsigte van die MIV-positief-gediagnoseerde adolessent

Artikel 3: Die uitwerking van MIV-positiewe diagnosering van adolessente op hulself

Artikel 4: Die houdings en ervarings van die ouers/gesin van die MIV-positiewe adolessent

Artikel 5: Moontlike oplossings/strategieë vir die bekamping van MIV/Vigs onder adolessente

Die opsomming, wat heel agter in hierdie proefskrif verskyn, dien ook as samevatting van die bevindinge en gevolgtrekkings waartoe die navorser in elke artikel gekom het.

(ix)

VERKLARING

Ek verklaar dat die proefskrif wat hierby vir die graad PhD aan die universiteit van die Vrystaat deur my ingedien word, my selfstandige werk is en nie voorheen deur my vir 'n graad aan 'n ander Universiteit/Fakulteit ingedien is nie. Verder verklaar ek dat ek afstand doen van die outeursreg in die proefskrif ten gunste van die Universiteit van die Vrystaat.

.....
November 2005

(X)

ERKENNING

Aan alle persone wat meegehelp het om hierdie studie af te handel, my opregte dank:

- My ouers, vir voortdurende belangstelling en bemoediging, en al die geleenthede wat ek gekry het
- Jan, vir jou onbaatsugtige opofferings, aanmoediging en ondersteuning.
- Prof Charles, vir motivering en rigtinggewende leiding.
- My kinders: Evan, Kirsten en Lian, ek is baie lief vir julle.

- Vir vriende en kollegas vir al die ondersteuning en belangstelling.

Aan God alleen die eer.

C Beyers

Nov 2005

Artikel 1

**Aspekte rakende die opdoen en oordra van MIV/Vigs
waarmee die adolessent rekening moet hou**

Opsomming

Die ontwikkeling van effektiewe intervensieprogramme om die verspreiding van MIV/Vigs in Suid-Afrika te beperk, is afhanklik van intensiewe navorsing oor die komplekse dinamiek van die pandemie.

Hierdie artikel poog om lig te werp op die rede waarom adolessente as risikogroep vir die opdoen en verspreiding van MIV/Vigs gesien word. Daar word vanuit die teoretiese agtergrond van Sosiale Verteenwoordiging gekyk na faktore wat aanleiding gee tot riskante seksuele gedrag, die vestiging van 'n identiteit en die ontwikkeling van die self-estem by adolessente.

1.1 Inleiding

MIV/Vigs het sy ontstaan in die vroeë tagtigerjare as 'n nuwe en ernstige gesondheidsprobleem waarvoor daar nog geen geneesmiddel bestaan nie. Verworwe Immuniteitsgebreksindroom (Vigs) is die resultaat van 'n infeksie deur 'n retrovirus, naamlik MIV. Hierdie toestand veroorsaak dat die liggaam se immuunstelsel verhoed om siektetoestande effektief te beveg. Volgens Evian (2000:32) is mense met Vigs meer vatbaar vir infeksies asook sekere kankers wat tot die dood kan lei. Minder ernstige Vigs-verwante siektes sluit in koors, geswolle kliere, moegheid, gewigsverlies en diarree.

Vigs word veroorsaak deur die opdoen van die MI-virus wat gevind word in bloed, semen, speeksel, transe, urine, vaginale sekresies, borsmelk en liggaamsvloeistof (Woolfolk, 1993:183). Daar bestaan hoofsaaklik drie wyses waarop die virus oorgedra kan word, naamlik heteroseksuele of homoseksuele aktiwiteit, direkte kontak met geïnfekteerde bloed en direkte transmissie vanaf 'n swanger vrou na haar baba - in utero, tydens geboorte of deur borsvoeding (Kruger & Adams, 1998:254).

Die studie oor adolessente is van uiterse belang wanneer ondersoek gedoen word na die Vigs-pandemie in Suid-Afrika, aangesien hierdie groep se gedrag hulle in 'n hoë risiko-groep plaas wat betref die oordrag

en opdoen van Vigs. Alhoewel die verspreiding van MIV 'n wêreldwye probleem is, dui statistiek daarop dat ongeveer 25% van adolessente in Suid-Afrika met MIV besmet is (UNAIDS, 2000:125). Alhoewel vigsstatistiek slegs beramings is, is Geffen, nasionale bestuurder van die Treatment Action Campaign (TAC), van mening dat vigssterftes in Suid-Afrika reuse afmetings aanneem (Volksblad, 27 Januarie 2004:9). Om die probleem aan te spreek, is dit nodig om die onderliggende faktore wat seksuele ontwikkeling en gedrag by die adolessent beïnvloed, te verstaan.

1.2 Probleemstelling

Volgens Whiteside (Volksblad, 7 Oktober 2005:7) is daar sowat 6.3 miljoen Suid-Afrikaners wat MIV/Vigs het, maar dit nie weet nie. Hy noem voorts dat MIV/Vigs veral onder vroue en jongmense toeneem. Buysse en Van Oost (1997:553) is in aansluiting hierby van mening dat die risikogedrag van adolessente verduidelik kan word wanneer identiteitsvorming binne die konteks van die heteroseksuele gemeenskap bestudeer word. Aangesien die MIV-positief gediagnoseerde adolessent voortdurend in interaksie is met die skool, die portuurgroep, gesin en die gemeenskap, kan hulle dus nie in isolasie bestudeer word nie.

Uit voorafgaande kumuleer die volgende vrae:

- ? Waarom word die adolessentetydperk as 'n risiko-tydperk gesien?
- ? Watter invloed het positiewe diagnosering op die leerder en alle rolspelers in sy/haar onmiddellike omgewing?
- ? Op watter wyse kan die ervarings van hierdie leerders help om die risiko by ander te verminder?

1.3 Doel van die navorsing

Aangesien die vyf artikels 'n geheel vorm, is die oorkoepelende doel van die navorsing:

- ? om op grond van 'n literatuurstudie in artikel 1 vas te stel watter invloed ervarings op die gedrag van die adolessent het deur in die besonder seksuele ontwikkeling en die ontwikkeling van die selfbeeld in ag te neem,
- ? om in artikel 2, 3 en 4 deur middel van onderhoude te bepaal wat die uitwerking van MIV- positiewe diagnosering op die leerder self, asook ander individue in die onmiddellike omgewing van die MIV-positiewe leerder is, en
- ? om sekere riglyne in artikel 5 aan die hand te doen ten einde houdings- en gedragveranderinge teweeg te bring by adolessenteleerders, asook om die gemeenskap te lei om ondersteuning aan individue wat MIV-positief is, te bied.

1.4 Metode van ondersoek

Hierdie proefskrif bestaan uit vyf verbandhoudende artikels. In die eerste artikel word 'n literatuurstudie onderneem om 'n teoretiese begronding te bied vir die studie. Daar word spesifiek gefokus op die seksuele ontwikkeling asook die ontwikkeling van 'n eie identiteit en self-esteem by die adolessent.

Die empiriese studie wat in artikels 2, 3 en 4 bespreek word, is kwalitatief van aard, aangesien die klem val op die gevolge wat MIV-positiewe diagnosering by die adolessent teweegbring.

Adolesente-leerders wat MIV-positief gediagnoseer is, is met behulp van studente wat 'n kursus in Spesiale Behoeftes aan Vista Universiteit gevolg het, geïdentifiseer. Die 10 adolesente wat ingestem het tot 'n onderhoud, asook 15 ouers van MIV-positiewe leerders is doelgerig geselekteer. Hierdie prosedure het tot gevolg gehad dat deelnemers uit 'n soortgelyke sosio-ekonomiese omgewing en agtergrond afkomstig was. Verder is 'n ewekansige steekproef van 15 onderwysers, 15 portuurgroeplede en 15 lede van die betrokke gemeenskap geselekteer. Onderhoude, waarvan sommige in fokus-groepe, is met hierdie deelnemers gevoer om te bepaal wat die effek van die adolesente-leerders se MIV-positiewe status op hulself en mense in hul onmiddellike omgewing is.

Die data wat verkry is, is geïnterpreteer om algemene stellings vanuit die literatuur te versterk asook om nuwe idees rakende die gevolge wat positiewe diagnosering van MIV het ten opsigte van die adolesente-leerder en alle rolspelers in sy/haar onmiddellike omgewing, weer te gee. Antwoorde wat in die onderhoude voorgekom het, is geëksploreer om alle gevoelens en idees in te sluit.

Artikel 5 sal poog om prioriteite uit te wys wat kan meehelp in die voorkoming van, begrip vir en ondersteuning aan nie net individue wat MIV-positief is nie, maar ook aan hul gesinne.

1.5 Begripsverheldering

Die volgende begrippe, wat van toepassing is op al vyf artikels, word vervolgens kortliks verhelder:

1.5.1 MIV

MIV – Menslike Immuniteitsgebreksvirus, val die immuunstelsel aan en verminder die liggaam se weerstand teen alle virusse en siektes.

1.5.2 Vigs

Vigs beteken Verworwe Immuniteitsgebreksindroom. Vigs word volgens Visagie (1999:1) veroorsaak deur die MI-virus. Die woord sindroom beteken dat verskeie simptome gelyktydig verskyn. Mense wat met MIV/Vigs besmet is, sal verskeie tekens en simptome van die siekte toon.

1.5.3 Adolessensie

Adolessensie word deur Plug, Meyer, Louw en Gouws (1988:6) beskryf as die ontwikkelings stadium wat strek van puberteit tot die bereiking van volwassenheid; in ouderdom tussen ongeveer 12 en 20 jaar.

1.5.4 Identiteit

Kruger en Adams (1998:22) meen dat die vorming van 'n identiteit uit drie fasette bestaan, naamlik adolessente se kennis rakende hul eie karaktereenskappe, sekerheid oor hul sosiale identiteit en sekerheid oor persoonlike waardes en ideale.

1.5.5 Self-esteem

Adolessente ontwikkel volgens Bezuidenhout (1998:31) 'n self-esteem deur in interaksie met ander persone te tree. Indien die interaksie positief ervaar word, behoort die adolessent 'n positiewe self-esteem te ontwikkel. Adolessente wat voortdurend hul eiewaarde moet bewys of vernedering ervaar, is meer geneig tot losbandige seksuele gedrag om sodoende erkenning te verkry.

1.5.6 Persepsies

Persepsies beteken die vermoë om ag te slaan en/of te begryp (Alswang & Van Rensburg, 1990:614).

1.5.7 Seksuele gedrag

Plug *et al.* (1988:317) beskryf seksuele gedrag as alle gedrag wat verband hou met die seksdrang, die geslagsorgane en ander erogene sones. Dit sluit die volgende in: masturbasie, hetero- en homoseksuele verhoudings en koïtus.

1.6 Literatuurstudie

1.6.1 Die vestiging van 'n identiteit by adolessente

Volgens Gage en Berliner (1998:129) is identiteit “an understanding of the self”. Identiteitsvestiging word as een van die belangrikste ontwikkelingsake van adolessensie gesien, aangesien adolessente gekonfronteer word met die verantwoordelikheid om hulself as't ware te vind, asook te besluit watter rol hulle in die samelewing gaan vervul. Indien hulle nie 'n eie identiteit suksesvol ontwikkel nie, kan dit lei tot konflik, angs, 'n gevoel van isolasie en ondoeltreffende besluitneming (Engelbrecht & Green, 2001: 109-117; Kruger & Adams, 1998:22).

Om 'n identiteit suksesvol te ontwikkel, moet adolessente die fisiologiese veranderings wat by hulle plaasvind, verstaan, die vermoë hê om hul eksterne omgewing te definieer, asook hul eie rol binne hierdie omgewing vas te lê (Louw, 1987:225). Daar word van adolessente verwag om 'n eie standpunt ten opsigte van die gemeenskapswaardes te formuleer wat tot gevolg sal hê dat hulle verantwoordelikheid sal neem vir hul eie gedrag.

Marcia (Soenens, Duriez & Goossens, 2004:4; Steinberg, 1993:273) se model wat bestaan uit vier identiteitstatusse kan sinvol aangewend word om adolessente se identiteitsvorming te begryp. Die volgende statusse word onderskei:

- Identiteitverwarring

Die adolessent is nog nie met identiteitskrisisse gekonfronteer nie, en geen keuses is tot dusver gemaak nie.

- Vooruitbesliste identiteit

Die persoon het op hierdie stadium nog geen krisisse ervaar nie, maar verbintnisse is reeds gevorm, moontlik as gevolg van die invloed van die gesin.

- Identiteitsmoratorium

Binne hierdie status is die adolessent besig om te eksperimenteer met alternatiewe in kritieke areas, maar kan nog nie probleme oplos nie. Hierdie stadium word as belangrik gesien, aangesien die adolessent worstel met die neem van besluite om sodoende 'n eie identiteit te ontwikkel.

- Identiteitsbereiking

Wanneer 'n persoon reeds voor krisisse te staan gekom het en waardes bevraagteken het en hierdie vrae opgelos het deur die neem van besluite, het hy/sy 'n eie identiteit bereik. Hierdie persoon word nie meer gerig volgens wat ander verwag nie.

Die adolessent beweeg vanaf identiteitverwarring tot identiteitsbereiking tydens laat-adolessensie. Dit is dan volgens Louw, Van Ede & Louw (1998:429) gedurende hierdie kritieke ontwikkelingsfases wat die adolessent die risiko loop om in negatiewe

gedrag betrokke te raak. Die “identiteitskrisis” is volgens Engelbrecht en Green (2001:109) van kardinale belang om opgelos te word gedurende die adolessente-fase. Tydens die status van identiteitsverwarring en vooruitbesliste identiteit is die adolessent geneig om aanpassingsprobleme te openbaar. Hierdie individue volg gewoonlik nog die groep, wat impliseer dat hulle meer kwesbaar is om met seks te eksperimenteer en MIV op te doen. Daarenteen is die adolessent wat in die status van identiteitsmoratorium of identiteitsbereiking verkeer, volgens Marcia (McCown, Driscoll & Roop, 1996), geneig om ‘n gesonde self-esteem te hê; dus tree hulle minder emosioneel op en die fokus word verskuif vanaf die groep na die individu self.

Sprinthall, Sprinthall en Oja (1994:159) noem in aanluiting hierby dat ‘n adolessent gedurende hierdie ontwikkelingsfase baie beïnvloedbaar is, en gewoonlik verkies om die portuurgroep na te volg (Vergelyk ook Hamachek 1990:118). Indien die groep dus die standpunt huldig dat hulle nie vatbaar is om MIV op te doen nie, sal die individu heel waarskynlik dieselfde mening hê. Hieruit kan ons dus aflei dat die “realiteit” van die groep waarin die adolessent beweeg, ook sal bepaal wat hulle siening is rakende MIV en seksuele gedrag. ‘n Persoon met ‘n gevestigde identiteit sal volgens Woolfolk (1990:86) makliker in volwasse rolle in die gesinsopset sowel as die gemeenskap inbeweeg met volwasse rypheid en verantwoordelikheid. Die risiko om MIV op te doen, sal dus hoër wees by adolessente wat nog nie ‘n eie identiteit bereik het nie.

1.6.2 Self-esteem en MIV

Die vestiging van ‘n identiteit en die self-esteem van ‘n individu is baie nou verweef. Wanneer ‘n adolessent identiteitsbereiking verwerf het,

tree hy/sy op uit eie wil en nie meer omdat ander dit ver wag nie (Louw & Edwards, 1993:544). Die individuele identiteit en self-esteem bepaal egter watter rolle 'n persoon waarskynlik sal kies en hoe hy/sy die rolle gaan vervul.

Brown en McNair (1995:1) haal Rosenberg en Kaplan se siening aan dat die gedrag van individue in enige domein, gewoonlik 'n refleksie van hul sin vir eiewaarde binne die konteks van daardie domein is. Hieruit kan afgelei word dat ook seksuele gedrag verband hou met die self-esteem van 'n individu. Santrock (1996:327) sluit hierby aan deur daarop te wys dat fisieke voorkoms 'n belangrike rol speel in die self-esteem van 'n adolessent, gevolg deur aanvaarding van die portuurgroep. Dit is juis tydens adolessensie belangrik dat die jeugdige 'n positiewe liggaamsbeeld opbou, aangesien groot liggaamlike veranderinge tydens hierdie tydperk plaasvind (Hamachek, 1990:107). Indien die adolessent 'n swak liggaamlike selfbeeld het, kan dit lei tot losbandigheid om sodoende aanvaarding van ander te verkry. Hierdie gedrag op sigself word as risiko gesien vir die opdoen en oordra van MIV.

Adolessente se selfkonsep omvat volgens Kruger en Adams (1998:24) alle idees, gevoelens, houdings en oortuigings wat hulle oor hulself het. Self-esteem is egter nie konsekwent of permanent nie, en verskil van een situasie na die ander. Hulle haal vir Marsh aan wat beweer dat 'n adolessent se selfbeeld uit twee komponente bestaan, naamlik 'n akademiese en nie-akademiese selfkonsep. Aangesien fisieke vermoëns, voorkoms, verhoudings met die portuurgroep en ouers die nie-akademiese selfkonsep beïnvloed, kan hieruit afgelei word dat seksuele gedrag ook deur hierdie eienskappe beïnvloed word. Adolessente se self-esteem kan dus direk aanleiding gee tot die tipe verhouding waarin hulle hulself begewe.

Die ouers en die portuurgroep word deur Mwamwenda (1995:363) uitgewys as 'n belangrike invloed te hê op die self-esteem van 'n adolessent. Soos reeds bespreek (sien 2), kan die adolessent wat nog nie 'n eie identiteit gevestig het nie, deur die portuurgroep gelei word om deel te neem aan onbehoorlike seksuele gedrag. Chilman (Brown & McNair,1995:2) sluit by ontwikkelingsielkundiges soos Erikson aan deur te noem dat adolessente deur sekere take gekonfronteer word wat eers opgelos moet word voordat die persoon hom-/haarself as menswaardig kan ag. Sy fokus egter op gedrag wat as mylpale van positiewe seksuele ontwikkeling kan dien, soos om selfbeheersing toe te pas om die self te beskerm teen seksueel oordraagbare siektes soos MIV. Wanneer 'n adolessent egter 'n negatiewe siening van die self het, is dit moontlik dat hy/sy juis seksuele verhoudings sal aangaan om sodoende 'n beter self-esteem te ontwikkel. Vir jong adolessente dogters kan dit 'n eer wees om met 'n ouer man in 'n seksuele verhouding betrokke te wees in ruil vir die aansien wat dit vir hulle onder hul portuurgroep meebring (MacPhail, 1998:69).

1.6.3 Teorie van Sosiale Verteenwoordiging

Die inligting wat deur die samelewing aan die individu oorgedra word deur middel van radio, koerante, tydskrifte, televisie en selfs gesprekke met ander, dra by tot die wyse van denke en optrede wat by adolessente bestaan. Die veld van Sosiale Verteenwoordiging poog om te verklaar waarom individue sekere sienings huldig rakende lewenskrisisse soos MIV/Vigs. Moscovici (Joffe, 1998:22) is van mening dat hierdie inligting al is wat die individu het om 'n tipe realiteit te vestig. Wanneer die inligting egter verdraai word, kan dit aanleiding gee tot wanpersepsies by individue (Wagner, 1996:48/9). So is Vigs in die verlede voorgelou as 'n homoseksuele siekte, met die gevolg dat

heteroseksuele individue vir 'n tyd lank binne die "realiteit" geleef het dat hulle nie die siekte kan opdoen nie.

Adolessente is besonder vatbaar om die virus op te doen, aangesien hierdie tydperk deur Louw, Van Ede en Louw (1998:385) beskryf word as 'n tydperk van onvoorspelbare gedrag. Die adolessent word beskryf as ankerloos, emosioneel onstabiel, seksueel promisku en krities aangaande morele waardes. Hulle beskik verder nog nie oor die nodige oordeel wat meegebring word deur ervaring, om die gevolge van hul dade te antisipeer nie. Summerfield (1990:2) noem dat die persepsie wat by adolessente bestaan dat hulle nie geraak sal word deur die virus nie, asook die beoefening van seks sonder die gebruik van kondome, van die faktore is wat die adolessent in die hoë-risikogroep plaas. As gevolg van die stigma wat aan MIV-positiewe individue toegesê word asook moontlike diskriminasie wat daaruit kan voortspruit, kan adolessente verkies om nie te weet wat hul status is nie, wat weer daartoe kan lei dat risikogedrag nie gewysig word nie (Letamo, 2001:2). Die Sosiale Verteenwoordigende benadering verklaar hierdie persepsie wat by adolessente bestaan deur daarop te dui dat interne klassifikasie-sisteme bestaan wat inligting aan die persoon oordra oor hoe om risiko's te begryp, soos die opdoen van MIV, sonder dat hulle daarvan bewus is. Hierdie inligting word vergelyk met voorafbepaalde sosiale voorstellings wat bepaal hoe die persone gaan reageer op wat hulle sien of hoor (Joffe, 1998:23).

Die hoofstroom sosiale teorieë wat tot dusver ondersoek gedoen het na die Vigs-pandemie, verskil volgens Joffe (1998:30) van die Sosiale Verteenwoordigende teorie in die sin dat hulle individualistiese, kognitiewe en rasonele aannames maak rakende menslike gedrag. Die Sosiale Verteenwoordigende benadering beklemtoon die feit dat geslagsgemeenskap nie in isolasie plaasvind nie, maar dat twee mense

betrokke is. Die siening wat die betrokkenes van mekaar het, speel volgens Moscovici en Duveen (2001: 139) ook 'n rol by die skep van realiteite. So kan 'n adolessent kies om met 'n persoon gemeenskap te hê, of om nie van kondome gebruik te maak nie, omdat hy/sy van mening is dat die persoon “veilig” is.

Om die Vigs-pandemie teë te werk, word van adolessente verwag om realistiese afleidings te maak rakende die omvang en erns van die opdoen van MIV/Vigs. Om slegs inligting rakende MIV aan adolessente te verskaf, is nie meer genoeg nie. Kreatiewe wyses moet gevind word om 'n groepsidentiteit te skep wat sal lei tot respek en aanvaarding van ander. Adolessente behoort ook beter bewus gemaak te word in die verkryging van normatiewe waardes en standaarde.

1.6.4 Seksuele ontwikkeling binne die sosiale sisteem

Adolessensie word deur Santrock (1996:384) beskryf as 'n tydperk van seksuele verkenning en eksperimentering, asook 'n tydperk van seksuele fantasieë en realiteite. Gedurende hierdie tydperk word die identiteit van die adolessent gevestig waarvan seksualiteit 'n belangrike komponent beslaan. Donald, Lazarus en Lolwana (2002:259) waarsku egter dat seksualiteit as 'n lewenslange proses gesien moet word, aangesien dit nie by adolessensie begin nie. Die adolessente-tydperk word egter gekenmerk deur seksuele rypwording met die gepaardgaande eksperimentering met seks. Leiding op hierdie gebied word dikwels afgeskeep as gevolg van kulturele voorskrifte en onkunde, asook onwilligheid by ouers oor die hantering van die onderwerp. Volwassenes in sommige kulture is geneig om steeds te glo dat indien

adolescente te veel kennis het van seks, dit sal lei tot seksuele eksperimentering op 'n vroeë ouderdom.

Alhoewel die seksuele tradisioneel geassosieer word met genot en plesier, word dit gekontrasteer met die realiteite en gevare in die samelewing, waaronder verkragting, MIV en seksueel oordraagbare siektes. Hierdie kontras lei volgens MacPhail (1998:72) daartoe dat adolessente dit moeilik vind om seksualiteit op 'n positiewe wyse te ervaar sonder 'n gevoel van konflik en skuld. Donald *et al.* (2002:259) sluit hierby aan deur te noem dat die waardes wat deur die gemeenskap gehuldig word wat betref die seksuele rolle van mans en vroue, aan die ontwikkelende kind oorgedra word op 'n verskeidenheid maniere. Dit is dus van belang om onderskeid te tref tussen manlike en vroulike seksualiteit.

Geslag word sosiaal gedefinieer in teenstelling met seks wat biologies van aard is (UNAIDS,1998:1). Dit wat ons dus verstaan onder die rolle van mans en vroue ontwikkel oor 'n lang tydperk, en dit word oorgedra deur die gesin en die samelewing. Hierdie "realiteit" verskil dus van kultuur tot kultuur, binne families, gemeenskappe, en ook tussen generasies.

1.6.4.1 Vroulike seksualiteit

Reeds by geboorte onderskei en behandel ouers hul seuns en dogters op verskillende wyses. Dogters word gesien as broser, sagter en kleiner as hul manlike eweknieë (Sprinthall, Sprinthall & Oja, 1994:511). Daar word van jongs af van dogters verwag om hulself op 'n meer passiewe wyse besig te hou as in die geval van seuns. Dit is dus onvermydelik dat wanneer seksuele rolle ontwikkel, die dogters meer geïnhibeerd sal wees as seuns.

Alhoewel Santrock (1996:388) van mening is dat daar 'n neiging by adolessente bestaan om geslagsgemeenskap as toenemend aanvaarbaar te bejeën, word die vrou steeds deur die samelewing voorgehou as die prooi teenoor die persepsie dat die man die jagter is. MacPhail (1998:72) maak die afleiding dat vroulike adolessente dus hul definisie van vroulikheid kan behou deur geslagsgemeenskap as “toevallig” af te maak. Hierdie gedrag dra by tot die verhoging van die risiko om geslagsverwante siektes, waaronder MIV, op te doen, aangesien vroulike adolessente ook nie voorbehoeding tref nie, omdat dit sal impliseer dat hulle teen die norm van die samelewing optree deur seks te antisipeer.

Geslagte word op verskillende wyses geraak deur die MIV/Vigs pandemie. Statistiek toon, volgens de Bruin (1992:250), dat meer vroue as mans die virus opdoen as gevolg van fisiologiese faktore, soos dat semen langer in die vagina geberg word na omgang, en sosio-kulturele en ekonomiese faktore wat steeds die vrou as minderwaardig teenoor die man ag, met die gevolg dat die vrou meer afhanklik is en sodoende nie veel kontrole het oor die keuse van seksuele verhoudings nie.

Die feit dat adolessente se persepsies rakende seks reeds toenemend verander, impliseer dat seksuele gedrag met die nodige kennis aangepas kan word om sodoende die verspreiding van MIV en Vigs hok te slaan.

1.6.4.2 Manlike seksualiteit

Alhoewel die persepsie bestaan dat die verskillende seksuele rolle wat deur die samelewing aan mans en vroue toegedig word, besig is om te verander, is Rose en Frieze (Brannon, 1996:240) die mening toegedaan dat mans as seksuele wesens geag word, maar vroue daarenteen behoort

nie te wees nie. Dit word ook deur sekere kulture in die samelewing goedgekeur dat mans seksuele “ondervinding” opdoen voordat hulle hulself in ‘n huwelik begewe. Hierdie dubbele standarde veroorsaak dat die vrou wat wel seksueel aktief is, volgens MacPhail (1998:73) verwerping deur die samelewing en die gesin in die gesig staar, en ook geëtiketteer kan word as goedkoop of as skaamteloos. Hierdie siening word gesteun deur Dowsett en Aggleton (1999:35) wat van mening is dat die seksueel aktiewe vrou op ‘n kleinerende wyse geklassifiseer word as ‘n slegte vrou of selfs as ‘n hoer. Mans daarenteen, word deur hierdie sosiale kultuur aangemoedig om hul manlikheid te bewys deur ‘n aktiewe seksuele lewe te lei. Die seksuele kultuur wat deur die meeste samelewings voorgehou word, bepaal dat die vrou ondergeskik is aan die man. Hierdie kultuuropvatting word versterk deurdat aangevoer word dat dit gegrond is op Bybelse “waarhede”. Dit is egter ironies dat wyd geïmpliseer word dat die vrou “beheer” moet uitoefen deur aan te dring op die gebruik van kondome, die keuse moet uitoefen van ‘n monogame verhouding en so meer, maar die man word steeds as die “hoof oor die vrou” voorgehou (Strebel & Lindegger, 1998:4).

Die teendeel is egter ook waar dat sommige mans self nie oor genoegsame kennis of ervaring oor seks beskik nie, maar hulle manlikheid kan in die gedrang kom wanneer hulle dit openbaar maak. Dit is dus ‘n verdraaide realiteit waarin hulle leef. Mans word deur die druk van die samelewing aangemoedig om ‘n seksueel aktiewe lewe te lei, teenoor die verwagting dat die vrou seksueel meer passief moet wees en slegs fokus op die behoeftebevrediging van die man.

1.6.5 Faktore wat ‘n rol speel by die opdoen van MIV

Seksuele gedrag vind volgens die Human Rights Watch (2001:1) plaas teen die agtergrond van geweld in Suid-Afrika. Geweld word oral

aangetref en dit is dikwels die vrouens en dogters wat die meeste daaronder ly. Geweld teenoor vroue en kinders vind volgens Mohapeloa (Ackermann, 2002:95) op verskillende wyses en in verskillende omgewings plaas, waaronder:

- ? fisieke, seksuele en psigologiese geweld binne die gesin,
- ? fisieke, seksuele en psigologiese geweld binne die breë samelewing,
- ? fisieke, seksuele en psigologiese geweld soos bepaal deur die regering waar dit ookal plaasvind.

Die voorkoms van verkragting in Suid-Afrika word gesien as van die hoogste ter wêreld. Van Rooyen en Louw (1993:95) haal die Nasionale Instituut vir Misdadvoorkoming en Rehabilitasie vir Oortreders (NIMRO) se statistiek aan van 300 000 per jaar: 400 vroue elke dag of een elke drie minute. Die gevolg is dat verkragting gesien word as een van die grootste oorsake vir die opdoen en oordra van Vigs. Die hoë werkloosheidsyfer veroorsaak egter dat seksuele geweld dikwels ontken word. Die verkragter is dikwels 'n bekende wat alleen verantwoordelik is vir die inkomste van die gesin, en laat dus die res van die gesinslede magteloos om op te tree. In 50% van alle verkragtinggevalle is die man 'n persoon wat die vrou goed ken, hetsy 'n buurman, kollega of familielid (Van Rooyen & Louw, 1993:96).

1.6.5.1 Die skool

Beide onderwysers en die portuurgroep word gesien as belangrike rolmodelle, aangesien waardes en gedrag hier oorgedra word. Volgens die HIV/AIDS/STD Strategic Plan for South Africa: 2000 - 2005 (2000:15) moet inligting rakende hierdie siektes intensioneel en konstruktief oorgedra word om die land se dilemma aan te spreek.

Die realiteit is egter dat te veel Suid-Afrikaanse adolessente deurloop onder verkragting, seksuele teistering en mishandeling. Die Human Rights Watch (2001:2) het gevind dat beide onderwysers en leerders hulself skuldig maak aan seksuele misbruik van adolessente-meisies. Om 'n einde hieraan te maak, sal ingryping op nasionale vlak vereis, asook die samewerking van alle rolspelers binne die opvoedkundige sisteem. Die National Education Policy Act (1996) benadruk in essensie die volgende:

- ? om akkurate inligting rakende MIV te verskaf, asook die aanleer van lewensvaardighede wat noodsaaklik is vir die voorkoming van die opdoen van die virus,
- ? om basiese eerstehulp aan te leer,
- ? om die rol wat dwelmmisbruik, seksuele misbruik en geweld in die opdoen van MIV speel, te benadruk,
- ? om leerders aan te moedig om gebruik te maak van gesondheidsorg, berading en ondersteuningstelsels,
- ? om nie teen MIV-positiewe individue te diskrimineer nie, en
- ? om leerders attent te maak op voorkomingsmaatreëls.

Die bemagtiging van adolessente wat betref seksuele opvoeding, behoort 'n hoë prioriteit te wees vir die skool, maar die realiteit is dat sommige onderwysers steeds voel dat dit primêr die taak van die ouers is om leerders in hierdie opsig op te voed.

1.6.5.2 Die portuurgroep

Adolessensie verwys volgens Lewis (1991:2) na die tydperk vanaf puberteit tot volwassenheid. Puberteit word gesien as die tydperk van fisiologiese veranderinge wat plaasvind om seksuele rypheid te bereik. Die adolessent doen voortdurend self-evaluasie om sodoende hul eie waardesisteem, identiteit en lewens- en wêreldbeskouing te vestig. Dit is

verder volgens Tshiwula (Bezuidenhout, 1998:107) gewoonlik gedurende hierdie tydperk dat adolessente hul bande met hul ouers losmaak, seksuele aanpassings maak en verhoudings met die portuurgroep as belangrik ag. Die adolessent word avontuurlustig en het die behoefte om te eksperimenteer. Aangesien die seksuele ontluiking en die losmaking van bande met ouers gelyktydig plaasvind, is dit uiteindelik die portuurgroep wat sal bepaal hoe die seksuele drange hanteer sal word.

Dit is gedurende hierdie tydperk wat adolessente aanvaar wil word deur hul vriendekring en die gedagte dat hulle uitgesluit kan word, laat die adolessent dinge doen om aanvaar te word, selfs al is dit teen die opvoedingsbeginsels van die eie huis en teen die wet. Volgens Van Rooyen en Louw (1993:6) is dit veral die adolessent met 'n selfbeeldprobleem wat hom/haar tot ekstreme gedrag wend. Die adolessent word dikwels seksueel aktief slegs om die goedkeuring van hul portuurgroep weg te dra en om "in tel" te wees. Seksuele aktiwiteit vind dikwels spontaan plaas sonder die gebruik van kondome, wat dus die risiko om MIV/Vigs op te doen, verhoog.

1.6.5.3 Die gesin

Seksualiteit handel fundamenteel oor interpersoonlike verhoudings. Die ontwikkeling van seksualiteit vind dus nie slegs binne 'n sekere ontwikkelingsfase plaas nie, maar begin reeds by verhoudings binne die gesin. Dit is dan ook hier waar kinders leer hoe om met ander van beide geslagte om te gaan. Die rol wat die ouers speel, word dus as van kardinale belang gesien in die sosiale en emosionele ontwikkeling van die kind. Donald *et al.* (2002:259) stel dit duidelik dat spesifieke patrone van seksuele gedrag en waardes wat hieraan geheg word, deur

die ouers aan die kinders oorgedra word. Dit is ook hier waar breë sosiale waardes aan die kinders oorgedra word.

Alhoewel adolessente die neiging toon om op 'n veel jonger ouderdom seksuele verhoudings aan te gaan, is die onderwerp steeds in heelwat huise taboe. Ouers sien dikwels nie kans om met hul kinders oor seks te praat nie; dus bly die meeste jongmense oningelig en leer nie die vaardighede aan wat nodig is om hulle te beskerm teen seksverwante siektes nie.

Hierdie kommunikasiegaping tussen ouer en kind rakende die onderwerp seksualiteit, bring dan mee dat die kind in die huis ook nie die nodige feite en waarskuwings bekom wat verband hou met MIV/Vigs nie.

1.6.5.4 Ekonomiese faktore

Collins en Rau (2000:2) is van mening dat armoede direk aanleiding gee tot gedrag wat lei tot die opdoen en verspreiding van MIV. Hulle haal die United Nations Development Program aan wat postuleer dat arm vroue nie veel beheer het oor die omstandighede waarin seksuele omgang plaasvind nie, en dat dit nie net die frekwensie van omgang kan verhoog nie, maar ook veroorsaak dat adolessente op 'n baie jeugdiger ouderdom hul eerste seksuele ervaring beleef. Verder het minder gegoede mense gewoonlik nie toegang tot voldoende gesondheidsdienste nie, en word infeksies soms nie eens behandel nie. Voorts bestaan daar ook heelwat faktore wat jongmense ontmoedig om gebruik te maak van bestaande gesondheidsdienste, soos gebrek aan privaatheid en konfidensialiteit, onsensitiewe personeel, swak

omgewingstoestande, onvermoë om te betaal vir dienste en die feit dat hierdie dienste dikwels nie beskikbaar is vir minderjariges wat nie deur hul ouers vergesel word nie.

Wanvoeding vererger die individuele toestand, aangesien die immuunsisteem afgetakel word en sodoende die herstelproses vertraag (Kapp, 2001:162). Die verband tussen armoede en MIV word gesien as 'n tweesnydende swaard, aangesien arm mense as meer vatbaar geag word om die virus op te doen, en indien die virus opgedoen word, kan dit tot erger armoede lei. Jong kinders word dikwels uit die skool gehaal wanneer een van die ouers siek word om as versorger op te tree, wat hulle weer ontnem van formele opvoeding.

Soos reeds gemeld, is daar 'n verband tussen armoede en die opdoen van MIV. Jong meisies is na die mening van Booyesen en Summerton (2003:12) dikwels bereid om seksuele gunsies te bewys in ruil vir finansiële vergoeding. Daar word verder volgens Brown & McNair (1995:4) in sommige kulture steeds teen vroue gediskrimineer, en as hulle mans, as enigste broodwinner, te sterwe kom, het hulle moontlik geen inkomste nie. Beide volwassenes en kinders kan hulle dan op seks verlaat om te oorleef.

Kinders word in hierdie opsig ook blootgestel aan seksuele ervarings op 'n jeugdige ouderdom. Dit is volgens Muller (1998:16) nie 'n vreemde verskynsel dat jong seuns en meisies seksueel misbruik word, en daarna omgekoop word met lekkers of geld deur volwassenes nie.

'n Verdere bron van kommer is dat meisies moontlik opsetlik swanger raak om sodoende te kwalifiseer vir 'n subsidie van die regering. Die risiko om MIV op te doen, vergroot, aangesien die doel van seksuele

aktiwiteit dan is om geld te ontvang, en nie soseer gerig is op die vestiging van 'n stabiele, intieme verhouding nie.

1.6.5.5 Trekarbeid

Mense wat migreer, toon 'n groter waarskynlikheid om betrokke te raak in seksuele verhoudings wat bevorderlik is vir die opdoen en oordra van MIV/Vigs. Die werkloosheidsyfer in Suid-Afrika dwing mense om werk te aanvaar wat ver van die huis af is. Collins & Rau (2000:3) het in 'n studie bevind dat die meeste van die trekarbeiders mans is wat alleen is - hetsy enkellopendes of mans wie se vrouens tuis is. Hierdie mans bevind hulself in eensame, ongunstige omstandighede en het volgens Visagie (1999:55) 'n natuurlike behoefte aan intimiteit. Met hulle lone, die ondersteuning van hul portuurgroep en drank wat geredelik beskikbaar is, oorreed hulle vrouens om in seksuele verhoudings betrokke te raak. Armoede noop vrouens en skoolkinders om seksuele gunsies aan trekarbeiders te bewys in ruil vir geld, kos en klere. Hierdie hoë-risiko gedrag kan veroorsaak dat vrouens wat by die huis wag, MIV opdoen wanneer hul eggenote terugkeer.

1.6.5.6 Wanpersepsies

Adolessente loop volgens Summerfield (1990:2) 'n hoë risiko om MIV op te doen as gevolg van 'n verskeidenheid faktore waaronder die persepsie dat hulle nie vatbaar is vir die virus nie. Hierdie wanpersepsie lei daartoe dat hulle geslagsgemeenskap beoefen sonder voorsorg. Adolessente is geneig om te glo dat hulle "reg" kies, en dat as hulle net met een maat gemeenskap het, dit dan veilig is.

Menige wanpersepsies by die breër gemeenskap verhoog verder die risiko om MIV oor te dra. So glo sommige mans in sekere

kultuurgroepe wat reeds MIV-positief is, dat die siekte sal verdwyn wanneer omgang met 'n maagd plaasvind (Sunday Times, 4 April 1999). Hierdie mite lei nie net tot die oordrag van MIV nie, maar ook in 'n toename van verkragting en seksuele misdade.

1.6.5.7 Alkohol- en dwelmeksperimentering

Om sosiaal te verkeer, impliseer dikwels die gebruik van alkohol. Visagie (1999:52) noem in hierdie verband dat selfs klein hoeveelhede alkohol en dwelms kan veroorsaak dat mense dinge doen wat hulle nie onder normale omstandighede sou doen nie. Die gebruik van alkohol beïnvloed die sentrale senuweestelsel (Comer, 1992:446), wat meebring dat waarde-oordele en inhibisie, asook die adolessent se rasonale denke aangetas word, en dit kan lei tot onveilige sowel as gewelddadige seksuele gedrag. Buiten die feit dat gedeelde spuitnaalde 'n groot risiko inhou vir die oordra van MIV, beïnvloed die gebruik van dwelms ook die gedrag van die adolessent. Volgens Donald *et al.* (2002:253) is die eksperimentering met alkohol en dwelms in die adolessente-fase baie algemeen. Die redes wat aangevoer word hiervoor is groepsdruk, die feit dat die adolessent voel hy/sy lyk en tree op 'n meer volwasse wyse op en om ouergesag uit te daag. Comer (1992:446) sluit verder hierby aan deur te noem dat sommige individue verhoogde seksuele drange ervaar, en sodoende onveilige gemeenskap beoefen om aan hierdie drange uiting te gee. Hierdie gedrag verhoog die risiko om MIV op te doen.

1.6.5.8 Keuse van 'n seksuele maat

Bezuidenhout (1998: 31) noem dat die self-esteem van die adolessent 'n belangrike rol speel wanneer gekyk word na seksuele gedrag. In hierdie opsig kan die adolessent moontlik seksuele maats kies juis om sy/haar

self-esteem te bevorder. Dit is volgens MacPhail (1998:69) nie onbekend dat jong meisies seksuele gunsies aan ouer mans bewys om sodoende ander te beïndruk nie. Ouer mans word in hierdie opsig as groter risiko beskou, aangesien hulle gewoonlik nie slegs in een seksuele verhouding betrokke is nie. In hierdie verband verklaar UNAIDS (2000:48) dat indien meisies seksuele verhoudings met net hul eie portuurgroep aangeknoop het, dit die risiko sou verlaag om MIV op te doen. Ouer mans sal ook eerder seks hê met 'n jonger meisie omdat hulle oortuig is dat dit die risiko verlaag om self met MIV besmet te word.

In teenstelling hiermee is dit ook moontlik dat iemand wat reeds MIV-positief is, uit wraak met soveel moontlik mense omgang het omdat hulle nie alleen die las wil dra nie. In Insig (April 2003:58) word genoem dat partytjies gehou word om die MI-virus as “geskenk” uit te deel. Dikwels weet die maat nie eens dat die ander party reeds die virus onder lede het nie.

Diskriminasie wat deur MIV-positiewe individue ervaar word, asook die stigma wat aan positiewe-diagnosering kleef, kan daartoe lei dat die persoon wat MIV-positief is, kies om nie sy/haar status bekend te maak nie. Die gevolg is dat hierdie persone nie mediese hulp of ondersteuning kry nie, en soms onnodige isolasie beleef (Paterson,1996:93).

1.7 Samevatting

Uit voorafgaande is dit duidelik waarom adolessensie as risikogroep gesien word om MIV op te doen en oor te dra. Intervensieprogramme is grootliks daarop gerig om kennis rakende die virus oor te dra, maar klem word gelê op die volwassene se oortuigings van hoe die adolessent veronderstel is om op te tree, en nie op die behoeftes wat by die

adolescent bestaan nie. Hierdie uitgangspunt kan op sigself die pandemie aanhits, aangesien wanpersepsies steeds by sekere gemeenskappe bestaan, soos dat MIV byvoorbeeld 'n homoseksuele siekte is.

MacPhail (1998:79) sluit hierby aan deur te noem dat navorsing toon dat adolessente oor voldoende kennis rakende die opdoen en oordra van MIV beskik, maar dat die minderheid oor die vaardighede beskik om hulle kennis toe te pas in veilige, voorkomende seksuele praktyke. Daar moet op 'n holistiese wyse na die adolescent gekyk word as komplekse seksuele wese wat binne 'n bepaalde gemeenskap funksioneer wat bepaalde waardes en norms huldig, eerder as om te fokus op ingeligte besluitneming. Die Sosiale Verteenwoordigende benadering benadruk dat individue se eie interpretasies en realiteite in gedagte gehou moet word wanneer die Vigs-pandemie aangespreek word.

As statistiek in ag geneem word, is dit die plig van Suid-Afrika om strategieë te ontwikkel om die MIV/Vigs-pandemie te beveg. 'n Daadwerklike poging moet aangewend word om die jeug van vandag 'n kans te gee om 'n toekoms te hê as volwassenes.

Hierdie artikel moet gesien word as 'n inleiding en voorloop tot verdere artikels wat in totaliteit 'n geheel vorm. Moontlike oplossings/aanbevelings van die maatskaplike probleem sal eventueel in die laaste artikel bespreek word. In artikel twee sal aandag geskenk word aan persepsies en houdings van die skool, portuurgroep en die gemeenskap teenoor die MIV-positief gediagnoseerde adolescent.

Verwysings

Ackermann L (2002) An exploration of the underlying social dynamics that make women vulnerable to HIV infection. Ongepubliseerde M-verhandeling. UV

Alswang J & Van Rensburg A (1990) An English usage dictionary for Southern African schools. Fourth Edition. Johannesburg: Educum

Bezuidenhout F J ed. (1998) A Reader on selected social issues. Pretoria: Van Schaik

Booyesen F le R & Summerton J (2003) HIV/AIDS, poverty and risky sexual behaviour: Evidence from South Africa

Brannon L (1996) *Gender: psychological perspectives*. Boston: Allyn & Bacon

Brown S & McNair L (1995) Black women's sexual sense of self: Implications for Aids prevention.

[Http://www.uga.edu/~womanist/1995/brown.html](http://www.uga.edu/~womanist/1995/brown.html)

(Read on 17 September 2004)

Buysse A & Van Oost P (1997) "Appropriate" male and female safer sex behaviour in heterosexual relationships. *AIDS Care*, 9(5):549-561

Collins J & Rau B (2000) Africa: HIV/AIDS and failed development.

[Http://www.africaaction.org/docs00/rau0010.htm](http://www.africaaction.org/docs00/rau0010.htm)

(Read on 17 October 2003)

Comer R J (1992) *Abnormal Psychology*. New York: Freeman

De Bruin M (1992) Women and Aids in developing countries.

Social Science medical Journal 34(3): 249 - 262

Donald D, Lazarus S & Lolwana P (2002) *Educational Psychology in Social context* (2nd ed.) Cape town: Oxford university Press

Dowsett G & Aggleton P (1999) *Sex and youth: contextual factors affecting risk for HIV/Aids*. Geneva:UNAIDS

Engelbrecht P & Green L (2001) *Promoting learner development*.

Preventing and working with barriers to learning.
Pretoria:Van Schaik

Evian C (2000) Primary AIDS care. A practical guide for primary health care personnel in the clinical and supportive care of people with HIV/AIDS. Houghton:Jacana

Gage N.L & Berliner D C (1998) Educational Psychology (6th edition)New York:Houghton Mifflin Co.

Hamachek D (1990) Psychology in Teaching, Learning and Growth (4th edition) Massachusetts:Allan & Bacon

HIV/AIDS/STD Strategic plan for South Africa 2000 - 2005.
February 2000

Human Rights Watch (2001)
<http://www.hrw.org/reports/2001/safrica/ZA-FINAL.htm>
(Read on 30 October 2003)

Insig, April 2003, p.58

Joffe H (1998) Social representations and the Aids field. *Psychology in Society*, 24: 21-39

Kapp J A (ed) (2001) Children with problems: an orthopedagogical perspective. Pretoria: Van Schaik

Kruger N en Adams H (1998) Psychology for teaching and learning. What Teachers need to know. Sandton:Heinemann

Letamo (2001) HIV/Aids-related stigma and discrimination among adolescents in Botswana.

[Http://www.ossrea.net/announcements/letamo.pdf](http://www.ossrea.net/announcements/letamo.pdf)

(Read on 15 January 2004)

Lewis J (1991) The physiological and psychological development

of the adolescent.[Http://www.yale.edu/unhti/curriculum/](http://www.yale.edu/unhti/curriculum/)

[units/1991/5/91.05.07.x.html](http://www.yale.edu/unhti/curriculum/units/1991/5/91.05.07.x.html) (Read on 15 October 2003)

Louw D A (1987) Inleiding tot die Psigologie. Johannesburg:Lexicon

Louw D A & Edwards D J A (1993) Psychology. An introduction for students in southern Africa. Johannesburg:Lexicon

Louw D A, Van Ede D M & Louw A E (1998) Human development (2nd ed.). Pretoria:Kagiso

MacPhail C (1998) Adolescents and HIV in developing countries: New research directions. *Psychology in Society*, 24, 69-87

McCown R, Driscoll M & Roop P G (1996) Educational psychology. A learning-centered approach to classroom practice.

London:Allyn & Bacon

Moscovici S & Duveen G (editors) (2001) Social representations: Studies in social psychology. London:Basil Blackwell

Muller F S (1998) Child abuse. An educational and medical approach to important issues and associated problems. Pretoria:V&R Printing Works

Mwamwenda T S (1995) Educational Psychology. An African Perspective (2nd ed.). Durban:Butterworths

National Education Policy Act (1996) Department of Education: Pretoria

Paterson G (1996) Love in a time of AIDS. Geneva:WCC publications

Plug C, Meyer W F, Louw D A & Gouws L A (1988) Psigologiewoordeboek. Johannesburg:Lexicon

Santrock J W (1996) Adolescence. New York:Brown & Benchmark

Soenens B, Duriez B & Goossens L (2004) Social-Psychological profiles of identity style: attitudinal and social-cognitive correlates in lateadolescents. [Http://66.102.104/search?q=cache:u7EZUxD8NWYJ:www.psy.kuleuven.ac.be/religion/...](http://66.102.104/search?q=cache:u7EZUxD8NWYJ:www.psy.kuleuven.ac.be/religion/...) (Read on 14 September 2004)

Sprinthall N A, Sprinthall R C & Oja S N (1994) Educational Psychology. A Developmental approach (6th ed.) New York:McGraw-Hill

Steinberg L (1993) Adolescence. 3rd ed. New York:McGraw-Hill

Strebel A & Lindegger G (1998) Power and responsibility: shifting discourses of gender and HIV/AIDS. *Psychology in Society*, 24, 4-20

Summerfield L (1990) Adolescents and Aids

[Http://www.kidsource.com/kidsource/content4/adolescents.and.AIDS.html](http://www.kidsource.com/kidsource/content4/adolescents.and.AIDS.html)

(Read on 3 February 2003)

Sunday Times, 4 April 1999

UNAIDS (1998) Best practice collection: technical update.

Geneva:UNAIDS

UNAIDS (2000) Report on the global HIV/AIDS epidemic.

Geneva:UNAIDS

Van Rooyen L & Louw N (1993) Geslagsopvoeding: 'n handleiding vir die opvoeder. Pretoria:Academica

Visagie C J (1999) The complete story of HIV and AIDS. A practical guide for The ordinary sexually active person. Pretoria:Van Schaik

Volksblad, 27 Januarie 2004

Volksblad, 7 Oktober 2005

Wagner W (1996) The social representations paradigm. *The Japanese Journal Of Experimental Social Psychology*, 35(3), 247 – 255

Woolfolk A E (1990) Educational Psychology (4th edition) New York:Prentice-Hall

Woolfolk A E (1993) Educational Psychology (5th edition)
Boston:Allyn & Bacon

Persepsies en houdings van onderwysers, die portuurgroep en die gemeenskap ten opsigte van die MIV-positief-gediagnoseerde adolessent

Opsomming

Teistering en diskriminasie teenoor adolessente wat MIV-positief gediagnoseer is, het 'n groot probleem geraak en dra ook nie by tot die oplossing vir die Vigs-pandemie waarmee Suid-Afrika te kampe het nie. Individue wat MIV-positief is, behoort die uitdaging te aanvaar om voort te gaan met hul lewens, om optimisties te wees en hoop te hê vir die toekoms, maar hulle het die hulp nodig van ander rolspelers in hul lewens. Hierdie artikel poog om vas te stel wat die houdings en sienings van onderwysers,

die portuurgroep en die gemeenskap jeens die MIV-positiewe adolessent is, en om die gevolge wat MIV op die sosiale sisteme het, te ondersoek om sodoende in die finale artikel in hierdie reeks van vyf, moontlike oplossings vir die probleem te bied.

2.1 Inleiding

Artikel 1 het gefokus op aspekte rakende die opdoen en oordra van MIV/Vigs waarmee die adolessent rekening moet hou, en aangedui waarom adolessente as risikogroep gesien word om die virus op te doen. Die jeug van vandag word in alle samelewings gesien as die toekoms; daarom dat die hoë persentasie adolessente wat reeds MIV-positief is, soveel kommer wek. Statistiek toon dat ongeveer 25% adolessente in Suid-Afrika met MIV besmet is (UNAIDS, 2000:125). Volgens Dolcini (2002:1) is Vigs 'n sosiale vraagstuk wat impliseer dat sosiale netwerke nou betrokke is by MIV. Alhoewel sosiale netwerke voortdurend verander, byvoorbeeld die verandering van een skool na 'n ander, of van een gemeenskap na 'n ander, bly die MIV-gediagnoseerde adolessent deel van hierdie netwerke. Wilen (2003:2) is die mening toegedaan dat politieke, finansiële en sosiale hindernisse tot gevolg het dat effektiewe voorkoming en behandelingstrategieë weerhou word van hoë risiko-individue. UNAIDS (2001:1) sluit hierby aan met die siening dat stigma en diskriminasie teenoor die MIV-positiewe adolessent nie voorkoming en behandeling van die pandemie tot voordeel strek nie.

2.2 Probleemstelling

Dit is 'n bekende feit dat individue wat MIV-positief gediagnoseer is, gebuk gaan onder stigma en diskriminasie. Sommige mense glo selfs dat die positiewe adolessent iets gedoen het om MIV/Vigs te verdien. Alhoewel daar wyd gepubliseer word oor die onderwerp, vermy die meeste mense

steeds persone wat met die virus besmet is. Die resultaat hiervan is dat positief-gediagnoseerde persone verkies om hul status geheim te hou, wat weer tot gevolg het dat die virus oorgedra kan word aan ander.

Uit bogenoemde word die volgende vraag gestel: wat is die persepsies en houdings van onderwysers, die gemeenskap en die portuurgroep jeens adolessente wat MIV-positief is?

Aangesien dit duidelik uit die literatuur blyk dat die denkwysse van ander rolspelers in die MIV-positiefgediagnoseerde adolessent se lewe wel 'n invloed het op sy/haar gedrag, sal gelet word op faktore wat die effektiewe voorkoming en behandeling van MIV/Vigs beïnvloed, waarna bevindinge van 'n eie empiriese ondersoek bespreek sal word.

2.2.1 Faktore wat die effektiewe voorkoming en behandeling van MIV/Vigs beïnvloed

Dit is belangrik vir hierdie studie om te verwys na faktore wat 'n uitwerking het op die voorkoming en behandeling van MIV/Vigs, aangesien die MIV-positief gediagnoseerde adolessent voortdurend in interaksie is met die skool, portuurgroep en die gemeenskap. Vervolgens sal onderskeid gemaak word tussen sosiale hindernisse en ekonomiese implikasies.

2.2.1.1 Sosiale hindernisse

Soos reeds in artikel 1 in hierdie reeks bespreek, is die meerderheid adolessente baie sensitief vir, en word ook deur die siening van die portuurgroep beïnvloed. Groepsdruk is volgens Bezuidenhout (1998:31) een van die vernaamste redes waarom adolessente in seksuele verhoudings betrokke raak. Adolessente wil voel dat hulle aanvaar word, en hulle seksuele gedrag word op hierdie wyse deur die portuurgroep bepaal

(Kleinans, 2000:54). Dit is dus vanselfsprekend dat die portuurgroep se siening rakende MIV/Vigs 'n deurslaggewende rol sal speel in die siening van die individu.

Die stigma wat deur sommige lede van die gemeenskap en die portuurgroep aan die MIV-positiewe adolessent toegedig word (Giese, Meintjes & Proudlock, 2002: 19,21; Save the children, 2001:19-30), kan verreikende gevolge hê waaronder dat die individu verkies om nie sy status bekend te maak nie, wat weer die risiko verhoog om die virus aan ander oor te dra. Diskriminasie teenoor die MIV-positiewe individu kan ook 'n negatiewe uitwerking hê op die formele opvoeding van die adolessent. Cory (1998:2) skryf dat eie ervaring getoon het dat sommige skole weier om leerders wat MIV-positief gediagnoseer is, in te neem. In hierdie opsig noem die Human Right's Watch (2003:3) dat adolessente soms verkies om eerder die skool te verlaat as oorlewingsmeganisme, as om uitgesluit te word.

Wat houdings teenoor MIV/vigslyers betref, is die reaksie van gemeenskappe volgens Tempelhoff (1996:106) dikwels negatief en veroordelend. Wanpersepsies en verkeerde inligting oor die opdoen en oordra van MIV kan bydra tot negatiewe houdings teenoor individue wat MIV-positief is. Visagie (1999:62) suggereer dat gemeenskappe soms die Vigs-pandemie aanvuur deur stigmatisering van die MIV-positiewe persoon, meestal omdat hulle 'n irrasionele vrees vir die opdoen van die virus het. Die Aids-nuusblad (2002:6) maak melding van 'n individu wat in Desember 1998 met klippe doodgegooi is nadat sy openlik oor haar vigsstatus begin praat het. Mense met MIV/Vigs word volgens Weiss en Hardy (Miah & Ray, 1994:76) dikwels beskou as self verantwoordelik daarvoor te wees dat hulle die siekte opgedoen het. Dit kan dus makliker vir die individu wat MIV-positief is wees om die rol van 'n "siek persoon" aan te neem. Hurd (1986:245) beskryf dié persoon as iemand wat hom-/haarself meestal onttrek aan die sosiale lewe, en ook nie verwagtings koester dat ander aan hom/haar

ondersteuning sal bied nie. Hierdie siening ondersteun die opvatting dat adolessente eerder sal stilbly oor hul status as om die kritiek van die gemeenskap te verduur. Die psige van die adolessent kan volgens Van Dyk (2001:260) in so 'n mate geraak word dat die individu minderwaardig voel, of angstig en gespanne is, met die gevolg dat interpersoonlike verhoudings daaronder ly.

Selfs die kerk word deur Wright-Self (1989:1) beskryf as 'n instansie wat MIV-positiewe individue uitsluit en hulle as "vuil" en onwelkom beskryf. Verder glo sommige mense steeds dat MIV 'n homoseksuele siekte is, en hul optrede teenoor die positief-geïdiagnoseerde word hiervolgens bepaal. Bezuidenhout (1998:127) noem in hierdie verband dat hierdie individue sosiaal verwerp word en dit moeilik vind om 'n werk te kry en te behou. Le Roux (Mwamwenda, 1995:180) sluit hierby aan met sy siening dat die MIV-positiewe adolessent moontlik deur sy gesin asook die gemeenskap verwerp kan word.

Die voorkoming van MIV/Vigs raak nie slegs die positief-geïdiagnoseerde individu nie, maar die hele gemeenskap, aangesien dit die verantwoordelikheid van alle rolspelers is om die behoeftes van die adolessent en die jeug aan te spreek, en hulle ook op te voed in vaardighede wat noodsaaklik is in die beoefening van veiliger seks (Aggleton, 1997:3). Intervensieprogramme vir MIV behoort te fokus op die netwerk binne die gemeenskap eerder as op die individu. UNAIDS (2001:4) stel dit duidelik dat jongmense 'n sleutelrol speel in die bekamping van MIV/Vigs, aangesien intervensieprogramme wat die adolessent respekteer en betrek, geneig is om meer suksesvol te wees. Alford en Linnen (1998:3) sluit hierby aan met die siening dat intervensieprogramme wat met behulp van die portuurgroep aangebied word, kennis rakende MIV versterk en risikogedrag verminder. Beauford (1997:3) beklemtoon hierdie standpunt met sy siening dat die gemeenskap ook betrek behoort te word, aangesien dit heelwat

voordele inhou soos om verhoudingskwessies aan te spreek wat fokus op geweld, dwelmgebruik, veilige seks en die weerhouding van seks en dwelms. Zimbardo (Mwamwenda, 1995:173) wys egter daarop dat seksualiteit 'n onderwerp is wat steeds deur sommige gemeenskappe vermy word, aangesien die onderwerp in verskeie kultuurgroepe as taboe beskou word.

MacPhail (1998:79) huldig die standpunt dat kennis van MIV nie noodwendig lei tot verantwoordelike seksuele gedrag nie. Die verband tussen kennis, houdings en gedrag is dus baie meer kompleks. Hierdie studie poog om hierdie verband te ondersoek om sodoende te probeer vasstel of die ervarings van alle rolspelers in die lewe van die MIV-positief gediagnoseerde persoon kan lei tot 'n werkbare oplossing om die pandemie aan te spreek.

2.2.1.2 Ekonomiese implikasies

Die gevolge van MIV-positiewe diagnosering strek verder as bloot dit wat op die individu van toepassing is. Armoede in Suid-Afrika neem enorme afmetings aan, en die opdoen van MIV/Vigs vererger die ekonomiese situasie van die gesinne van MIV-positiewe individue. Collins & Rau (2001:2) is van mening dat MIV juis die probleem vererger deurdat dit tot verdere verarming van gemeenskappe wat reeds arm is, lei, maar ook die middelklas na armoede dwing. Fisieke gesondheid word volgens hulle in so 'n mate beïnvloed dat die persoon nie meer "normaal" kan funksioneer nie, wat impliseer dat die adolessent se ekonomiese en toekomspektiewe verander. Die feit dat Vigs primêr voorkom by die mees produktiewe oud erdomsgroep (UNAIDS, 2000:125), verhoog nie slegs armoede binne die gesin nie, maar hou ook 'n groot bedreiging in vir die ekonomie van Suid-Afrika.

2.3 Doel van die ondersoek

Die doel van hierdie artikel is daarom om houdings en persepsies by ander rolspelers wat betrokke is by die MIV-positiewe adolessent, te ondersoek om sodoende uit te vind of MIV aangespreek kan word deur sisteme waarin die adolessent beweeg, te betrek. Hierdie artikel sal fokus op die skool, portuurgroep en die gemeenskap as sisteme.

2.4 Metode van ondersoek

Hierdie studie is kwalitatief van aard, aangesien die klem val op die gevolge wat MIV-positiewe diagnoseer by die adolessent mag teweegbring. Kwalitatiewe navorsing, soos aangedui deur Borg en Gall (1989:379-380), is hoofsaaklik in die sosiale wetenskappe ontwikkel. Babbie (1992:6) definieer kwalitatiewe navorsing as die interpretasie van observasies met die doel om onderliggende betekenis en patrone van verhoudings te ontdek. McMillan en Schumacher (2001:396) brei verder daarop uit dat kwalitatiewe navorsing die navorser in staat stel om dade, gevoelens en emosies van deelnemers te verstaan, wat tot beter begrip van ervarings en opinies van deelnemers lei. Data vir die analise is gegenereer deur onderhoude te voer met drie fokus-groepe wat bestaan uit 15 onderwysers, 15 portuurgroeplede, asook 15 lede vanuit verskillende sektore in die samelewing wat ewekansig geselekteer is.

Die doel van die onderhoude is om vas te stel wat die gevoel van die gemeenskap jeens die MIV-positiewe adolessent is. Onderhoude is getranskribeer en bepaalde temas is geïdentifiseer. Antwoorde is verken om alle idees en gevoelens in te sluit.

2.5 Resultate en bevindinge van empiriese ondersoek

Die deelnemers het deurgaans gedemonstreer dat hulle kennis dra en bewus is van die impak wat MIV en Vigs op die gemeenskap het. Mans en vroue was beide gretig om aan die besprekings deel te neem. Tydens die fokusgroep onderhoude is 'n verskeidenheid menings uitgespreek. Aangesien al die groepe soortgelyke probleemareas uitgelig het, word dit ook in hierdie konteks bespreek. Die temas word min of meer in die frekwensie waarin dit voorgekom het, weergegee. In enkele gevalle word verwys na bepaalde kommentaar wat as verteenwoordigend van die meerderheid deelnemers beskou kan word.

? Tema 1: Houding van die adolessent

Alhoewel die deelnemers die mening uitgespreek het dat die houdings van adolessente verskil van een individu tot die volgende, was die algemene gevoel van die volwasse deelnemers dat adolessente dink hulle weet alles en daarom ook meen dat hulle nie 'n groter kans staan om die virus op te doen nie. Hierdie mening word deur die adolessente deelnemers bevestig deurdat die portuurgroep wat aan die studie deelgeneem het, oortuig is dat adolessente nie noodwendig 'n groter risiko loop om die virus op te doen nie.

Die gemeenskap is verder oortuig daarvan dat indien 'n adolessent reeds MIV-positief gediagnoseer is, hulle net aangaan met hul huidige leefstyl omdat hulle die wete het dat hulle in elk geval besmet is. Een deelnemer stel dit soos volg:

“there are those who say, ‘let’s continue’”, en “the boy decides he doesn’t want to take precautionary measures, he doesn’t want to tell her”

Die portuurgroep stem saam met bogenoemde en beskryf die adolessente se houding soos volg:

“Ag, I don’t care. I will live with it, come what may”

Die meerderheid adolessente het aangedui dat hulle geen rede het om hulself vir Vigs te laat toets nie, en weet ook nie waarheen om te gaan indien hulle wel daarin sou belangstel nie. Hierdie uitgangspunt laat die vraag ontstaan of adolessente werklik die ondersteuning in die gemeenskap geniet wat nodig is, en of daar genoegsame geleenthede in die samelewing geskep word om hierdie pandemie die hoof te bied.

Dit is ook duidelik dat adolessente nie gereed is om hul status, indien dit positief is, bekend te maak nie. Die rede hiervoor is onder meer die vrees vir stigmatisering, wat ook as die volgende probleemarea bespreek word. Hierdie resultate word ook deur die literatuur bevestig deurdat Barrett-Grant, Fine, Heywood & Strode (2001:40) die mening uitspreek dat stigmatisering en diskriminasie die verspreiding van MIV/Vigs bevorder.

? Tema 2: Vrees vir stigmatisering

Dit het duidelik na vore gekom dat die volwasse fokus-groepe die positief-gediagnoseerde adolessent met meer empatie bejeën as die portuurgroep. Die meerderheid deelnemers meen dat die MIV-positiewe adolessent hulp en leiding nodig het. Daar word egter erken dat daar steeds teen die MIV-positiewe adolessent gediskrimineer word.

“We find that in most cases we don’t give this child a chance to express himself. It’s only then that we know exactly how they feel”

Die groep onderwysers wat aan die studie deelgeneem het, het verder ook erken dat hulle, ten spyte van die feit dat hulle opgevoede mense is, voel hulle kan nie werklik aan ‘n adolessent raak as hulle bewus is van sy /haar

positiewe status nie. Sommige het erken dat wanneer hulle bewus daarvan word dat 'n persoon MIV-positief is, daardie persoon nie aanvaar word nie. Van die onderwysers wat aan die studie deelgeneem het, sê dat hulle nie eens aan die adolessente wil raak nie. Een deelnemer som dit soos volg op:

"...we'll be open, but not welcoming" en

"...as a parent you can be open, but as a teacher you just touch their head or pat them on the back"

Selfs die portuurgroep meen dat alle mense teen MIV-positiewe adolessente diskrimineer en hulle nie wil aanvaar nie. 'n Sakeman uit die gemeenskap het aangetoon dat hy twee keer sal dink voordat hy 'n persoon wat MIV-positief is, in 'n betrekking sal aanstel, aangesien dit finansiële implikasies vir sy besigheid kan inhou. Hierdie siening sluit aan by Bezuidenhout (1998:127) se stelling dat MIV-positiewe individue dit moeilik vind om werk te vind en te behou. Voorafgaande persepsie onderstreep weereens die stigmatisering wat jeens die MIV-positiewe individu bestaan.

Hierdie resultate stem grootliks ooreen met die literatuur (Barrett-Grant *et al.*, 2001:50, Miah & Ray, 1994:76) wat meld dat MIV-positiewe mense nie verdien om gehelp te word nie, aangesien hulle dit oor hulself gebring het, maar die deelnemers in hierdie studie staan wel simpatiek teenoor die MIV-positiewe persoon, al wil hulle nie werklik betrokke raak nie, en kies om die individu te isoleer.

? Tema 3: Verhoudings/ selfbeeld

Die meerderheid deelnemers is dit eens dat die MIV-positiewe adolessent nie 'n positiewe self-esteem het nie. Response het aangetoon dat die MIV-positiewe adolessente nie genoeg selfvertroue het om hul status te erken nie, aangesien hulle bang is vir verwerping en stigmatisering. Weereens word die

risiko verhoog om die virus oor te dra, aangesien hulle sal kies om die self te beskerm, eerder as om openlik te erken dat hulle positief gediagnoseer is.

Die deelnemers was dit eens dat positief-gediagnoseerde individue sover gaan om ander met opset te besmet. Hierdeur skep hulle vir hulleself die illusie dat hulle nie alleen die las van die MIV-positiewe persoon hoef te dra nie. Die meerderheid volwasse deelnemers meen dat geen verhouding meer veilig is nie, maar die portuurgroep verskil van hierdie groep deurdat hulle glo dat die syfers wat deur die media voorgehou word, nie sonder meer aanvaar moet word nie. Die portuurgroep is die mening toegedaan dat hulle grootliks in beheer is by die kies van 'n maat, maar voeg by dat sommige adolessente seks beoefen uit verveeldheid, en sien hierdie gedrag as risiko-gedrag.

? Tema 4: Ekonomiese aspekte

Dit het duidelik geblyk dat deelnemers van die standpunt uitgaan dat MIV-positiewe persone, asook mense met Vigs, 'n las raak vir die gesin en die gemeenskap.

"...we have to look after him/her, it's costly"

Daar is egter, in teenstelling met bogenoemde standpunt, ook 'n gevoel van empatie, veral teenoor diegene wat met die virus besmet is, en wat afkomstig is uit benadeelde en armoedige gemeenskappe. Daar bestaan 'n begrip vir vroue wat hulle tot seksuele aktiwiteite wend om sodoende kos op die tafel te kry. Wanneer so 'n persoon dan die virus opdoen, kan hulle dit meestal nie verstaan of glo nie, en hierdie groep het dus ook nie die fondse om medikasie te kan bekostig, of gesonde voedsel aan te koop nie.

Veral die portuurgroep het egter daarop gewys dat MIV/Vigs nie net in arm gemeenskappe voorkom nie. Hulle is dit egter eens dat heelwat mense dalk nie eens bewus is van hul status nie, aangesien hulle nie die geld het om hulself te laat toets nie. Hierdie finansiële en sosiale beperking kan gesien word as een van die grootste probleme wat voorkoming van die pandemie kan kortwiek.

Collins en Rau (2000:2) noem in hierdie verband dat armoede direk verband hou met die opdoen en oordra van MIV/Vigs, en dat minder gegoede mense nie toegang het tot voldoende gesondheidsdienste nie. Hierdie siening word dus bevestig deur die deelnemers wat aan hierdie studie deelgeneem het.

? Tema 5: Kultuurverskille

Kultuur speel, aldus die meerderheid deelnemers, 'n groot rol in die opdoen en hantering van MIV en Vigs. Die portuurgroep reken dat dit makliker is vir kinders van wie beide ouers werk om seksuele verhoudings aan te gaan, omdat die geleentheid vir die adolessent bestaan om dikwels alleen by die huis te wees. Hulle lê veral klem op die "geleenthede" wat adolessente kry wat alleen gelaat word vanweë die feit dat ouers steeds weg van die huis woon en werk. Volgens hierdie groep is kinders in armoedige gemeenskappe asook gesinne waar die ma deesdae ook 'n beroepsvrou is, vir groot gedeeltes van hul lewens aangewese op hulself. Die portuurgroep meen egter dat MIV nie beperk is tot arm gemeenskappe nie, en wys daarop dat die oordrag van MIV veral in sogenaamde rykmansgebiede voorkom vanweë die eksperimentering met dwelms.

Die meerderheid onderwysers voel steeds nie op hul gemak om hierdie onderwerp in die klas te bespreek nie. Hulle spreek almal die behoefte uit om hierdie adolessente te help en by te staan, maar skram weg van die idee om self seksuele opvoeding aan te bied. Onderwysers is egter die mening

toegedaan dat dit hul taak is om 'n gemoedlike atmosfeer in die klas te skep sodat adolessente die geleentheid kry om hulself uit te druk.

“ ...we as educators have got a responsibility for these things, regardless of the bad”

Ten spyte van bogenoemde, voel die meerderheid van die volwasse fokusgroepe dat adolessente steeds met hul risiko-gedrag sal voortgaan.

Die kultuur van swart mense laat soms toe dat wetenskaplike waarhede verdraai of verswyg word. Swart deelnemers noem dat wanneer 'n man sterf, die familie die vrou sal beskuldig dat sy die man “getoor” het. Die man hoef dus nooit verantwoordelikheid vir sy eie daade te aanvaar nie, aangesien die vrou waarskynlik as sondebok aangewys sal word.

Swart adolessente is verder oortuig dat MIV/Vigs hoofsaaklik 'n homoseksuele siekte is. Daarteenoor maak blanke adolessente dit as 'n siekte onder swart mense af. Bogenoemde stem ooreen met Barrett-Grant, Fine, Heywood en Strode (2001:36) se bevindinge dat blankes veral dink dat MIV/Vigs uitsluitlik 'n “swart” siekte is.

? Tema 6: Geslagsverskille

Die meerderheid van die ouer deelnemers meen dat mans meer losbandig lewe, en dat dit bowenal deur die gemeenskap aanvaar en goedgekeur word. Hierteenoor word die standpunt gehuldig dat meisies nie oor die vermoë beskik om selfgeldend op te tree en “nee” te sê nie.

Die vroulike deelnemers het hulle verder sterk uitgespreek teen getroude mans wat steeds verhoudings met ander vroue het. Volgens hierdie deelnemers kom buite-egtelike verhoudings meer onder getroude mans voor as onder getroude vroue.

Portuurgroeplede wat aan die studie deelgeneem het, aanvaar dat die meeste adolessente voor die huwelik in seksuele verhoudings betrokke raak. Hierdie groep is dit eens dat wanneer adolessente te veel alkohol inneem, dit uiteindelik tot geslagsgemeenskap lei.

“...when you are drunk, you think of sex, and you want it, come what may”

Drank speel volgens hierdie groep ‘n deurslaggewende rol in die moontlikheid van besmetting, aangesien dit die adolessent se weerstand verlaag om nugtere besluite te neem.

? Tema 7: Vrees vir die opdoen van MIV/Vigs

Die houding jeens die MIV-positiewe adolessent word duidelik beïnvloed deur die gemeenskap se vrees om self die virus op te doen. Alhoewel die meeste volwasse deelnemers dit duidelik stel dat hulle bewus is van die mites en feite rondom MIV/Vigs, voel hulle steeds huiwerig om die positief-gediagnoseerde adolessent aan te raak.

“...even if people are educated, you still feel ‘Oh, I can’t touch this person, he is positive’”

Die fokus-groep wat bestaan uit onderwysers, reageer teenstrydig wanneer houdings ten opsigte van positief-gediagnoseerde adolessente ter sprake kom. Die meeste van die onderwysers is bewus van hul rol, en is selfs uitgesproke dat hulle dit as taak sien om hulp aan die positief-gediagnoseerde adolessent te verleen. Sommige doen selfs moontlike oplossings aan die hand, maar bykans elkeen voel dat hulle verkies om ‘n afstand te handhaaf tussen hulself en die adolessent. ‘n Groot probleem is dat skole steeds nie oor die nodige voorsorgmaatreëls, soos weggoibare handskoene, beskik nie.

Die portuurgroep voel egter nie dat hulle oormatig blootgestel is aan die opdoen van die virus nie. Sommige deelnemers het herhaal dat dit 'n siekte van homoseksuele persone en dwelmafhandlikes is.

2.6 Gedragsmodifikasie by die adolessent

Uit response vanaf die portuurgroep blyk dit duidelik dat adolessente steeds, soos ook uit die literatuur vermeld (vergelyk Summerfield, 1990:2), voel dat hulle nie 'n groter risiko loop om die virus op te doen as enige ander individu in die gemeenskap nie. Hierdie standpunt wek groot kommer, aangesien skole reeds fokus op seksuele onderrig en die oordra van kennis rakende MIV/Vigs. Hieruit blyk dit duidelik dat veel meer as net inligting nodig is om gedrag van die adolessent te wysig. Voorstanders van die teorie van Sosiale Verteenwoordiging, soos bespreek in die eerste artikel in die reeks van vyf, waarsku daarteen dat verwronge inligting kan lei tot wanpersepsies by die adolessent. So word daar, soos aangedui deur die adolessente-deelnemers, steeds geglo dat MIV 'n homoseksuele siekte is, en terwyl hulle hierdie standpunt huldig, is die kans nie goed dat hul gedrag gewysig sal word nie. Van Dyk (2001:93) beklemtoon die rol wat portuurgroep-interaksie as instrument vir gedragsverandering, kan speel, aangesien dit lei tot bemagtiging en ook opleiding verskaf.

Dit blyk duidelik uit voorafgaande dat daar 'n groot behoefte bestaan aan navorsing rakende die impak wat waardes en norme het op die seksuele gedrag van die adolessent, aangesien kennis alleen nie genoeg is om hierdie gedrag te wysig nie. Die kwessies wat tot dusver bespreek is, dui daarop dat veilige sekspraktyke steeds nie gevolg word nie.

2.7 Veranderde en veranderende persepsies as uitdaging vir die samelewing

Wanneer daar in ag geneem word dat houdings in 'n groot mate gedrag bepaal, is dit duidelik dat die impak van die houdings en persepsies van die gemeenskap jeens die MIV-positief gediagnoseerde adolessent, afhanklik is van sosiale, ekonomiese, kulturele en politieke status.

Binne die Suid-Afrikaanse konteks is die beoefening van veilige seks steeds net 'n droom. Kondome word gesien as onnodig, of slegs van waarde om die persone wat reeds MIV-positief gediagnoseer is, te help om nie die virus oor te dra nie (MacPhail, 1998: 80). In aansluiting hierby word daar binne sommige kulture van vroue verwag om eers hulle fertiliteit te bevestig voordat 'n man met hulle in die huwelik sal tree. Sekswerkers wat afhanklik is van elke moontlike inkomste, is steeds nie bemagtig om veilige seks te vereis nie, en adolessente wat voel dis 'n mors van tyd om kondome te gebruik, is onder andere faktore wat daartoe bydra dat hierdie pandemie sal voortduur.

2.8 Samevatting

Om effektiewe en toepaslike programme te ontwikkel om die vigs-pandemie te beheer, hang af van 'n verskeidenheid van faktore, waaronder die kultuur, ekonomie en die betrokkenheid van die gemeenskap. Hierdie artikel het gepoog om te begryp wat die houding van rolspelers in die positief gediagnoseerde adolessent se lewe is, en na aanleiding van response is sekere afleidings gemaak.

Alhoewel daar empatie bestaan teenoor die MIV-positiewe persoon, is die meerderheid betrokkenes nie gereed om verantwoordelikheid te dra om die probleem te help bekamp nie. Die deelnemers in hierdie studie het aangetoon dat hulle steeds diskrimineer teenoor adolessente wat MIV-positief is. Kultuur speel verder 'n rol by seksuele opvoeding, aangesien

onderwysers aangetoon het dat hulle nie gemaklik voel om die onderwerp in die klas te bespreek nie.

Wanpersepsies word gesien as bydraende faktor in die opdoen en oordra van die virus, veral by die adolessent. Die portuurgroep meen dat hulle nie 'n groter kans staan om die virus op te doen nie, en staan ook skepties teenoor die syfers wat deur die media voorgehou word. Hierdie denkwyse lei verder daartoe dat adolessente hulle nie laat toets vir die virus nie, en die portuurgroep dui ook aan dat hulle nie weet waar om hulle te laat toets nie. Van belang is ook dat die persepsie by swart adolessente bestaan dat dit 'n homoseksuele siekte is, en blanke adolessente meen dat net swart mense die virus opdoen.

Volwasse deelnemers asook die portuurgroep is die mening toegedaan dat daar geen noemenswaardige leefstylverandering plaasvind as die persoon positief getoets word nie. Sommige deelnemers meen dat MIV-positiewe adolessente selfs ander opsetlik probeer besmet.

Die meerderheid deelnemers is van mening dat die MIV-positief gediagnoseerde adolessent nie oor 'n positiewe self-esteem beskik nie, moonlik as gevolg van die vrees vir stigmatisering. Gedragsverandering wat fokus op die uitbreiding van kennis asook selfbemagtiging word as belangrik geag.

Dit is van belang dat die adolessent se seksuele ontwikkeling geherdefinieer word om sodoende hierdie probleem aan te spreek. Moontlike oplossings sal in artikel vyf aan die hand gedoen word om te poog om 'n bydrae te lewer in die verandering van persepsies teenoor adolessente wat MIV-positief is.

Atikel 3 in hierdie reeks sal handel oor die uitwerking wat MIV-positiewe diagnose van adolessente op hulself het.

Verwysings

Aggleton P (1997) Success in HIV prevention. Some strategies and approaches. London:Avert

Aids nuusblad (2002). www.sanlam.co.za/.../aids_newsletter_+nov03.pdf
(Read on 12 June 2004)

Alford S & Linnen G (1998) The facts - adolescents, HIV/AIDS and other STD's.[Http://www.rightsrespectresponsibility.org/publications/factsheet/fshivaid.htm](http://www.rightsrespectresponsibility.org/publications/factsheet/fshivaid.htm). (Read on 5 February 2003)

Babbie E & Mouton J (2001) The practice of special research. CapeTown:Oxford Press

Barrett-Grant K, Fine D, Heywood M & Strode A (eds) (2001) HIV/Aids and the Law: A resource manual. 2nd edition. Cape Town:Aids Law Project & The AIDS Legal Network

Beauford C (1997) HIV/AIDS and Adolescents and Young Adults.

[Http://www.naswdc.org/practice/hiv_aids/hiv_factsheet.asp](http://www.naswdc.org/practice/hiv_aids/hiv_factsheet.asp) (Read on 15 May 2004)

Bezuidenhout F J (Ed) (1998) A reader on selected social issues. Pretoria:Van Schaik

Borg W R & Gall M D (1989) Educational research: An introduction. New York:Longman

Collins J & Rau B (2001) HIV/Aids and failed development.

[Http://www.africaaction.org/docs00/rau0010.htm](http://www.africaaction.org/docs00/rau0010.htm). (Read on 6 June 2004)

Cory R B (1998) AIDS, family, faith: A force for change. [Http://gbgm-umc.org/cam/affaith.cfm](http://gbgm-umc.org/cam/affaith.cfm) (Read on 10 May 2004)

DolciniM(2002)AIDS.[Http://www.nichd.nih.gov/about/cpr/dbs/sp/dolcini.htm](http://www.nichd.nih.gov/about/cpr/dbs/sp/dolcini.htm). (Read on 30 April 2003)

Giese S, Meintjes H & Proudlock P (2002) National children's forum on HIV/AIDS, 22-24 August 2001: Workshop report. Cape Town:The Children's Institute

Human Right's Watch (2003)<http://www.hrw.org/reports/2001/safrica/ZA-FINAL.htm>. (Read 30 October 2003)

- Hurd G (1986) *Human societies. An introduction to sociology. Revised ed.*
London:Routledge & Kegan Paul
- Kleinhans J (2000) *Maatskaplikewerkinglyne vir die versorging van die pleegkind met HIV/Vigs. Ongepubliseerde MA (MW) verhandeling.*
Universiteit van Pretoria
- MacPhail C (1998) *Adolescents and HIV in developing countries: New research directions. Psychology in Society (PINS), 24:69-87.*
- McMillan J H & Schumacher S (2001) *Research in education: A conceptual introduction (5th edition).* New York:Harper College Publishers
- Miah M M R & Ray J J (1994) *Critical issues in social work practice with AIDS Patients. International Social work, 37(1), January: 75 – 82*
- Mwamwenda T S (1995) *Educational Psychology. An African Perspective.*
2nd ed. Durban:Butterworths
- Save the children (2001) *The role of stigma and discrimination in increasing the vulnerability of children and youth infected with and affected by HIV/AIDS. Report on participatory workshops – South Africa programme.* Arcadia:Save the Children (UK)
- Tempelhoff M (1996) *Die kennis houding van gevangenes teenoor Vigs.*
Ongepubliseerde M-verhandeling:UOVS
- UNAIDS (2000) *Report on the global HIV/AIDS epidemic.* Geneva:UNAIDS
- UNAIDS (2001) *Children and young people in a world of AIDS.*

Geneva:UNAIDS

Van Dyk (2001) HIV/AIDS Care and counselling: A Multidisciplinary approach. 2nd Edition. Cape Town:Pearson Education South Africa

Visagie C J (1999) The complete story of HIV and AIDS. A practical guide for the ordinary sexually active person. Pretoria:Van Schaik

Wilens S B (2003) HIV/Aids horror is a spreading plague.
[Http://www.intlhorizons.com/article-plague.htm](http://www.intlhorizons.com/article-plague.htm) (Read on 10 May 2004)

Wright-Self M (1989) Spiritual live retreats enrich AIDS ministries.
FocusPaper7, June 21, 1989. [Http://gbgm-umc.org/health/hivfocus/focus007.stm](http://gbgm-umc.org/health/hivfocus/focus007.stm) (Read on 10 May 2004)

Artikel 3

Die uitwerking van MIV-positiewe diagnosering van adolessente op hulself

Opsomming

Die tempo waarteen MIV en Vigs in Suid-Afrika toeneem, dui op 'n al hoe groterwordende katastrofe. Hierdie gesondheidskrisis hou nie slegs negatiewe implikasies vir die ekonomie in nie, maar beïnvloed adolessente ook op 'n persoonlike vlak asook al die sisteme waarin hulle beweeg. Hierdie artikel sal poog om vas te stel wat die ervarings van MIV-positiewe adolessente self is,

asook wat die uitwerking van hulle positiewe diagnosering op hulself is. In die finale artikel in hierdie reeks sal moontlike oplossings bespreek word om gedragsveranderinge teweeg te bring om die dilemma aan te spreek.

3.1 Inleiding

Sedert die eerste kliniese bewyse dat MIV/Vigs 'n pandemie is waarmee rekening gehou moet word, het dit toenemend die lewens van miljoene mense geneem, veral dié van adolessente. Steenkamp (2005:1) meen dat ongeveer 4 700 000 van die bevolking in Suid-Afrika reeds MIV-positief is, waarvan 60% jonger as 25 is. Hy noem verder dat die getal elke maand vermeerder met 50 000. Hierdie syfers behoort voldoende bewys te wees van die dringendheid om strategieë te ontwikkel om hierdie probleem te bekamp.

Brümmer (2002:8) is van mening dat dié skoksyfers egter nie verantwoordelike gedrag tot gevolg het nie. Mense kies steeds om nie hul status bekend te maak nie, as gevolg van vrees vir die stigma wat aan Vigs kleef. (Vergelyk Wiener, Dupont Spencer, Davidson & Fair, 1993:61) Sy haal verder positief-gediagnoseerde individue aan wat sê dat hulle met hul roekelose lewe voortgegaan het totdat swak gesondheid hulle tot ander insigte gedwing het.

Davies, Bachanas & McDaniel (2002:2) ondersteun hierdie stelling, maar is in aansluiting hierby van mening dat adolessente ook skaam voel om hul MIV-status bekend te maak omdat hulle vrees dat dit potensiële verhoudings kan kelder. Die implikasie hiervan is dat adolessente hul siekte en behandeling in isolasie moet hanteer sonder die sosiale en emosionele ondersteuning van vriende en familie. In hierdie verband het Sherman, Bonanno, Weiner & Battles (2000:243) bevind dat adolessente wat hulle status bekend gemaak het, waarneembare gesondheidsvoordele ervaar het, en dat dit ook gelei het tot psigologiese gesondheid.

Ervarings bring die adolessent dikwels tot ander insigte, waaronder die moontlikheid van verantwoordelike gedrag. Daar is egter nie 'n voorgeskrewe wyse waarop die siekte hanteer moet word nie. Positiewe diagnosering van die MI-virus het verskeie veranderinge tot gevolg in die adolessent se lewe.

3.2 Probleemstelling

Dit kan as problematies beskryf word dat die jeug nie die volle omvang, implikasies en gevolge van die Vigs-pandemie beseft nie; dit ten spyte daarvan dat dit feitlik daaglik in die media bekendgestel word hoe die siekte en die sterftesyfers as gevolg daarvan eskaleer.

Dit is 'n vraag of adolessente ook kennis dra van die implikasies van MIV-positiewe diagnosering – so asof hulle nie beseft dat dit een of ander tyd tot Vigs kan ontwikkel nie. Dit is kommerwekkend dat adolessente steeds voortgaan met 'n promiskue leefwyse sonder die aanwending van die nodige voorsorgmaatreëls teen besmetting, al weet hulle dat dit vir hulle 'n lewensrisiko inhou.

Uit dié probleemstelling kan die vraag meer eksplisiet gestel word: het 'n MIV-positiewe diagnosering enigsins 'n uitwerking op die betrokke individu self en wat is sodanige uitwerking?

Daar sal eers gelet word op die gevolge van MIV-positiewe diagnosering by adolessente en die uitwerking wat dit op hulle het, soos wat dit in die literatuur beskryf is. Daarna sal aandag aan eie empiriese bevindinge geskenk word.

3.2.1 Gevolge van MIV-positiewe diagnose by adolessente

Dit is nodig dat die gevolge van MIV-positiewe diagnosering meer prominent en eksplisiet gestel sal word en aktief onder die jeug se aandag gebring sal word. Daar sal vervolgens onderskeid gemaak word tussen fisiese en psigo-sosiale gevolge.

3.2.1.1 Fisiese gevolge

Griffen (2005:1) konstateer 'n werklikheid wat nie alombekend is nie en/of wat adolessente nie met die nodige erns bejeën nie as hy aandui dat alhoewel MIV-positiewe adolessente vir jare sonder simptome kan leef, hierdie adolessente meer geneig is om gereeld siek te word met griep-verwante siektes en toksoplasmose, wat veroorsaak dat hulle in die hospitaal opgeneem moet word om verdere infeksies te keer. Evian (2000:9) noem in aansluiting hierby dat Vigs progressief vererger wanneer die geïnfekteerde persoon reeds kronies siek is of oor 'n swak gesondheidsstelsel beskik, soos: kroniese infeksie; anemie; wanvoeding of ondervoeding; herhaalde swangerskappe sonder om voldoende daarvan te herstel; malaria en tuberkulose. Soms voel die siek persone ook moeg en uitgemergel, en sien nie kans om normaal voort te gaan met hul lewens nie. Verdere simptome volgens Kanabus, Lawrence & Dibb (eds.)(1999:16) sluit ook moegheid, geïrriteerdheid en gewigsverlies in.

3.2.1.2 Psigo-sosiale gevolge

Kanabus, Lawrence & Dibb (eds.)(1999:14) haal verskeie adolessente aan wat aangetoon het dat hulle bang was om te sterf nadat die uitslae van hulle MIV-toetse positief was. Hierdie individue meen verder dat die inneem van medikasie 'n nare ervaring is, omdat dit 'n verskeidenheid pille insluit waarvan sommige groot en ongemaklik is om te sluk. Sommige meisies het aangetoon dat hulle dit in die kleedkamers moet neem om sodoende die feit dat hulle MIV-positief is, weg te steek.

Adolescente toon dat hul buie wissel; een dag voel hulle kalm en aanvaardend, maar die volgende dag voel dit asof hulle wil wraak neem. Individue toon verder aan dat hulle voel hul lewens kom tot 'n einde, en wonder waarom juis hulle die virus moes opdoen, selfs al het hulle onbeskermd seks gehad. Brown, Lescano & Lourie (2001: 65) het bevind dat adolessente wat MIV-positief gediagnoseer is, hoër vlakke van depressie, angs en trauma openbaar. Adolessente hanteer MIV-verwante simptome volgens Futterman (1999:8) op verskillende wyses. Sommige word aangemoedig om MIV te beveg, wat lei tot beter selfsorg, maar ander voel verpletter en verloor die motivering om te lewe.

Handel (2002:10) konstateer dat wanneer 'n adolessent met MIV gediagnoseer word, dit nie net die adolessent beïnvloed nie, maar dat die hele dinamika van die gesin verander. Sy brei uit deur te noem dat rolle en verwagtinge binne die gesin verander, wat tot gevolg het dat adolessente onseker gelaat word oor hul eie rolle binne die sisteem. Hierdie onsekerheid kan hulle laat voel dat hulle veroordeel en verwerp word. Sommige adolessente het volgens haar verder aangetoon dat dit 'n verleentheid is om MIV-positief gediagnoseer te wees, en dat hulle woede ervaar teenoor hul gesinne, en ook ander portuurgroeplede, veral teenoor dié wat nie MIV-positief is nie. Thompson & Rudolph (2000:6) meen dat adolessente nie die geleentheid kry om aan berading blootgestel te word nie, aangesien ouers geneig is om te dink dat kinders immuun is teen stresvolle probleme van die snelveranderende volwasse wêreld. Hierdie persepsie kan bydrae tot woede en 'n gevoel van hulpeloosheid.

Van belang is om te verstaan dat dit nie net die MIV-status is wat bekend gemaak word nie, maar by implikasie moet adolessente erken dat hulle reeds in seksuele verhoudings betrokke is, of self dwelms gebruik. Volgens MacPhail (1998:72) ervaar adolessente gedurende hierdie ontwikkelingsfase steeds 'n gevoel van konflik en skuld wanneer hulle seksueel aktief is.

Volgens CATIE (s.a.:1) kom MIV-geïnfekteerde adolessente uit arm gemeenskappe dikwels voor ernstige uitdagings te staan wat hul kommer oor hul MIV-status oorskadu, soos gebrek aan huisvesting; gesinsgeweld; finansiële probleme; onderbroke opvoeding; sosiale isolasie en stigmatisering; en probleme met ouers. Hierdie uitdagings lei daartoe dat adolessente dit moeilik vind om hul status te aanvaar. Hiervolgens word ses fases onderskei waardeur die adolessent gaan om by hul status aan te pas:

- ? 'n Tydperk van emosionele angst direk nadat hul status bekend gemaak is, waarin hulle bewus word daarvan dat hul status tot 'n premature dood kan lei.
- ? Terugkeer na hul normale lewe soos voor die diagnose.
- ? 'n Opmerklike negatiewe reaksie wat veroorsaak word deur 'n spesifieke voorval.
- ? Die erkenning, aanvaarding van en aanpassing by hul positiewe status.
- ? Beplanning van realistiese doelwitte vir die toekoms.
- ? Wanneer die adolessent siek word, word beseft dat sy/haar lewensverwagtinge verkort kan word.

Bogenoemde sluit aan by Elizabeth Kubler-Ross (Jennings, Gemmill, Bohman & Lamb, s.a.:1) se siening oor hoe mense die naderende dood ervaar en verwerk.

MIV gaan dikwels gepaard met verskeie verliese soos onafhanklikheid, finansiële sekerheid en goeie gesondheid. Alhoewel die lewensverwagting van MIV-positiewe individue deesdae hoër is as gevolg van gevorderde mediese behandeling, kan MIV steeds tot die dood lei. Elizabeth Kubler-Ross se vyf-fase model kan aangewend word om MIV-positiewe adolessente asook hul gesinne by te staan in die hantering van naderende verliese en die dood.

3.2.2 Elizabeth Kubler-Ross se vyf-fase model

Om positief te toets vir MIV, kan vir sommige mense die vonnis wees oor hul eie, onafwendbare dood. Elizabeth Kubler-Ross (Schwartzberg, 1992:423) beskryf in haar vyf-fase model die algemene reaksie van mense wat die dood in die gesig staar. Wanneer na die model gekyk word, moet dit egter nie buite rekening gelaat word dat dit slegs 'n model is nie, en 'n verskeidenheid van faktore, soos die persoonlikheid van die individu, die aard van die siekte en die ondersteuning wat die siek persoon ontvang, kan die verloop van die fases beïnvloed. Schwartzberg waarsku ook in hierdie verband dat MIV-positiewe persone dikwels afwyk van die volgorde van die emosies wat voorgehou word en dat sommiges ook nie alle emosies ervaar nie. Edwards (1999:241) beskryf die fases van hierdie model:

Fase 1: Ontkenning en isolasie

Die meeste mense se reaksie op 'n terminale siekte is ontkenning. Ontkenning word egter as tydelike verdedigingsmaatreël gesien. Hierdie fase word as gesonde wyse beskou omdat die persoon tyd het om te bedaar en die nuus te verwerk.

Fase 2: Woede

In hierdie fase kan die persoon nie meer voortgaan met die mite van ontkenning nie. Woede word gewoonlik gerig in alle rigtings, en is dikwels 'n poging om 'n mate van beheer en begrip te bewerkstellig in 'n situasie wat buite die persoon se beheer en begrip is. Woede word nie persoonlik bedoel nie, maar is eerder 'n reaksie op die persoon se eie, magtelose toestand.

Fase 3: Onderhandeling

Tydens hierdie fase probeer terminaal siek persone om met verskeie rolspelers soos dokters, en selfs met God, te onderhandel vir 'n langer lewe. Beloftes word gemaak dat hierdie die laaste versoek sal wees, en dat hulle in ruil vir 'n langer lewe goeie gedrag sal openbaar. Hierdie fase word gesien as 'n normale poging om die dood uit te stel. Onderhandeling kan op verskeie wyses uitgedruk word, soos om gesond te eet of om vrede met vyande te maak.

Fase 4: Depressie

Wanneer die persoon positiewe diagnosering van MIV nie meer kan ontken nie, en dit voorkom asof onderhandelinge misluk, kan depressie voorkom. Depressie word gesien as 'n natuurlike reaksie wanneer 'n gevoel van verlies ervaar word. Die mediese en fisieke realiteite, asook die toestand van die siek persone, dwing hulle om die terminale prognose te besef. Verlies word in alle opsigte ervaar, soos die verlies van geliefdes, werk, besittings, onafhanklikheid en menswaardigheid.

Twee tipes depressie word onderskei, naamlik reaktiewe en voorbereidende depressie. Reaktiewe depressie kom voor as gevolg van al die ervarings van verlies, maar kan gou aangespreek word wanneer die persoon voel dat die probleme opgelos word. Ondersteuning deur familie en vriende is dus van onskatbare waarde om die persoon by te staan.

Vorbereidende depressie berei die adolessent voor om los te maak en te laat gaan. Adolessente wat in hierdie fase verkeer, moet toegelaat word om deur die rouproses te gaan, om sodoende aanvaarding te bereik. Slegs persone wat toegelaat word om deur hierdie proses te werk, kan die finale fase van aanvaarding bereik.

Fase 5: Aanvaarding

Wanneer mense genoeg tyd gehad het om deur hul verliese te werk, is dit

moontlik om die onafwendbaarheid van die situasie te aanvaar. Hulle is gewoonlik moeg en in hulself gekeer, maar met 'n rustige oorgawe.

Aanvaarding kom gewoonlik nie by adolessente voor nie, aangesien hulle voel dat daar nog soveel te doen is in hulle leeftyd. Die resultaat is dat die meeste adolessente deurentyd in 'n konstante stryd is met al bogenoemde fases.

Kubler-Ross se vyf-fase model kan lig werp op die wyses waarop MIV-verwante verliese en die dood deur MIV-positiewe adolessente en hul gesinne hanteer word. Deur kennis te neem van hierdie fases kan strategieë daargestel word om hulp aan die betrokkenes te verleen.

3.3 Doel van die studie

Die doel van die studie soos in hierdie artikel aangespreek, is om tesame met teoretiese begroning, 'n kwalitatiewe ondersoek te doen om vas te stel of die gevolge van MIV-positiewe diagnose enigsins 'n uitwerking het op die betrokke adolessente individue, al weet hulle dat hulle MIV-positief is en indien wel, wat se uitwerking dit op hulself het.

3.4 Metode van ondersoek

Die empiriese navorsing is kwalitatief benader, aangesien die klem geval het op die ervarings van MIV-positiewe adolessente. Alhoewel Bless en Higson-Smith (1995:5) waarsku dat doelgerigte seleksie 'n subjektiewe produk kan lewer, bepaal die aard van die ondersoek dat deelnemers self MIV-positief gediagnoseer moet wees. Aangesien MIV-positiewe adolessente wat genader is om aan die studie deel te neem, nie almal bereid was om tot die onderhoude toe te stem nie, is doelgerigte seleksie van deelnemers gemaak. Die fokus van hierdie studie is om die leefwêreld van die deelnemers te begryp sonder om hulle te beïnvloed of die betekenis te verdraai (Maykut & Morehouse 1994:20)

Onderhoude is met 10 adolessente gevoer wat MIV-positief is. Drie adolessente het verkies om individueel in gesprek te tree, en die ander sewe het in 'n fokus-groep deelgeneem. Data is opgeneem, getranskribeer en geïnterpreteer om temas te identifiseer wat deur adolessente uitgewys is. Antwoorde wat in die onderhoude voorgekom het, is deur middel van induktiewe redenering vertolk om alle gevoelens en idees van deelnemers in te sluit.

3.5 Resultate en bevindinge van die empiriese ondersoek

Deelnemers was oor die algemeen positief om aan die studie deel te neem, maar sommige het 'n paar keer seker gemaak dat alle onderhoude konfidensieel van aard is, veral die drie deelnemers wat verkies het om individuele onderhoude te voer, en nie deel te wees van 'n fokus-groep nie. 'n Verskeidenheid van menings is uitgespreek, en resultate sal binne bepaalde temas bespreek word. In enkele gevalle sal kommentaar aangehaal word wat die tema kan toelig.

? Tema 1: Gebruik van medikasie

Sewe van die deelnemers het aangetoon dat hulle wel op medikasie geplaas is nadat hulle MIV-positief gediagnoseer is, maar dit gestaak het omdat die pille hulle swak en moeg laat voel het. Hierdie deelnemers het ook aangetoon dat hulle tans goed voel en lyk soos enige ander mens.

“... it makes you feel bad, now I don't take it”

“ I think I will die, but not now”

Hierdie stelling kan geïnterpreteer word as 'n manier om hulself te sien as “normaal” en “gesond” omdat die behoefte by hulle bestaan om nie anders as die portuurgroep te wees nie. Die gebruik van medikasie herinner hulle

daaglik daaraan dat hulle siek is, en hulle vermy dit eerder as om te fokus op die positiewe aspek van behandeling. Hierdie gedrag kan ook geïnterpreteer word as ontkenning, wat as volgende tema aangespreek sal word.

? Tema 2: Ontkenning

Kubler-Ross se fase 1 (ontkenning) kon duidelik by die meeste deelnemers waargeneem word. Van die deelnemers het aangedui dat hulle na die kliniek gegaan het om vir MIV getoets te word. Nadat die nuus aan hulle oorgedra is, het hulle nie geglo dat die toets betroubaar is nie. Twee adolessente het aangetoon dat hulle na twee ander hospitale gegaan het om weer getoets te word.

“ ...so I went to Pelonomi, I didn't believe that I am actually HIV -positive. So they told me the same story. I said I don't believe it, I'm going to National”

Die meerderheid deelnemers het in hierdie verband ook aangedui dat hulle die gedagte dat hulle MIV-positief is, onderdruk.

“ I am always forgetting I am HIV-positive, I forget totally”

Ontkenning kom nie net by die MIV-geïnfekteerde adolessent voor nie, maar ook by gesinslede. Sewe van die deelnemers het aangedui dat hul gesinne die feit weggepraat het toe hulle hul status bekend gemaak het.

“...she said 'no, you are not HIV, you look nice, you look just like anyone'”

Hierdie reaksie kan moontlik ook 'n gevoel van magteloosheid by die adolessent teweegbring, aangesien dit moed verg om hul status bekend te maak. Deelnemers het dit ook duidelik gestel dat hulle kwaad was omdat hulle nie die nodige ondersteuning van familielede verkry het nie.

“ I was angry, because those people don't know nothing about HIV”

Sommige adolessente maak juis hul status bekend om ondersteuning van

gesins- en familieleden te verkry, maar as die familie dit wegpraat, voel hulle weer geïsoleerd sonder die nodige emosionele steun.

? Tema 3: Behoefte om hul status openbaar te maak

Al die deelnemers het aangetoon dat hulle die behoefte gehad het om hul status bekend te maak, en dat dit hulle beter laat voel het toe hulle iemand in hul vertrouwe geneem het. Hierdie stelling dui daarop dat adolessente nie gemaklik daarmee voel om hulle status geheim te hou nie. Almal het aangedui dat hulle verlig was, en ook fisiek beter gevoel het nadat hulle 'n persoon in hul vertrouwe geneem het.

“ ...so then I didn't tell anyone, but my heart is telling me I must talk”

“ I want to talk to another person who I can trust”

Die behoefte wat by adolessente bestaan om hul status bekend te maak, kan ook gesien word as 'n soeke na aanvaarding. In artikel een in hierdie reeks is reeds melding gemaak van die belangrike rol wat aanvaarding in die adolessent se ontwikkeling van self-esteem en die vorming van 'n identiteit speel. By implikasie sal adolessente dan eerder ander persone opsoek wat hulle aanvaar soos wat hulle is – al beteken dit dat dit swak rolmodelle is.

Al die deelnemers was dit eens dat dit nie maklik is om hul status bekend te maak nie, maar die emosionele gevolge was te groot om alleen te dra.

? Tema 4: Onakkurate risiko-persepsie

Vyf van die deelnemers het aangedui dat hulle nie dink dat hulle 'n groter kans staan as ander mense om te sterf nie, en sommige het ook hul geloof in God uitgespreek dat Hy hulle sal neem wanneer hulle tyd gekom het.

“ ...now I think I am just like you”

Bogenoemde sluit aan by artikel 2 waarin die portuurgroep ook aangedui het

dat hulle nie glo dat hulle 'n groter risiko loop om die virus op te doen nie. Dit wil voorkom asof adolessente glo dat hulle tydens hierdie ontwikkelingsfase "onsterflik" en "onoorwinlik" is. Hierdie persepsie sluit ook aan by die siening van Donovan en Ross (2000:1900) dat adolessente se grootste struikelblok ter bedreiging van veilige seks, onakkurate risiko-persepsie is (sien artikel 5). Kommentaar soos:

" I didn't understand what HIV was" en

" I said to him, what does that mean?"

dui verder daarop dat adolessente waarskynlik gebrekkige kennis rakende die virus het, wat hul onakkurate persepsies versterk.

? Tema 5: Stigmatisering

Stigmatisering vind volgens die meerderheid deelnemers op alle vlakke van die sisteme waarin hulle beweeg, plaas. Sommige deelnemers het aangedui dat hulle, nadat hulle hulle status aan gesinslede bekendgemaak het, deur hul ouers gevra is om dit stil te hou en vir niemand verder te vertel nie. Deelnemers het aangedui dat hierdie gedrag hulle laat voel het dat hulle verstoot word, en dit het verder gelei tot woede en frustrasie (vgl. Kubler-Ross se fase 2). Hierdie reaksie het simpatie by die ander deelnemers ontlok, aangesien hulle almal die behoefte openbaar het om hul status bekend te maak om sodoende ondersteuning van familie te verkry.

Ses van die deelnemers het verder aangedui dat portuurgroepede nie betroubaar is nie, en sodoende ook nie vertrou kan word met die bekendmaking van hul status nie.

" I don't know who I can talk to that I can trust" en

" I don't like friends because friends is not trustworthy"

Een deelnemer het vertel hoe sy tussen vriende gesit het, en dat hulle deurentyd grappies gemaak het oor mense wat MIV-positief is. Hierdie gedrag

veroorzaak dat MIV-positiewe adolessente nie hul status bekend wil maak nie. In aansluiting hierby het 'n ander deelnemer vertel dat sy wel haar status aan vriende bekend gemaak het, met die gevolg dat hulle haar toe uitgesluit het en nie meer sosiaal met haar wou verkeer nie. Hierdie tipe reaksie laat die adolessent weerloos en geïsoleerd voel, en die meerderheid deelnemers het gemeen dat dit veiliger is vir selfbehoud om nie hul status bekend te maak nie.

“ ...that is why I want to be alone, I don't want to talk to anyone, or say something or eat something”

? Tema 6: Emosionele ervarings

'n Wye verskeidenheid van emosionele ervarings is tydens die onderhoude deur die deelnemers geopper. Veral wanneer hulle gevoel het dat hulle nie ondersteun word deur familie en vriende nie, het dit hulle eensaam en geïsoleerd laat voel.

“ I was feeling like I'm alone”

Deelnemers het die mening gelug dat die gebrek aan ondersteuning daartoe gelei het dat hulle hulself onttrek aan ander. Die gevoel dat niemand hulle ondersteun nie, het in die meerderheid van die gevalle omgeskakel in woede. Sommige deelnemers het verder ook gesê dat daar wel 'n tydperk was waarin hulle gedink het die beste oplossing sou wees om hul eie lewens te neem.

Die meerderheid deelnemers was verder van mening dat hulle steeds skaam is om hul MIV-status aan ander rolspelers bekend te maak, omdat mense geneig is om grappies te maak oor seks en Vigs. Adolessente deelnemers meen verder dat hulle hulpeloos staan teenoor die reaksie van ander. Daar is volgens die meerderheid deelnemers steeds mense wat weier om met dieselfde eetgerei as hulle te eet.

“ They think if you are HIV you are not a person”

“ She thinks that when she eats with me she will get Aids”

Om MIV-positief gediagnoseer te word, stel na aanleiding van die response gedurende die onderhoude, geweldige emosionele eise. Soos een deelnemer dit stel:

“ You have a lot of memories when you are HIV-positive. It’s not easy to say I’m HIV-positive, no it’s difficult”

? Tema 7: Gedragsveranderinge

Om die nuus te kry dat hulle MIV-positief getoets het, het volgens deelnemers definitief ‘n invloed op hul leefwyse gehad. Bykans alle deelnemers toon aan dat hulle nou gesonde kos eet soos verkondig deur die minister van gesondheid, dr. Tshabalala Msimang, alhoewel hulle verkies om nie hul medikasie te neem nie (Kubler-Ross se fase 3).

Drie van die deelnemers het aangedui dat hulle meer as gewoonlik drink vandat hulle MIV-positief gediagnoseer is. Hulle het die stadium bereik waar hulle na "hulpmiddels" (meestal alkohol) gryp om die gevoel van teneergedruktheid te kan hanteer (vgl. Kubler-Ross se fase 4). Die afleiding kan dus gemaak word dat MIV-positiewe adolessente drink of selfs dwelms gebruik om te ontsnap van die werklikheid waarmee hulle gekonfronteer word.

“ I was thinking too much. I was scared, so if I was drinking beer, I forget about HIV”

Alhoewel die deelnemers verskeie gevoelens van woede jeens ander openbaar het, het hulle tog genoem dat hulle verantwoordelike seks beoefen. Die meerderheid deelnemers het aangedui dat hulle steeds in seksuele verhoudings betrokke is, maar dat hulle altyd kondome gebruik wanneer hulle intiem verkeer. Dit is egter kommerwekkend dat sommige erken dat hulle drank vryelik gebruik, aangesien dit onverantwoordelike gedrag tot gevolg kan hê,

soos reeds bespreek in artikel 1 in hierdie reeks.

? Tema 8: Persepsie jeens die bekamping van MIV/Vigs

Alhoewel dit telkens uit die response duidelik geblyk het dat die deelnemers woede jeens ander rolspelers ervaar as gevolg van hul reaksie teenoor hul status, is dit verbasend dat die meerderheid van die deelnemers nie kwaad is vir daardie persoon wat volgens hulle mening die virus aan hulle oorgedra het nie. Die rede hiervoor is waarskynlik omdat hulle beseft dat hulle self ook nalatig was met hul seksuele verhoudings. Dit is asof daar 'n gelate aanvaarding van hul situasie ingetree het (Kubler-Ross se fase 5).

Dit is egter skokkend dat die deelnemers aangedui het dat die persoon wat die virus aan hulle oorgedra het, of ander adolessente wat ook MIV-positief is, steeds voortgaan met hul onverantwoordelike seksuele gedrag.

“ I think he is still spreading, he doesn't care”

“ ...some people I know are HIV, they are just carrying on without prevention”

Uit voorafgaande is dit dus duidelik dat die pandemie nie voorkom gaan word tensy veranderinge in persepsies en gedragsmodifikasie by die hele gemeenskap plaasvind nie.

3.6 Samevatting

MIV en Vigs is tans sinoniem met verlies. Die impak daarvan om te voel dat hulle in die finale fase van hul lewens verkeer weens Vigs, kan by positief-gediagnoseerde adolessente aanleiding gee tot gevoelens van angs, depressie, woede en die wete dat hulle kwesbaar is.

Hierdie artikel het gepoog om fisiese asook psigo-sosiale gevolge van MIV-

diagnose by adolessente uit te lig soos wat dit in die literatuur beskryf is. Aangesien MIV steeds gesien word as een van die grootste oorsake vir sterftes in Suid-Afrika, impliseer dit dat adolessente wat MIV-positief is, soms aan die dood dink. Die vyf-fase model van Kubler-Ross word bespreek om positief-gediagnoseerde adolessente en hul gesinne by te staan in die fases wat die adolessente kan betree.

Die response van die deelnemers het getoon dat MIV-positiewe adolessente nie wil aanvaar dat hulle positief gediagnoseer is nie. Ontkenning kan by beide die adolessente deelnemers en hul gesinne waargeneem word. Die deelnemers staak selfs die gebruik van medikasie aangesien dit hulle siek laat voel. Die rede hiervoor kan moontlik toegeskryf word aan die persepsie van adolessente deelnemers dat hulle nie 'n groter kans staan as ander mense om te sterf nie.

Dit blyk verder dat daar steeds stigmatisering vanuit die gemeenskap voorkom. Alhoewel die deelnemers die behoefte openbaar om hul status bekend te maak, vertrou hulle nie die portuurgroep of ander lede van die gemeenskap nie, aangesien neerhalende aanmerkings steeds oor MIV en Vigs gemaak word. Die emosionele las om hul status geheim te hou is egter te groot, en deelnemers het deurgaans aangedui dat hulle beter gevoel het nadat hulle status bekend geword het.

Gedrag verander ook nie noodwendig wanneer persone met MIV gediagnoseer word nie. Dit bly egter 'n voldonge feit dat adolessente met MIV/Vigs nie deur die samelewing geïsoleer moet word nie. Adolessente het nodig om ondersteun te word tydens hulle siekte, om sodoende hul lewens met waardigheid aan te pak.

Verwysings

Bless C & Higson-Smith C (1995) Fundamentals of social research methods:
An African perspective (2nd edition) Cape Town:Juda and Company

Brown L R, Lescano C M & Lourie K J (2001) Children and adolescents with
HIV infection. *Psychiatric Annals* 30(1): 63-68

Brummer (2002) Labour migration and HIV/Aids in Southern Africa:IOM

CATIE (s.a.) HIV-positive Youth: A Review of the literature. Psychosocial
issues amongst HIV-positive youth. <http://www.catie.ca/Positive>
(Read on 10 March 2005)

Davies G, Bachanas P & McDaniel J S (2002) Mental health challenges in HIV positive women, adolescents and children. *The Source*, 11(2):21-32

Donovan B & Ross M W (2000) Preventing HIV:determinants of sexual behaviour. *The Lancet* 355: 1897-1901

Edwards D (1999) HIV/AIDS Prevention, care, counselling and lifeskills. Studiegids. Vista Universiteit

Evian C (2000) Primary Aids care. A practical guide for primary health care personnel in the clinical and supportive care of people with HIV/AIDS. Houghton:Jacana

Futterman D (1999) Adolescents.

<http://hab.hrsa.gov/publications/chapter11/chapter11.htm> (Read on 5 September 2005)

Griffen R M (2005) HIV in children and adolescents.

<http://www.intelihealth.com/IH/ihPrint/WSIHW000/8776/24482/333539.html?d=dtConte...> (Read on 5 September 2005)

Handel S (2002) “Riding the roller coaster”. The complicated grief journeys of HIV affected children. *The Source*. 11(2):67

Insig, April 2003, p.58

Jennings B, Gemmill C, Bohman B & Lamb K (s.a.) Kubler-Ross and Other approaches. <http://www.uky.edu/Classes/PHI/350/kr.htm> (Read on 10 July 2005)

Kanabus A, Lawrence J & Dibb L (eds)(1999) Why me? Sussex:AVERT

- MacPhail C (1998) Adolescents and HIV in developing countries: New research directions. *Psychology in Society*, 24: 69-87
- Maykut P & Morehouse R (1994) Beginning qualitative research: A philosophic and practical guide. London: Falmer Press
- Schwartzberg S S (1992) Aids-related bereavement among gay men: The inadequacy of current theories of grief. *Psychotherapy*, 29(4): 422-429
- Sherman B F, Bonanno G A, Weiner L S & Battles H B (2000) When children tell their friends they have AIDS: Possible consequences for psychological well-being and disease progression. *Psychosomatic Medicine*, 62: 238-247
- Steenkamp C (2005) Voorkoming van Vigs: Vigsvoorkoming in aksie. <http://www.lando.co.za/rooibos/deogloria/vigs.htm> (Read on 22 June 2005)
- Thompson C L & Rudolph L B (2000) Counselling children. 5th edition. Belmont, CA: Brooks/Cole
- Wiener L S, Dupont Spencer E, Davidson R & Fair C (1993) National telephone support groups: A new avenue towards psychosocial support for HIV-infected children and their families. *Social Work with Groups*, 16(3): 55-71

Die houdings en ervarings van die ouers/gesin van die MIV-positiewe adolessent

Opsomming

Sosiale ondersteuning is van onskatbare waarde vir 'n gesin wat 'n adolessent wat MIV-positief gediagnoseer is, moet versorg. Aangesien die formele sektor steeds traag is om ondersteuning vir hierdie gesinne te bied, is hulle aangewese op die steun van die informele sektor, naamlik vriende en familie. Stigmatisering en diskriminasie is steeds

struikelblokke waarmee die gesin daagliks te doen kry. Hierdie studie poog om te bepaal wat die uitwerking van MIV-positiewe diagnosering by die adolessent op die gesin is, en om oplossings te probeer vind om houdings- en gedragsveranderinge teweeg te bring. Moontlike oplossings sal in artikel 5 in hierdie reeks van artikels aangespreek word.

4.1 Inleiding

Met die beskikbaarheid van 'n verskeidenheid antiretrovirale middels wat tans beskikbaar is vir die gebruik deur persone wat MIV-positief gediagnoseer is, het die lewensverwagting van individue verbeter (Carnahan, 1993:1). Die implikasie is egter dat hulle ook nou langer tydperke van versorging nodig het wat weer stremmend op die gesin kan wees. D'Cruz (2002:1) ondersteun hierdie stelling deur te noem dat verskeie navorsers bevind het dat die versorging van 'n siek lid van die gesin 'n stresvolle ervaring vir die hele gesin teweegbring. Veral MIV/Vigs wat 'n langtermynsiekte kan wees en wat progressief vererger, kan potensieel uitmergelend wees. Die feit dat individue steeds gebuk gaan onder stigmatisering en diskriminasie (Griffin, 2005:4; Banteyerga & Pande, s.a:3-9) maak dit ook vir die versorger moeilik om self ondersteuning buite die gesin te vind.

4.2 Probleemstelling

Adolessente doen meestal MIV op deur seksuele losbandigheid of as gevolg van die gebruik van dwelmmiddels. Om MIV-gediagnoseer te word, kan by die adolessent lei tot depressie, angs en gedragsprobleme. Nadat MIV gediagnoseer is, weerhou sommige adolessente hul status van familie en vriende omdat hulle verwerping vrees. Die ouers en gesin van die positief-gediagnoseerde adolessent kan op hul beurt ook

verwerping ervaar wanneer hulle die status van hul kind bekend maak. Die resultaat is dat menige MIV-positiewe adolessente en hul ouers hul siekte en behandeling in die gesig moet staar sonder die nodige sosiale en emosionele ondersteuning. Die vraag moet dus gevra word: wat is die houdings en ervarings van die ouers/gesin van die adolessent wat met MIV gediagnoseer word?

4.2.1 Moontlike implikasies rakende die positiewe identifisering van MIV

Die positiewe diagnose van MIV by die adolessent het verreikende gevolge op nie net die adolessent nie, maar ook op die gesin. Vervolgens sal aandag geskenk word aan psigo-sosiale, ekonomiese en emosionele implikasies.

4.2.1.1 Psigo-sosiale implikasies

D'Cruz (2002:1) meen dat die versorging van MIV-positiewe individue tot gevolg het dat die sosiale netwerk van die versorger ingeperk raak wat betref grootte en kontak. Stigmatisering en diskriminasie word as redes hiervoor aangevoer. Cory (1998:2) ondersteun hierdie siening in sy artikel waarin hy verslag doen oor hoe hul seun aanvanklik 'n sentrum vir dagsorg belet is, en ook later toegang tot sommige skole geweier is. Hy noem verder dat mense veroordelend en selfs haatlik jeens individue wat MIV-positief gediagnoseer is, optree. D'Cruz (2002:6) het bevind dat gesinne maklik ondersteuning van familie en vriende sou vra wanneer 'n gesinslid siek is, maar dat hulle verkies om stil te bly en alleen die las te dra wanneer hulle bewus word daarvan dat die gesinslid MIV-positief is. Die rede wat hiervoor aangevoer word, is die vrees vir verwerping. Davis-

McFarland (2002:10) sluit hierby aan deur te sê dat die MIV-positiewe persoon en sy/haar gesin sosiaal geïsoleer word as gevolg van stigmatisering. Die MIV-positiewe persoon word dus hierdeur gedwing om voortdurend met hul situasie gekonfronteer te word en het op geen plek 'n uitlaatklep nie.

Versorgers van gesinslede wat met MIV gediagnoseer is, is ook geneig om “swak” sosiale bande te breek, soos met kennisse en kollegas, maar hul bande met direkte familielede te versterk. Alhoewel hierdie beperkte kontak meebring dat gesinslede nie meer soveel vrae moet beantwoord of die waarheid rakende die diagnosering moet verdraai nie, lei dit aan die ander kant tot sosiale isolasie en psigo-sosiale stres, wat vererger word deur die stigma wat met MIV geassosieer word (UNAIDS, 2001:7). Hierdie isolasie bring mee dat gesinslede moeite ervaar met suksesvolle stresshantering. D’Cruz (2002:2) het bevind dat mense gereeld verwerping ervaar wanneer hulle die MIV-diagnose van hul gesinslid bekend maak. Poindexter en Linsk (1999:46) ondersteun die siening dat versorgers kies om nie die lid se status bekend te maak nie, omdat hulle stigmatisering antisipeer. Die gevolg is dat hulle enersyds nie onder stigmatisering deurloop nie, maar andersyds kry hulle ook geen steun wat hulle stryd as versorgers van 'n MIV-positiewe persoon erken nie.

Kerke is volgens hierdie skrywers as een van die weinige instellings geag as ondersteunend te wees ten opsigte van MIV-positiewe adolessente en hulle gesinne, maar Boyd (1989:3) wys daarop dat selfs die kerk met moeite die onderwerp van seksualiteit aanspreek, en dus nie altyd voorbereid is op ondersteuning van MIV-positiewe individue nie.

Studies (Patient, 2004:1; Banteyerga & Pande, s.a; Varga, 1999:15) toon dat stigmatisering gevrees word, selfs al het die adolessent MIV opgedoen deur 'n bloedoortapping waarvoor hy/sy nie eens verantwoordelik gehou kan word nie. Hierdie vrees lei daartoe dat min mense bereid is om hul status bekend te maak, wat verreikende implikasies vir die oordrag van die virus inhou. In Suid-Afrika het die aantal mense wat MIV-positief is, die afgelope drie jaar gestyg (Volksblad, 12 Julie 2005:3), wat 'n aanduiding daarvan is dat voorkomingsprogramme nie daarin slaag om die pandemie te stuit nie. Alhoewel klem gelê word op die ondersteuning wat gesinne vanuit die gesondheidssektor behoort te kry, is dit 'n realiteit dat negatiewe houdings selfs daar voorkom.

Deetlefs, Greeff en Koen (2003:1) het bevind dat die houdings van verpleegkundiges teenoor MIV-positiewe pasiënte en hulle gesinne oorwegend negatief is. Selfs vanuit die instansies waar 'n mens sou verwag dat die gesondheidsorgpersoneel ondersteunend sou wees as gevolg van hul kennis van die virus, word diskriminasie en veroordeling ervaar. Deetlefs *et al.* (2003:1) is die mening toegedaan dat daar konflik bestaan tussen die persoonlike en professionele waardesisteme van verpleegkundiges. Die verdedigings- en hanteringsmeganismes van die verpleegkundiges belemmer in hierdie opsig die opbou van 'n terapeutiese verhouding tussen hulle en hul pasiënte. By implikasie kan die gesin nie eens staatmaak op ondersteuning van gesondheidswerkers om hulle by te staan in die versorging van die MIV-positiewe adolessent nie. Hierdie houdings kan dan daartoe lei dat ouers ook verkies om nie op die steun van gesondheidswerkers staat te maak nie.

4.2.1.2 Ekonomiese implikasies

Mediese uitgawes is volgens gesinslede 'n probleem wanneer gekyk word na die MIV-positiewe adolessent. Wilkinson (2000:1) meen dat hospitale en klinieke as gevolg van finansiële beperkinge, nie te alle tye probleme kan aanspreek nie. Die staat het nie fondse om die individu ten beste moontlik te behandel nie, en die gemiddelde gesin kan duur antiretrovirale middels nie bekostig nie.

Om die dood van 'n adolessent as gevolg van Vigs te verwerk of in die gesig te staar, bring nie net 'n geweldige emosionele verlies mee nie, maar gaan gepaard met begrafniskoste. Die relatiewe koste van 'n begrafnis wissel volgens die Worldbank Organization (s.a.:3) van gemeenskap tot gemeenskap, en by implikasie ook van die een kultuur na die volgende. Kultuur is belangrik wanneer na houdings jeens Vigs gekyk word (Insig, Julie 2004:70), aangesien sommige kulture glo in rituele soos die slag van 'n hoeveelheid vee, wat, ten spyte van die begrafniskoste self, die gesin duisende rande uit die sak jaag. Die begrafniskoste as sodanig is nie hoër vir Vigssterftes nie, maar die hoër sterftesyfer as gevolg van Vigs impliseer meer begrafnisse.

In die geval van adolessente bestaan die moontlikheid dat die persoon reeds gewerk het en 'n geldelike bydrae tot die gesin gelewer het. Die verlies van inkomste kan verdere angs en spanning in 'n gesin veroorsaak, want nie net kos die persoon die gesin meer as gevolg van mediese uitgawes nie, maar hulle inkomste is ook minder as gevolg van die persoon se siekte.

4.2.1.3 Emosionele implikasies

Soos reeds genoem, kry versorgers van die MIV-positief gediagnoseerde individu geen of min steun van buite hul gesin, omdat hulle uit vrees vir stigmatisering, verkies om nie die adolessent se

status bekend te maak nie. Hierdie versorgers het self ondersteuning nodig om sodoende te voel dat hulle nog deel uitmaak van die wyer gemeenskap (Boyd, 1989:1). Die versorgers dui ook aan dat hulle bang is vir verwerping; daarom dat hulle kies om 'n leuen te leef. Hierdie individue ervaar ook 'n gevoel van wanhoop en eensaamheid. Braswell (1989:6) maak ook melding van die vrees wat by versorgers voorkom omdat hulle bang is vir die dood of moontlik voel dat hulle nie kennis dra van gesondheidsorg wanneer Vigs intree nie. Hierdie gevoel van isolasie bestaan nie net omdat versorgers nie ondersteun word in hul taak nie, maar ook omdat hulle negatiewe reaksies vanuit die gemeenskap moet hanteer. In teenstelling hiermee voel hulle ook skuldig teenoor daardie individue wat wel hulp aangebied het omdat hulle voel dat hulle iets moet terugdoen.

Braswell (1989:6) konstateer verder dat 'n versorger toenemend 'n gevoel van hulpeloosheid ervaar omdat hulle nie veel vir die siek persoon kan doen nie. Hierdie gevoel is moeilik om te oorkom, veral gesien in die lig van 'n apatiese samelewing waarin soveel haat, veroordeling en woede steeds voorkom.

Negatiewe reaksies is egter nie beperk tot die gemeenskap nie. Die positiewe diagnosering van adolessente kan ook tot die verbokkeling van verhoudings binne die gesin lei. In 'n nuusblad uitgegee deur UMCOR (2001:1) vertel 'n ma van 'n positief-gediagnoseerde adolessent dat haar man progressief vyandig en aggressief teenoor die gesin geraak het. Banteyerga en Pande (s.a:3) haal in hierdie verband ook 'n vader aan wat sy dogter daarvan beskuldig het dat sy gesondig het en daarom gestraf word. Van Dyk (2001:319) sluit hierby aan deur te noem dat sommige persone oortuig is dat MIV/Vigs God se straf is vir 'n sondige en promiskue leefwyse.

Studies (Kanabus, Lawrence & Dibb (eds.), 1999:6) toon dat versorgers soms woede jeens geïnfekteerde individue voel omdat hulle 'n gevoel van wanhoop oor hul huis gebring het. Hulle haal in hierdie verband gesinslede aan wat sê dat hulle wens die MIV-geïnfekteerde persoon kom tot sterwe sodat hulle weer normaal met hulle lewens kan voortgaan.

In die probleemstelling is enkele reaksies van ouers soos in die literatuur bestudeer. Dit het die navorser geïnspireer en gemotiveer om deur middel van eie empiriese navorsing vas te stel of MIV-positiewe diagnosering van die adolessent enigsins 'n uitwerking het op sy/haar ouers en die res van die gesin.

4.3 Doel van die studie

Die doel van die studie is dan ook om te bepaal wat die effek van die MIV-positiewe diagnosering van die adolessent op sy/haar gesin is.

4.4 Metode van ondersoek

Hierdie kwalitatiewe studie is gefokus op die ervarings van gesinslede in 'n huis waar 'n adolessent met MIV gediagnoseer is. Kwalitatiewe navorsing, soos beskryf deur Maykut en Morehouse (1994:120) blyk die beste metode te wees om die navorser in kontak te bring met die deelnemers, en die betekenis wat hulle aan sekere verskynsels toedig (in hierdie studie Vigs onder adolessente). Onderhoude is met 15 respondente gevoer. Ouers van adolessente leerders wat MIV-positief gediagnoseer is, is doelgerig met behulp van studente wat 'n kursus in

Spesiale Behoeftes aan Vista Universiteit gevolg het, geselekteer. Volgens Maykut en Morehouse (1994:56,57) word hierdie metode aangewend om spesifieke eenhede van belang te kies. McMillan en Schumacher (2001:36) ondersteun hierdie metode van empiriese navorsing deurdat hulle noem dat die navorser die geleentheid gebied word om spesifieke ervarings, gevoelens, kennis, opinies, probleme wat ervaar is en voorstelle wat deur die deelnemers gemaak word, weer te gee.

Van belang was om 'n vertrouensverhouding met die deelnemers op te bou om hulle aan te moedig om hul ervarings te deel. Gedurende die analise van die onderhoude is terugvoer ontleed om temas, patrone en kategorieë te onderskei. Die antwoorde van deelnemers is geïnterpreteer om algemene stellings te versterk asook nuwe idees weer te gee. Antwoorde wat in die onderhoude voorkom, is geëksploreer om alle gevoelens en idees in te sluit.

4.5 Resultate en bevindinge

Deelnemers was positief om aan die studie deel te neem, maar sommige het verkies om individuele onderhoude te voer, en nie deel te wees van fokus-groepe nie. 'n Verskeidenheid van menings is uitgespreek, en resultate sal binne bepaalde temas bespreek word. In enkele gevalle sal kommentaar aangehaal word wat die tema kan toelig.

? Tema 1: Algemene probleme rakende die gesondheid van die MIV-positiewe gesinslid

Al die deelnemers het aangetoon dat die gesondheid van die adolessent wat MIV-positief gediagnoseer is, drasties verswak het. Hierdie

ervaring word dan ook deur Griffen (2005:1) ondersteun wanneer hy konstateer dat adolessente wat MIV-positief gediagnoseer is, meer geneig is om griep-verwante siektes op te doen. Familielede toon aan dat die positief-geïdentifiseerde adolessent dit later, wanneer Vigs reeds ingetree het, moeilik vind om te beweeg, en die meerderheid deelnemers het aangedui dat die persoon later met moeite kon eet.

Die afleiding word gemaak dat swak gesondheid werklik eers intree sodra MIV in Vigs omskakel, aangesien gesinslede aangedui het dat agt van die betrokke adolessente voor die aanvang van die onderhoude gesterf het. Ander spesifieke simptome sluit in: seertjies in die mond; gewigsverlies; sere by die geslagsdele en 'n algehele gevoel van vermoeidheid.

Die gesondheidstoestand van die MIV-positiewe adolessent beïnvloed die gesinslede direk, aangesien hulle die siek persoon moet versorg, wat emosionele en fisiese uitputting tot gevolg het.

“ ...ons moet hom optel en was, versorg, en hy kan nie self eet nie. Dit maak ons moeg, want ons werk ook”

“... it's not easy when you have to do everything for him”

? Tema 2: Stigmatisering en vrees vir MIV

Deelnemers het aangetoon dat hulle meestal self nie eens bewus is van die gesinslid se status totdat Vigs intree nie. Aan hulle word vertel dat dit longontsteking, hoë bloeddruk of “pulse” is. Die meerderheid gesinslede het aangedui dat hulle verkies om nie die status van die MIV-positiewe adolessent bekend te maak nie, omdat hulle vrees vir stigmatisering en gevolglike verwerping deur ander. Een deelnemer het genoem dat hulle al gehoor het dat mense die huise van MIV-geïnfekteerde persone afbrand, en dat die persoon self binne in die huis

verbrand word om sodoende die virus se verspreiding te keer. Deelnemers het verder aangedui dat mense wat MIV-positief is, uitgesluit word deur die gemeenskap.

“ ...hulle mag nie die public toilets gebruik nie”

Sommige deelnemers het hierop uitgebrei en genoem dat mense nie geneë is om dieselfde beker en eetgerei as persone met Vigs te gebruik nie. ‘n Paar gesinslede het aangedui dat hulle selfs aangespreek word daaroor. Dit blyk duidelik dat mense steeds nie oor genoegsame kennis beskik rakende die opdoen en oordra van die virus nie. Die mening is in hierdie verband uitgespreek dat mense nie eens in dieselfde vertrek as die siek persoon wil wees nie omdat hulle bang is hulle doen die siekte op. Die gesinslede het egter almal aangedui dat hulle bewus is van die oordrag van die virus, en daarom nie vir hul eie veiligheid vrees nie.

Dit is egter teleurstellend dat die gesinslede aandui dat die meeste gevalle van stigmatisering en sosiale uitsluiting in die nabye familiekring voorkom. Menige deelnemers het aangetoon dat familielede nie wou kom kuier sedert die bekendmaking van hul kind se status nie, maar dat die rede aangevoer word dat hulle ongemaklik voel by alle siek mense.

“ die ander mense sien iemand het HIV, hulle is bang om te praat met hulle”

Deelnemers is verder die mening toegedaan dat daar groter diskriminasie en stigmatisering bestaan jeens meisies. Hierdie siening ondersteun die persepsie soos bespreek in artikel 1 dat die man die reg het om sy seksualiteit te verken, maar die vrou word as goedkoop geag as sy seksueel aktief is.

Die deelnemers wat aangedui het dat hulle as gesin berading ontvang het nadat die adolessent positief getoets is, het egter geen probleem daarmee gehad om te erken dat hulle kinders MIV-positief was nie. Ironies genoeg is hierdie deelnemers ook die enigste wat aangedui het dat hulle ondersteuning vanuit die gemeenskap, en ook hul familieledede, gekry het.

? Tema 3: Berading

Slegs twee van die deelnemers het aangetoon dat hulle berading ontvang het. Daar moet egter in aanmerking geneem word dat hierdie adolessente reeds siek was met Vigs. Dit is egter opvallend hoe positief hierdie gesinslede jeens ondersteuningstelsels, en MIV oor die algemeen, voel, in vergelyking met daardie persone wat geen berading ontvang het nie. Gesinslede wat berading ontvang het, toon dat hulle kennis dra van die siekte en ook nie bedreig voel om die siek persoon in die huis te hê nie.

Hierdie deelnemers voel ook dat die adolessent ondersteun is deur vriende en familie. Hulle het verder ook vertel dat vriende en familie gereeld vir die MIV-positiewe adolessent kom kuier en die ouers bystaan om take vir die persoon te verrig. Hierdie lede toon ook kennis van hoe die MIV-positiewe persoon benader moet word. Een deelnemer stel dit soos volg:

“ Jy weet, hulle het hom nie gewys of sy het Aids nie, jy wys net jy het vrede vir haar” en

“ Hulle het vir my gehelp. Ek moet alles verstaan, hoe ek moet maak met die mense wat Aids het”

In teenstelling met die gesinslede wat berading ontvang het, het die res van die deelnemers die betrokkenheid en houdings van familieledede as

negatief ervaar. Een deelnemer het aangedui dat haar skoonsuster, wie se kinders altyd daar kom speel het, hulle weerhou van die familie sedert dit bekend geword het dat hulle kind MIV-positief gediagnoseer is. Die mening is verder uitgespreek dat mense selfs te bang is om met MIV-gediagnoseerde persone te praat, omdat hulle vrees dat hulle die siekte kan opdoen. Hierdie houding het volgens gesinslede ook 'n negatiewe uitwerking op die adolessent omdat hulle die negatiewe gedrag sien en ervaar.

“ ...hulle gaan weg, hulle wil nie meer vriende wees nie. Nou daai mens sy voel nie lekker as sy dit sien nie”

Uit voorafgaande is dit duidelik dat daar nie genoegsame kennis rakende die virus bestaan nie – 'n situasie wat stigmatisering en uitsluiting aanhelp.

? Tema 4: Emosionele implikasies

Al die deelnemers het aangetoon dat die emosionele las van 'n MIV-positiewe adolessent in die huis groot is. Sommige deelnemers voel dat die gemeenskap die hele gesin uitsluit en dat hulle onder geweldige druk verkeer om die siek persoon alleen te versorg, veral wanneer MIV reeds in Vigs omgeskakel het. In hierdie verband noem 'n deelnemer dat, as gevolg van onttrekking van ander familielede, die las soms te groot raak vir die nabye gesinslede. Een deelnemer vrees verder dat sy haar werk mag verloor omdat sy soveel tyd by die werk moet afneem om die siek persoon te versorg en na die dokter te neem.

“ ...ek ry hier Donderdag, Vrydag ek vat hom by die dokter. Maandag bel my oom en sê ek moet weer kom, die kinders kan nie na die kind kyk nie”

Ander ouers meen dat hulle baie bekommerd oor die MIV-positiewe adolessent is omdat hulle nie weet wat hulle doen as hulle self nie by die huis is nie. Die meerderheid deelnemers het aangetoon dat die feit dat MIV by 'n persoon gediagnoseer word, nie beteken dat hulle gedrag verander nie. Hierdie feit veroorsaak ook stres by die ouers omdat hulle verantwoordelik voel vir die adolessent.

“ ...die mense van Aids, hulle worry nie, hulle sê hulle is getoor, hulle het nie Aids nie. Hulle praat nie altyd die waarheid nie”

Uit voorafgaande kom dit duidelik na vore dat ouers wat hul kinders alleen by die huis moet laat as gevolg van die feit dat hulle ver van die huis af werk, onder emosionele stres gebuk gaan omdat hulle voel dat hulle nie kan toesien dat die adolessent verantwoordelik lewe en die nodige versorging kry nie. Hierdie skuldgevoelens veroorsaak verder dat die ouers hulself blameer vir die toestand van die kind. Ouers het behoefte aan 'n ondersteuningstelsel om die druk van hul eie skouers af te neem.

? Tema 5: Ondersteuningstelsels

Informele groepe waarvan die ouer lid is, soos naaldwerkgroepe en lede van dieselfde kerk, word gesien as die groepe wat die meeste ondersteuning verleen, selfs meer as die uitgebreide familie.

Die terugvoer rakende hierdie tema het teenstrydige reaksies na vore gebring. Sommige gesinslede het gevoel dat hulle geen ondersteuning kry vanuit die familie en gemeenskap nie, waar ander weer baie positief hieroor voel. Dit het aan die lig gekom dat die ouers wat hulle kind se status bekend gemaak het, en ook daardie ouers wat berading ontvang het, meer positief gevoel het oor ondersteuning wat hulle gekry het. Ouers, daarenteen, wat steeds nie hul kind se status bekend

wil maak nie, voel skuldig en die persepsie bestaan by hulle dat hulle nie ondersteun word nie. Uit die response van ouers wat nie hul kinders se status bekend wil maak nie, blyk dit dat hulle in elk geval van mening is dat almal vermoed dat hulle kinders MIV-positief is, maar hulle ontken dit steeds.

“ ...today everyone thinks everyone has Aids”

? Tema 6: Finansiële implikasies

Al die deelnemers was dit eens dat die versorging van 'n MIV-positiewe persoon 'n geweldige finansiële las op die gesin plaas. Dokters moet op 'n gereelde basis besoek word na diagnose, en van die deelnemers se gesinslede moes ook al in die hospitaal opgeneem word. Buiten die mediese onkoste, het twee deelnemers ook aangedui dat hulle in die verlede 'n kar moes huur teen geweldige koste om die adolessent te vervoer, omdat die persoon te swak was om op 'n ander manier vervoer te word. Soos een deelnemer dit stel:

“ ...hy het Cape Town toe gegaan en vir niemand gesê hy het HIV nie. Maar toe moes ons 'n kar huur om hom te gaan haal – R 1700.00 – want hy kon nie 'n bus of trein vat nie”

Meermale is dit ook familieledede wat self nie genoeg geld het nie, en dan moet die ouer lede van die familie hulle pensioen prysgee om die kostes verbonde aan die MIV-positiewe adolessent se siekte te delg. Die deelnemers wat reeds 'n adolessent aan die dood moes afstaan, het ook genoem dat die begrafniskoste baie hoog is.

“ Die boks kos R 1500.00 en dan betaal ek R 50.00 'n maand aan die mortuary”

“ ...my mother paid for the funeral and the sheep and the cow, and she is a pensioner”

? Tema 7: Gesondheidsorg

Alhoewel deelnemers tevredenheid getoon het met die behandeling wat hul kinders van dokters ontvang het, het hulle oor die algemeen gevoel dat gesondheidswerkers nie mense wat MIV-positief is, wil versorg nie. Een deelnemer, wie se kind in die hospitaal opgeneem is, moes twee maal per dag na die hospitaal gaan om die kind om te draai, te was en te voer. Gesondheidswerkers het ook aan gesinslede aangedui dat hulle werkslading dit nie toelaat dat hulle hierdie adolessent kon versorg nie.

Gesinslede het verder die mening uitgespreek dat gesondheidspersoneel nie veel simpatie jeens die adolessente of hulle families betoon nie, en soms taktlose aanmerkings maak. Die persepsie rakende gesondheidswerkers, en ook hospitale in die geheel, was deurgaans negatief. Een deelnemer som dit soos volg op:

“ As jy hospitaal toe gaan, jy sal seerkry, dis baie lelik daar”, en

“ If you are ill, you don't go to the hospital. You will die”

? Tema 8: Gedragsverandering

Gedragsveranderinge by veral die adolessente wat nie hul status bekend wil maak nie, is deur sommige deelnemers waargeneem. Twee van die deelnemers het aangedui dat die adolessente hulself sosiaal onttrek het toe hulle siek geword het.

“ ...hy het skaam gekry en gesê ons moet sê hy slaap as daar mense kom kuier”

Die suster van 'n adolessent wat met MIV gediagnoseer is, het opgemerk dat haar suster se gedrag sodanig verander het dat dit die res van die gesin negatief beïnvloed het. Sy het drank misbruik en het soms vir dae van die huis af weggebly sonder om vir iemand te vertel

waarheen sy gaan. Volgens hierdie deelnemer dra dit by tot spanning tussen die ander lede van die gesin omdat hulle hulpeloos voel.

? Tema 9: Boodskap wat deur die media oorgedra word

Deelnemers het deurgaans hul kommer uitgespreek oor die negatiewe aspekte rondom Vigs wat deur die media voorgehou word. Al die deelnemers het tydens onderhoudvoering aangedui dat hulle stories oor die radio gehoor het van MIV-positiewe mense wat vermoor is of in huise afgebrand word. Hierdie beriggewing kan die pandemie vererger, aangesien deelnemers meen dat dit 'n goeie rede is om nie hul kinders se status bekend te maak nie.

Alhoewel deelnemers meen dat die negatiewe programme en verhale 'n groter impak op die luisteraars het, spreek die meerderheid die mening uit dat die media, waaronder televisie en radio, 'n groot rol kan speel in die opvoeding van mense rakende MIV en Vigs. Dit is duidelik dat gemeenskappe nie oor voldoende kennis van mites en die opdoen van die virus beskik nie, wat aanleiding gee tot isolasie, stigmatisering en uitsluiting van die MIV-geïnfekteerde adolessent en sy/haar gesin.

4.6 Samevatting

Uit voorafgaande response is dit duidelik dat daar heelwat behoeftes by die gesinslede van die MIV-positiewe adolessent bestaan. Uit die ondersoek blyk dit dat die gesondheidstoestand van die MIV-positief gediagnoseerde adolessent emosionele asook ekonomiese implikasies meebring, wat daartoe lei dat die gesinslede emosioneel en fisies uitgeput voel. Soos reeds in artikel 1 en 2 bespreek, is dit gewoonlik die armste mense wat die swaarste getref word deur hierdie pandemie.

Gesinslede maak staat op die pensioen van die ouer familieledede om die finansiële las te help dra. In hierdie verband verarm die armes verder en die toegang tot goeie basiese gesondheidsorg bly hulle ontwyk.

Die ingesteldheid van die gemeenskap, wat deur die meerderheid deelnemers waargeneem is, wek steeds kommer. Veral die negatiewe reaksie van gesondheidswerkers dra by tot die feit dat gesinslede nie die status van die MIV-positiewe persoon bekend wil maak nie. Die gesinslede voel reeds hulpeloos as gevolg van die gedragsveranderinge wat by die positiewe adolessent waargeneem word, wat bydra tot spanning tussen ander lede van die gesin. Terwyl mense nog 'n ongegronde vrees vir die opdoen van die virus het, is die kans skraal dat houdings jeens die MIV-positiewe persoon sal verbeter. Slegs indien mense saamstaan en bereidwilligheid toon om aan families wat MIV-positiewe individue in die gesin het, ondersteuning te bied, sal die emosionele eise wat aan die gesin gestel word, draaglik gemaak word.

Die media kan volgens die deelnemers in hierdie studie 'n groot rol speel in die opvoeding van mense rakende MIV en Vigs. Dit blyk egter dat die meeste gesinslede die rol van die media as negatief ervaar aangesien gefokus word op die negatiewe aspekte van Vigs.

Alhoewel die meerderheid deelnemers skepties is om die status van die adolessent bekend te maak vanweë stigmatisering en diskriminasie, is dit egter insiggewend dat mense wat reeds berading ontvang het, meer positief voel oor MIV en Vigs, en hulle ook uitgespreek het oor positiewe ondersteuning wat hulle buite die gesin ervaar.

In artikel 5 van hierdie reeks sal gepoog word om oplossings te probeer vind om die houdings en ervarings van onder andere ouers en die res

van die gesin van die MIV-positief gediagnoseerde adolessent van negatief na positief te probeer wysig. Moontlike aanbevelings ter oplossing van die probleem sal ook gemaak word.

Verwysings

Banteyerga H & Pande R. s.a Experiences of stigma: Diaries by people living with HIV and Aids in Ethiopia. Ongepubliseerde voorlegging

Boyd T (1989) "Caring for those who care for us". <http://gbgm-umc.org/health/hivfocus/focus008.cfm> (Read on 3 March 2005)

Braswell P (1989) This is the day. Introduction to AIDS caregiving. <http://gbgm-umc.org/health/hivfocus/focus008.cfm> (Read on 3 March 2005)

Carnahan C (1993) Pastoral care for those affected by HIV. HIV/AIDS Focus paper #22, November 1993. <http://gbgm-umc.org/health/hivfocus/focus022.cfm> (Read on 10 May 2004)

Cory B (1998) AIDS, family, faith: A force for change. <http://gbgm-umc.org/cam/affaith.cfm> (Read on 10 May 2004)

Davis-McFarland E (2002) Pediatric HIV/AIDS: Issues and strategies for Intervention. *American Speech-Language-Hearing Association Leader*, 7(4), March 5: 10-13

D'Cruz P (2002) Caregivers' experiences of informal support in the context of HIV/AIDS. <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR7-3/dcruz.html> (Read on 10 May 2004)

Deetlefs E, Greeff M & Koen M P (2003) The attitudes of nurses towards HIV positive patients. *African Journals Online. Health SA Gesondheid: Interdisciplinary research journal*. 8(2)

Griffin R M (2005) HIV in children and adolescents. <http://www.intelihealth.com/IH/ihPrint/WSIHW000/8776/24482/333539.html?d=dmConte..> (Read on 5 September 2005)

Insig, Julie 2004

Kanabus A, Lawrence J & Dibb L (eds)(1999) *Why me? Sussex:AVERT*

Maykut P & Morehouse P (1994) *Beginning qualitative research: A philosophical and practical guide*. London:Falmer Press

McMillan J H & Schumacher S (2001) *Research in education: A conceptual introduction (5th edition)*. New York: Harper College Publishers

Patient D (2004) HIV/AIDS Positive stories. <File://A:HIV AIDS positive stories - 20 years HIV+.htm> (Read on 10 May 2004)

Poindexter C C & Linsk N L (1999) HIV-related stigma in a sample of HIV-affected older female African-American caregivers.
Social Work 44(4):46-61

UMCOR (2001) Keeping families together in Bucharest, Romania.
<http://gbgm-umc.org/umcor/stories/bucharest.stm> (Read on 4 May 2004)

UNAIDS (2001) Children and young people in a world of AIDS.
Geneva:UNAIDS

Van Dyk A C (2001) HIV/AIDS Care and counselling: A multidisciplinary Approach. 2nd edition. Cape Town:Pearson Education South Africa

Varga C A (1999) Resistances to behavioural change to reduce HIV/AIDS infection. Australian National University: Canberra

Volksblad, Dinsdag 12 Julie 2005

Wilkinson B (2000) Sahrah's story: A message of hope for the season.
<http://gbgm-umc.org/africa/kenia/gbgm112700bwbm.html>
(Read on 12 July 2005)

Worldbank Organization s.a. Confronting AIDS.
http://www.worldbank.org/aidsecon/confront/confrontfull/chapter4/chp4sub_3.html (Read on 14 June 2004)

Moontlike oplossings/strategieë vir die bekamping van MIV/Vigs onder adolessente

Opsomming

Aangesien adolessente gesien word as 'n hoë risikogroep wat die opdoen en oordra van MIV/Vigs aanbetref, behoort die bekamping van die virus onder hierdie groep as prioriteit gesien te word. In voorafgaande artikels is die klem geplaas op die ervarings van die MIV-positiewe adolessent, asook die houdings en ervarings van sommige rolspelers binne die sisteme waarin die adolessente hulself bevind. Hierdie artikel sal poog om prioriteite uit te wys wat kan meehelp in die voorkoming van, begrip vir en ondersteuning aan die MIV-positief gediagnoseerde individu en sy/haar gesinslede.

5.1 Inleiding

Die hoë syfer van MIV-positiewe adolessente het die wêreld aangegryp. In Suid-Afrika is 60% van die MIV-positiewe persone jonger as 25 jaar (Steenkamp, 2005:1). Dit is egter duidelik dat daar nie 'n eenvoudige oplossing vir die probleem bestaan nie. 'n Omvattende benadering wat fokus op die voorkoming, versorging, asook navorsing oor die onderwerp is noodsaaklik. Só 'n benadering moet dus so gestruktureer word dat alle moontlike rolspelers betrokke is. Donovan en Ross (2000:1897) benadruk die idee dat die MIV-pandemie alle navorsers, waaronder sosiale wetenskaplikes, sielkundiges, bioloë, epidemioloë, gesondheidswerkers asook ekonome en beleidvormers betrek word. Tot tyd en wyl die mediese wetenskaplikes daaraan werk om geskikte medikasie vir die voorkoming van MIV te vervaardig, moet relevante intervensieprogramme geloods word om die verdere verspreiding van die virus te bekamp en om diegene wat reeds MIV-positief getoets is, te akkommodeer en te ondersteun.

Die werklikheid van die risiko wat die adolessent se leefstyl inhou, dring nie werklik deur tot die individu nie (Soul City Institute, 2004:12). Redes wat hiervoor aangevoer kan word, is die menigte mites rakende die opdoen van die virus; asook die wanvoorstelling dat MIV net 'n sekere groep mense raak. Hierdie persepsies maak die adolessent meer kwesbaar. Die implikasie hiervan is dat hierdie faktore in gedagte gehou moet word wanneer intervensieprogramme vir die voorkoming en ondersteuning van die MIV-positiewe persone en hul gesinne opgestel word.

Navorsing het getoon dat dit eenvoudig is om die kennis en houdings van adolessente te verander, maar om risiko-gedrag te verander, bring nuwe uitdagings mee (MacPhail,1998:79). 'n Verskeidenheid programme is in die verlede geloods om die seksuele gedrag van

adolescente te probeer verander; vele daarvan sonder enige sukses (Varga, 1999:13; Aids nuusblad, 2002:5). In hierdie opsig is bevind dat kennis nie die risiko-gedrag van die adolessent verander nie, en om 'n wye verskeidenheid van onderwerpe aan te raak, het ook nie 'n noemenswaardige verskil aan die gedrag van individue gemaak nie. In aansluiting hierby het die boodskap van weerhouding, of selfs bangmaaktegnieke in die bekamping van die virus, ook nog nie geslaag nie.

Voorafgaande artikels in hierdie reeks het gepoog om die seksuele kultuur en gedrag van adolessente te probeer verstaan, asook die uitwerking daarvan op die individue self en op sommige rolspelers in hulle lewens om sodoende te fokus op werkbare en implementeerbare intervensieprogramme. Die probleemareas wat tydens die onderhoude met verskillende rolspelers na vore gekom het, sal dien as riglyn waarvolgens aanbevelings gemaak sal word rakende die bekamping van MIV/Vigs asook die ondersteuning van die MIV-positiewe persoon en ander rolspelers wat deur die diagnose geraak word.

5.2 Komponente in die voorkoming en ondersteuning van rolspelers wat deur MIV/Vigs geraak word

Hierdie komponente wat voorgehou word, sal in twee fases bespreek word, naamlik voorkoming van die MIV/Vigs pandemie en ondersteuning aan rolspelers wat deur MIV/Vigs geraak word.

5.2.1 Fase 1: Voorkoming van MIV/Vigs

5.2.1.1 Leefstyl van adolessente

Soos reeds in artikel 1 (punt 5) bespreek, word adolessensie gekenmerk

deur seksuele verkenning, fantasieë en realiteite. Seksualiteit word dus deur die adolessent self beding en hy/sy is self die deelnemer. Intervensieprogramme wat fokus op die verandering van risikogedrag moet dus die ontwikkelingstadium van die adolessent in ag neem voordat effektiewe ingryping kan plaasvind.

Die hunkering van adolessente na die gebruik van dwelms, alkohol en seksuele eksperimentering speel 'n kritieke rol in die opdoen en oordra van MIV/Vigs. “Voorkoming, eerder as genesing”, behoort voorgehou te word as slagspreuk in die effektiewe bekamping van die pandemie. D'Angelo, Brown, English, Hein & Remafedi (1994:428) is van mening dat daar voortdurend kontak met die adolessente gemaak moet word, gevolg deur aggressiewe opvolging en die integrasie van effektiewe voorkomende opvoeding wat behels die oordra van lewensvaardighede en lewenswaardes. In hierdie opsig speel die skool 'n belangrike rol. Programme moet in skole geloods of selfs in die kurrikulum opgeneem word om die volgende aan te spreek:

- ? Uitbreiding van kennis rakende die opdoen en oordra van MIV/Vigs.
- ? Hoë-risiko gedrag.
- ? Gevare van dwelmgebruik.
- ? Praktyke, soos weerhouding en die gebruik van kondome, om die afname van die oordrag van die virus te bevorder.
- ? Opleiding aan leerders rakende assertiewe vermoëns, selfkennis, kommunikasie- en lewensvaardighede.
- ? Die tuisbring van etiese norme en waardes as deel van die adolessent se lewens- en wêreldbeskouing (inagnemende en ten spyte van die verskillende waardesisteme van verskillende kulture).

Tans is een van die populêre voorkomingstrategieë die uitdeel van gratis kondome. Hierdie aksie moet egter as 'n korttermynplan gesien word, aangesien ander bydraende faktore soos algemene gesondheid, die gevolge van armoede en geslagsverhoudings heeltemal buite rekening gelaat word (Stillwaggon, 2000:990). Alhoewel die gebruik van kondome as belangrike voorkomingsmaatreël beskou word, berig Soul City Institute (2004:11) dat jongmense kla dat sommige gesondheidswerkers negatief reageer soos om op hulle te skree wanneer hulle na die kliniek gaan om vir kondome te vra. Hierdie behandeling demotiveer hulle om veilige seks te beoefen, en verhoog dus die risiko vir die opdoen en oordra van die virus.

? Dit is duidelik dat die fokus van voorkoming nie slegs op die adolessent gerig moet wees nie, maar opleiding moet aan gesondheidsorg-personeel gebied word sodat hulle kan meehelp in die bekamping van die pandemie. Opleiding kan die vorm van werkswinkels aanneem, en moet temas soos die volgende insluit: respek vir kultuurverskille, menseregte, die rol van die gesondheidswerker en die bewusmaking van universele waardes en norme.

Die intervensiestrategie om die gebruik van kondome te verkondig, is egter ook nie so eenvoudig nie. Siegel & Gibbons (Hope (ed.),1999:158) het bevind dat persone voel dat 'n kondoom die plesier van seks wegneem, dat sommige individue meen dat 'n kondoom se doel eintlik geboortebepanking is en niks te doen het met die oordrag van geslagsiektes nie, en dat dit as onnatuurlik geag word. Verder meen individue dat dit dalk mag voorkom of 'n persoon promisku is as hulle kondome met hul saamdra. Ten spyte hiervan vind seks maklik plaas as gevolg van die gebruik van alkohol en/of dwelms. Seksuele omgang word dus nie altyd beplan nie; dus is dit nie 'n gegewe dat kondome te

alle tye beskikbaar sal wees nie.

- ? Adollesente moet, tydens seksuele onderrig, bewus gemaak word daarvan dat seksuele aktiwiteite steeds kan plaasvind sonder die oordrag van liggaamsvloeistowwe, soos met die gebruik van kondome, masturbasie en stimulasie van die liggaam sonder penetrasie.

5.2.1.2 Gedragsmodifikasie

Selfs al het adollesente kennis rakende die virus, beteken dit nie noodwendig dat hulle seksuele gedrag sal verander nie. Seksuele omgang vind steeds plaas sonder die gebruik van kondome, en riskante gedrag word steeds onder adollesente waargeneem (sien artikel 3). Kennis beteken dus nie noodwendig dat gedrag gaan verander nie. Donovan & Ross (2000:1900) is die mening toegedaan dat die grootste hindernis ter bedreiging van veilige seks, onakkurate risiko-persepsie is. Hierdie mening sluit aan by artikel twee waarin die adollesente portuurgroep die mening uitgespreek het dat hulle nie noodwendig 'n groter risiko loop as ander om die virus op te doen nie. Weinstein (Ferris & Kebaabetswe, s.a:196) verwys in hierdie opsig na die "downhill phenomenon" wat behels dat sekere individue geneig is om hul eie risiko aan ander, wat 'n groter risiko inhou, te meet. Dit lei daartoe dat die individu hom-/haarself evalueer as "veilig", en sodoende voortgaan met onveilige seks.

- ? Alhoewel daar meestal gefokus word op wat die gemeenskap vir die MIV-positiewe adollesent kan doen, moet die waarde van die MIV-positiewe adollesente self nie onderskat word nie. Positief-gediagnoseerde adollesente wat hul status bekend maak, het waarskynlik reeds die besluit geneem om die verantwoordelikhede

wat met MIV-positiewe diagnosering gepaard gaan, te aanvaar. Hierdie persone kan genooi word om tydens inligtingsessies hul ervarings met ander te deel en sodoende 'n kultuur van verantwoordelike sek-suele gedrag te bevorder.

- ? Leerlinge kan verder betrokke raak by gemeenskapsdiens deur MIV-positiewe instansies te besoek en die siek persone te versorg. Wanneer adolessente die agteruitgang van mense met Vigs waarneem, kan dit lei tot die wysiging van hul eie gedrag.

Messinis, Biris, Antoniadis & Skarli (2002:31) is van mening dat gedragsmodifikasie die verspreiding van die virus kan beperk by gebreke aan effektiewe inenting daarteen. Dit is krities dat mense wat hoë-risiko gedrag openbaar, hul gedragpatrone moet wysig. Hulle glo verder dat mense wat deur ander gemotiveer word om risiko-gedrag te beoefen, en ook die feit dat negatiewe gevolge uitgestel word, soos gevind word by die adolessent en persone wat MIV-positief is, bygestaan moet word in die wysiging van hul gedrag. Gedragsintervensies, soos opvoedkundige opleiding wat gekombineer word met selfbeheersing, asook portuurgroep-ondersteuning kan moontlik 'n rol speel in die bekamping van die probleem.

- ? Adolessente kan binne groepsverband kontakssessies reël om onder andere die voordele van weerhouding te bespreek. Hierdie groepe moet dan op 'n gereelde basis bymekaar kom om positiewe gedragspatrone te versterk. Op hierdie wyse word nuwe sosiale norme daargestel, en ondersteuning word aan mekaar verleen.

5.2.1.3 Massakommunikasie, die media, opvoedkundige instansies en die kerk

Die media, waaronder televisie, het 'n kragtige invloed op die

ontwikkeling van waardes en die vorming van gedrag (Sonic, 2001:1).
Die volgende aanbevelings word gemaak:

- ? Massa-opvoeding in skole, asook in die media in die vorm van artikels, radioprogramme, televisie, en so meer, kan 'n belangrike rol speel in die voorkoming van MIV/Vigs.
- ? Die programme en inligting moet ouderdom-spesifiek wees om sodoende tot die adolessente te spreek.

'n Probleem waarmee Suid-Afrika te kampe het, is die geskiedenis van apartheid. Volgens Simbayi (Hope, 1999:157) bejeën die swart kulture steeds MIV/Vigs met agterdog, aangesien hierdie virus in die apartheidsjare bekend geword het. Die mites wat steeds geglo word, sluit in dat dit 'n "georganiseerde" siekte is; dit raak net homoseksuele persone; en sommige glo selfs dat MIV 'n mite is om bevolkingsgroei te probeer beperk (Van Dyk, 2001:319).

- ? Persone betrokke by intervensieprogramme moet aanvaarbaar vir die gemeenskap wees, oor sosiale mag beskik en ook die nodige kennis dra om as geloofwaardige fasiliteerders aanvaar te word.
- ? Onderwysers sal bemaagtig moet word om leerders te onderrig in aspekte wat direk verband hou met MIV/Vigs, aangesien artikel 2 in hierdie reeks reeds daarop gedui het dat die meeste onderwysers nie werklik gemaklik voel met seksuele onderrig nie.
- ? Lewensvaardighede kan aangeleer word tydens buite-kurrikulêre aktiwiteite soos 'n anti-Vigs klub waar adolessente leiding en voorligting rakende spesifieke aspekte van MIV kan verkry.
- ? Veral meisies kan ook deur rolspel leer hoe om selfgeldend op te tree jeens seuns wat seksuele gunsies verwag.
- ? Binne kerkverband kan norme en waardes deur kerkjeugaksies onder adolessente tuisgebring word.

Skole en kerke kan 'n groot rol speel by die opvoeding van adolessente, maar die samesnoering van alle sektore van die samelewing en van alle rolspelers moet nie buite rekening gelaat word nie.

? Ondersteuning van en vennootskappe met gemeenskapsnetwerke soos maatskaplike diens-, ontwikkelings- en godsdienstige organisasies is noodsaaklik om voorkoming te laat realiseer. Slegs hierdie samewerking sal lei tot groter produktiwiteit wat weer selfvertroue, en dus ook selfgeldig tot gevolg sal hê.

In hierdie verband moet die breër samelewing ook opgevoed word ten opsigte van die voorkoming van MIV en Vigs. Soos blyk uit artikel 4, is ouers steeds lugtig om die status van gesinslede bekend te maak uit vrees vir stigmatisering en viktimisering. Houdings jeens MIV-positiewe individue kan slegs verander met die nodige kennis dat MIV/Vigs met enigeen kan gebeur, en nie as straf gesien moet word nie. Die resultaat van negatiewe houdings is dat MIV-positiewe adolessente gedwing word om hul status geheim te hou, met die implikasie dat die virus toenemend versprei.

5.2.1.4 Die rol van die portuurgroep in die bekamping van MIV/Vigs

Die invloed wat die portuurgroep op adolessente het, is reeds in artikel 1 deur Sprinthall, Sprinthall en Oja (1994:159) uitgelig. Dowsett en Aggleton (1999:11) spreek die kommer uit dat adolessente in die meeste samelewings nie gesien word as volwaardige individue nie, wat impliseer dat hulle idees, ervarings en kommer rakende seksualiteit deur die samelewing afgeskeep word. Hierdie siening kan daartoe lei dat adolessente gemakliker voel tussen hul eie portuurgroep, aangesien dit

hier is waar hulle aanvaarding en geborgenheid beleef.

- ? Lede van die portuurgroep wat hoë standaarde aan hulself stel, en ook voorstanders is van weerhouding of veilige seks, behoort deur die onderwysers geïdentifiseer te word om as beraders rakende seksuele opvoeding en Vigs opgelei te word deur multidissiplinêre spanne wat bestaan uit sielkundiges, maatskaplike werkers en predikante. Portuurgroepede kan sodoende bymekaar kom om inligting, vaardighede en ervarings uit te ruil.
- ? Die volwasse rolspelers kan sodoende ook waardevolle inligting verkry vanaf die portuurgroep om sodoende op hoogte te bly van idees, behoeftes en waardes van adolessente.

UNAIDS (2001:4) reken dat die jeug die sleutel hou om die oordrag en opdoen van die virus hok te slaan, aangesien kommunikasie beter binne dié groepe plaasvind en adolessente veilig voel binne hierdie ondersteunende omgewing. Op hierdie manier kan 'n nuwe seksuele "kultuur" geskep word.

5.2.1.5 Kognitiewe gedragsbestuur

Kognitiewe gedragsbestuur gaan van die standpunt uit dat gedragsprobleme ontstaan as 'n direkte gevolg van foutiewe patrone van denke en gedrag (Enright, 1997:1). Individue is geneig om situasies of simptome te misinterpreteer wat weer hul hantering van die situasie ondermyn. In hierdie opsig kan adolessente se seksuele gedrag spruit uit wanpersepsies soos dat hulle aanvaarbaar sal wees vir die portuurgroep indien hulle seks toelaat en drank of selfs dwelms gebruik. Soos reeds genoem, moet programme relevant wees vir die groep wat as teiken geïdentifiseer word.

- ? Individue wat risiko-gedrag openbaar, kan die geleentheid gegun word om saam met die adolessente-beraders die omstandighede waarin die gedrag plaasgevind het, te bespreek. Vir elke situasie moet die volgende aandag geniet: die luim/gemoedstemming, gebruik van alkohol, dwelms en enige ander veranderlikes wat die risiko-gedrag voorafgegaan het.
- ? Strategieë kan vervolgens geïdentifiseer word om die risiko-gedrag te verminder, soos om te fokus op die invloed en gevare van drankmisbruik.
- ? Kuiergroepe kan binne skoolverband gestig word waar adolessente die geleentheid kry om op aanvaarbare wyses sosiaal te verkeer.

Kognitiewe gedragsbestuur fokus op interaksies tussen individue, probleemoplossing en kennis rakende rolle, standarde en spesifieke ervarings.

5.2.1.6 Verwydering van geslagsongelykheid

Geslagsongelykheid word deur Chere-Masopha (Hope (ed.), 1999:191) gesien as hindernis in die voorkoming van MIV/Vigs. Volgens haar bepaal sommige kulture dat vroue seksueel onderdanig aan die man, wat seksuele aktiwiteite inisieer, moet wees. As die man dus nie die gebruik van kondome voorstaan nie, sal die vrou ook nie die moed hê om die onderwerp aan te raak nie uit vrees dat sy as goedkoop geëtiketteer kan word. In aansluiting hierby word mans steeds in verskeie gemeenskappe gesien as die broodwinner, en die vrou durf nie aandrang op veilige seks nie omdat sy bang is dat hy dalk geld van haar kan weerhou. Vroue staan volgens Evian (2000:193) 'n groter kans om die virus op te doen vanweë die feit dat die vrou as die ontvanklike party tydens geslagsgemeenskap gesien word. Die geïnfecteerde semen word in die

vrou se vagina gestort en bly daar vir 'n tydperk, wat die virus die geleentheid bied om toegang tot die vrou se liggaam te verkry. Vaginale kondisies en menstruasie verhoog ook die oordrag van MIV.

Heise & Elias (1995:931) noem dat voorkomingstrategieë tans nie voldoende gehoor gee aan die behoeftes van vroue en meisies nie. Die volgende strategieë kan aangewend word om hierdie tekortkoming aan te spreek:

- ? Vroue moet deur die media en gemeenskap aangemoedig word om minder seksuele maats te hê.
- ? Vroue moet deur gesondheidwerkers aangemoedig word om kondome te gebruik.
- ? Klinieke moet veral daarop let dat seksueel oordraagbare siektes behandel word. Tydens hierdie behandeling moet vroue toegang hê tot inligting rakende geslagsiektes en die voorkoming daarvan.
- ? Vroue moet deur die samelewing bemagtig word om weg te beweeg van die persepsie dat vroue ondergeskik is aan mans. Dit kan bereik word deur werkskepping en ook regstellende aksie in werkplekke.
- ? Vroue behoort ook opgevoed te word in die moreel-etiese aspekte om sodoende ingeligte besluite te neem rakende seksuele gedrag.

In artikel 1 is reeds genoem dat vroue soms seksuele gunsies doen as oorlewingsmeganisme, en dat vroue in sommige kulture steeds as ondergeskik gesien word, wat impliseer dat hulle geen mag het om oor seksuele omgang te onderhandel nie. Indien bemagtiging van vroue plaasvind, kan hierdie tendens verander.

Carovano (2005:1) noem in aansluiting hierby dat die meeste intervensieprogramme wat op vroue gemik is, slegs fokus op

sekswerkers en swanger vroue. Daar moet dus dringend aandag gegee word aan die verwydering van geslagsongelykheid om vroue sodoende te bemagtig om die oordrag van die virus te help bekamp.

- ? Vroue moet deur die media en die gemeenskap opgevoed en sodoende gelei word tot 'n positiewe selfbeeld, selfbehoud, selfdissipline en selfgeldendheid, en 'n groter moraliteit. Met hierdie lewensvaardighede en lewenswaardes behoort vroue aan te dring op gelyke behandeling, en om aanvaar te word vir wie hulle is.
- ? Geslagsopvoeding wat in die kurrikulum van die skool omvat word, moet egter nie net op vroue fokus nie, maar ook op jong mans. Mans se seksuele ontwikkeling en behoeftes word ook deur die samelewing afgeskeep. Hulle ervarings is selde gegrond op opvoeding en kennis, en voordat mans nie ook seksuele onderrig ontvang nie, sal alle pogings om vroue te bemagtig, vrugtelos wees. Opvoeding aan seuns moet die volgende insluit: respek vir die self en die teenoorgestelde geslag, waarde van langtermyn verhoudings en geslagsgelykheid, en die bewusmaking van morele waardes en norme.

5.2.1.7 Volgehoue navorsing

- ? Die omvang van die MIV-pandemie onder adolessente moet voortdurend gedokumenteer en nagevors word om sodoende nuwe strategieë te ontwikkel om die epidemie die hoof te bied.

Dolcini (2003:6) is in hierdie opsig die mening toegedaan dat klem gelê moet word op dít wat tot op hede nie gewerk het met intervensie-programme nie.

- ? Die volgende aspekte behoort aandag te geniet wanneer navorsing rakende die Vigs-pandemie gedoen word: demografiese faktore (bv. geslag, ouderdom, ras), persoonlikheidsienskappe (bv. depressie, geskiedenis van molestering, enkelouer-huishoudings), interpersoonlike vaardighede (soos onder meer kommunikasievaardighede), strukturele faktore (bv. armoede en tipe skool) en religieuse faktore (soos sekere waardesisteme). Kennis wat verkry word van “tekortkominge” kan bydra tot die ontwikkeling van nuwe intervensieprogramme.
- ? Finansiële steun behoort deur die regering beskikbaar gestel te word om volhoubare navorsing rakende die pandemie te verseker.

5.2.1.8 Beleidbepaling

‘n Ondersteunende beleid van die regering se kant is noodsaaklik om programme vir die voorkoming van MIV te implementeer, en sorg te verleen aan daardie individue wat reeds positief gediagnoseer is. In aansluiting hierby moet menseregte te alle tye gerespekteer word om sodoende stigmatisering en diskriminasie uit te skakel. Meier (1991:6) verduidelik beleidbepaling aan die hand van vyf stappe:

- ? Voorspelling en voorskrifte
 - ‘n Probleem word geïdentifiseer, voorspellings word gemaak dat die probleem nie vanself sal verdwyn nie, en oplossings word aan die hand gedoen.
- ? Beleidbepaler
 - ‘n Beleidbepaler is verantwoordelik vir die opstel van ‘n beleid ingevolge potensiele probleme. Die beleidbepaler word beïnvloed deur belangegroeppe binne en buite die regering.

- ? Keuse van 'n beleid
Nadat alternatiewe oorweeg is, word op 'n toepaslike beleid besluit.
- ? Implementering
Wanneer 'n besluit geneem is rakende 'n toepaslike besluit, moet dit geïmplementeer word.
- ? Uitkoms van die beleid
In die finale stap word die gewenste uitkoms bereik.

In Suid-Afrika is MIV/Vigs eers in die 1990's as 'n pandemie gesien, en pogings om 'n nasionale beleid te bepaal, het in Oktober 1992 begin met 'n konferensie: "South Africa United against AIDS". Daar was vertroue in Nelson Mandela, en Mary Crewe (Stover & Johnston, 1999:12) het dit duidelik gestel dat Suid-Afrika se infrastruktuur, gesondheid- en onderwysstelsel, en die vooruitgang op tegnologiese gebied die verwagtinge daargestel het dat Suid-Afrika die Vigs-pandemie sou vryspring. Dit het egter duidelik geword dat die strategieë nie die gewenste uitwerking gehad het nie, en die regering is gedwing om hul beleid te hersien.

- ? Indien meer rolspelers toetree tot die debat, kan daar moontlik vordering op die gebied gemaak word. In hierdie opsig behoort die gemeenskap, verskillende gesondheidssektore, die plaaslike regering en ook die nasionale regering dinkskrumme en werkwinkels aan te bied om sodoende 'n werkbare beleid op te stel.
- ? Dit is belangrik om daarop te let dat dit nie voldoende is om slegs 'n beleid in plek te hê nie, maar daar moet toegesien word dat die beleid geïmplementeer word. Die verdeling van

verantwoordelikhede tussen die nasionale en provinsiale regering moet duidelik uitgestip word, aangesien die implementering van voorkomingstrategieë waarskynlik deur die provinsies hanteer sal word.

Daar bestaan ook heelwat kritiek teen die regering en die manier waarop MIV/Vigs hanteer word. Dr. Ruth Rabinowitz (Volksblad, 6 Julie 2005) meen dat die stigma wat aan Vigs kleef, toeneem ondanks bewusmakingsveldtogte. Sy stel dit duidelik dat die regering 'n valse populistiese aura om die reg tot privaatheid daarstel, en ontmoedig mense op hierdie wyse om hulle te laat toets of om hul status bekend te maak.

? Daar behoort 'n klemverskuiwing plaas te vind vanaf die beskerming van status en privaatheid, na nie-diskriminasie teen MIV-positiewe individue. Tans word die reg van die positief-gediagnoseerde individu om sy/haar status geheim te hou, beklemtoon om sodoende die persoon te beskerm teen diskriminasie. Die fokus behoort egter op die beskerming van die individu teen diskriminasie te wees. Indien hierdie reg beter toegepas word, behoort mense meer gerus te voel oor werksekerheid, mediese voordele en begrafnisvoordele.

5.2.1.9 Intervensieprogramme

Heelwat intervensieprogramme is reeds in die verlede geïmplementeer, sommige met sukses. Edwards (1999) meen dat suksesvolle programme die volgende eienskappe bevat: doelstellings moet beperk word en prioriteite moet bepaal word; 'n beperkte fokus moet behou word; groepe moet klein en informeel wees; programme moet oor 'n lang termyn aangebied word; deelnemers moet aktief betrokke wees; lewensvaardighede moet aangeleer word; genoeg tyd moet aan

deelnemers gegee word om take af te handel; implementering moet vanaf 'n vroeë ouderdom plaasvind; betrokkenheid van portuurgroepede en beraders; betrokkenheid van deelnemers in die opstel van 'n program, en konsultasie met die betrokke gemeenskap.

? 'n Verskeidenheid onderrigtegnieke kan binne skoolverband of in ondersteuningsgroepe van die portuurgroep ingespan word, soos rolspel, gespreksgroepe, fasilitering, tegnieke om angs te verminder, besluitnemingstegnieke, vaardighede om selfgeldend op te tree en ouerbetrokkenheid.

Alle programme moet goed nagevors word en voortdurend deur die fasiliteerder geëvalueer word sodat aanpassings gemaak kan word indien dit nodig blyk te wees. Hierdie programme behoort die jeug te bemagtig om die MIV-krisis te hanteer.

5.2.2 Fase 2: Ondersteuning

5.2.2.1 Besikbaarheid van toetsentra, gesondheidsorg en berading

Een van die belangrikste aspekte in die voorkoming van MIV en ondersteuning van MIV-geïdentifiseerdes is die beskikbaarheid van gesondheidsorg waarheen diesulkes hulle kan wend om vir MIV getoets te word. Indien adolessente kennis dra van hul status, kan ingeligte besluite geneem word rakende die behoeftes wat by hierdie persone bestaan op psigologiese, emosionele en sosiale vlak. Berading gaan hand aan hand met toetsing, en beraders moet opgelei word om kultuur- en ontwikkelingsfase-sensitief te wees. Dit is ook wenslik dat die geïnfekteerde adolessent ondersteuning sal kry van ouers of ander volwassenes (D'Angelo *et al.*, 1994:428).

Tans bestaan daar nie veel ondersteuning vanuit die samelewing om persone te laat toets vir MIV nie. Die rede hiervoor is dat stigmatisering steeds plaasvind.

- ? Dit is van belang om die gemeenskap deur middel van bewusmaking-veldtogte op te voed dat die toets vir MIV nie gebruik moet word om sekere individue uit te sluit of teen hulle te diskrimineer nie.
- ? Wanneer 'n persoon positief toets, moet die beskerming van en ondersteuning aan die individu hoë prioriteit geniet. Op hierdie wyse kan die persoon toegang hê tot primêre gesondheidsorg en berading.

Die probleem waarmee Suid-Afrika te kampe het, is dat MIV-geïnfekteerde adolessente meestal nie eens weet dat hulle die virus onder lede het nie. Evian (2000:39) noem dit “silent infection”, en reken dat jare kan verloop sonder dat die persoon enige simptome van die virus kan toon. Tydens hierdie fase bestaan die moontlikheid dus dat die virus onwetend aan ander oorgedra kan word. Alhoewel die toets vir MIV nie afgedwing kan word nie, bestaan die moontlikheid, en is dit wenslik, dat adolessente wat bewus is van hul positiewe status, hul seksuele gedrag kan en sal wysig om sodoende te verhoed dat ander besmet word.

- ? 'n MIV-toets moet egter gepaard gaan met voor-toets-, asook na-toetsberading. Gesondheidswerkers wat betrokke is by die toetsing van MIV-positiewe adolessente behoort opgelei te word in berading of bygestaan te word deur 'n multidissiplinêre span by staatshospitale en munisipale klinieke.
- ? Voor-toets berading kan reeds in skole voorafgegaan word deurdat onderwysers inligting rakende MIV aan leerlinge kan oordra.

Volgens Evian (2000:51) moet voor-toetsberading plaasvind om seker te maak dat die individu die basiese feite van MIV ken, en ook om hom/haar te help met die interpretasie van uitslae. Indien die toets wel positief is, is dit die plig van die berader om verskillende opsies saam met die persoon te oorweeg, en ook potensiële ondersteuning van ander rolspelers in die persoon se lewe te verken. Hierdie toets moet vertroulik wees.

Na-toetsberading is veral vir adolessente nodig, aangesien individue dit volgens Evian (2000:52) moeilik vind om slegs op grond van die uitslae van die toets te aanvaar dat hulle werklik geïnfekteer is. Berading is dus nodig om die betrokkenes te oortuig van die realiteit van die situasie. Wanneer die toets wel positief is, moet die berader sodanige adolessente help om met die uitslae vrede te maak en verder te assisteer op die weg vorentoe. Inligting rakende veilige seks kan ook tydens hierdie sessies oorgedra word en die gevare van swangerskap moet ook uitgelig word.

- ? Dit is belangrik vir die plaaslike regering om in samewerking met gesondheidsdienste anonieme toetsprogramme daar te stel en adolessent-spesifieke sisteme van gesondheidsorg te ontwikkel waar adolessente hulself kan laat toets. Adolessente moet dan ook hier toegang hê tot berading sodat hulle ondersteuning kan kry indien die toets positief is. Adolessente wat verder 'n hoë risiko loop om die virus op te doen, sal dan toegang hê tot diagnostiese- en terapeutiese dienste wat direk tot die adolessent sal spreek. Sodoende kan sielkundige en sosiale ondersteuning aan die adolessent verleen word.
- ? Die ontwikkeling op tegnologiese gebied moet ook nie onderskat word as alternatief tot berading nie. Kletskamers kan opgestel word sodat MIV-positief geïdentifiseerde adolessente toegang kan

hê tot professionele raadgewers. Hierdie metode kan ook konfidensialiteit waarborg, wat soms nie die geval is wanneer adolessente van aangesig tot aangesig met beraders in kontak is nie.

5.2.2.2 Die behoeftes van “uitsonderlike groepe”

- ? Die gemeenskap kan, in samewerking met maatskaplike werkers, betrokke raak by ondersteuning van groepe wat meer vatbaar vir die opdoen en oordra van die virus is, soos homoseksuele, dwelmafhanlikes en sekswerkers. Vrywilligers kan die leefstyl, omstandighede, seksuele oriëntasie en seksuele gedrag van mense in hulle omgewing monitor om sodoende risikogevalle te identifiseer en leiding te verskaf. Indien nodig, kan dié individue verwys word na professionele persone wat hulle kan ondersteun.
- ? Ondersteuning behoort die volgende in te sluit: sielkundige ondersteuning aan nie net die individu nie, maar ook aan gesinslede en die portuurgroep; sosiale ondersteuning, veral aan die persone wat armoedig is, soos die verskaffing van kos, behuising, die skepping van werkseleenthede en opvoeding van die breër gemeenskap om stigmatisering te verminder.
- ? Gesondheidsdienste moet toesien dat toegang tot mediese hulp soos die verskaffing van antiretrovirale middels bekombaar is, en dienste soos sentrums vir alkohol en dwelmmisbruik, asook klinieke vir voorgeboortelike sorg, moet aan die gemeenskap beskikbaar gestel word.
- ? Dit is verder belangrik dat programme geslags- en kultuursensitief moet wees. In hierdie opsig behoort programme te

fokus op begrip en aanvaarding van kultuurverskille, en daarmee saam respek vir ander se sienswyses.

Straatkinders kan ewenwel as probleemarea beskou word, aangesien hulle volgens Stillwaggon(2000:1003) in “oorlewingsseks” betrokke raak om sodoende kos, klere en ‘n dak oor hul kop te kan bekostig. Weinig van hierdie kinders het toegang tot gesondheidsdienste.

- ? Die Onderwysdepartement moet, wanneer Inklusiewe Onderrig geïmplementeer word, die behoeftes van die straatkinders aanspreek deur onder meer ‘n buigsame kurrikulum op te stel. Fokus moet geplaas word op dít waarin hierdie kinders sukses behaal, soos om met geld te werk. Indien die straatkinders agterkom dat hulle ook in sekere areas kan presteer, sal dit weer aanleiding gee tot ‘n positiewe self-esteem, wat weer retensie in die skool tot gevolg sal hê.

5.2.2.3 Finansiële steun

Armoede, soos bespreek in artikel een in hierdie reeks, word deur Collins en Rau (2001:2) gesien as oorsaak in verhoogde trekarbeid, asook groter ekonomiese onsekerheid by vroue in Suid-Afrika. Hierdie omstandighede gee direk aanleiding tot swak dieetkundige versorging en die meegaande verswakking van die immuunsisteem. Sommige vroue doen ook seksuele gunsies in ruil vir geld om kos en klere te koop. Dit is vanselfsprekend dat armoede die Vigs-pandemie aanvuur, maar finansiële bystand alleen is nie voldoende nie.

- ? Geld moet deur die regering en ook die gemeenskap bewillig word om die algehele gesondheid van Suid-Afrikane te verbeter, om die infrastruktuur van die onderwysstelsel uit te brei sodat meer

mense toegang tot onderwys het en ook programme te loods om die status van vroue te bevorder, veral dié van meisies, sodat hulle opvoedingstatus kan verbeter.

Alhoewel antiretrovirale middels tans meer gereedlik beskikbaar is, en ook goedkoper is vanweë openbare druk, bly dit steeds te duur vir die meeste mense wat MIV-positief is. Mulder (Volksblad, 22 November 2005) noem dit moreel onaanvaarbaar dat amper 900 000 mense, oftewel 85% van Suid-Afrikaanse MIV/Vigslyers wat antiretrovirale middels nodig het, steeds daarsonder moet klaarkom. Sy noem dat miljoene mense doodgaan terwyl doeltreffende medisyne beskikbaar is. In hierdie verband kan verder daarop gewys word dat dit reeds 'n welbekende feit is dat wanvoeding die immuunstelsel verswak en sodoende kan die liggaam nie weerstand teen infeksies en siektes bied nie. Die minister van gesondheid, dr. Tshabalala Msimang word gereeld in die media aangehaal rakende haar siening dat die kuur vir MIV/Vigs in die eet van genoeg van die regte kossoorte lê, soos onder meer knoffel (Volksblad, 11 Julie 2005:9).

- ? Individue moet ekonomies bemagtig word deur werkskepping binne bepaalde gemeenskappe om 'n gesonde en gebalanseerde leefstyl na te volg.
- ? Antiretrovirale middels moet deur die regering aan MIV/Vigslyers beskikbaar gestel word om sodoende die sterftesyfer as gevolg van Vigs te laat daal.

5.2.2.4 Ondersteuningsnetwerke

Alhoewel die meeste individue wat met MIV gediagnoseer is en reeds Vigs het, verkies om tuis tussen familie en vriende versorg te word (Hope (ed.), 1999:43), kan hierdie gesinslede nie die Vigs-verwante

probleme alleen hanteer nie. Versorging van terminaal siekes veroorsaak spanning en angs (soos bespreek in artikel 4) en vererger ook armoede binne die gesin.

- ? Die positief-gediagnoseerde adolessent en sy/haar gesin moet met ander gesondheidsisteme saamgesnoer word om ondersteuning aan die sieke én die versorgers te verleen. So kan vrywillige gesondheidswerkers behoeftes bepaal by MIV-positiewe adolessente en hulle gesinslede. Sodoende kan programme daargestel word wat nie net gesondheidsorg aan die siek persoon verleen nie, maar ook ondersteuning aan die lede van die gesin wat vir die versorging tuis verantwoordelik is.
- ? Verder behoort die gemeenskap bewus gemaak te word van ervarings van versorgers, sodat hulle meer tegemoetkomend kan optree eerder as diskriminerend. Versorgers, wat dan op begrip vanuit die gemeenskap kan staatmaak, sal dan geneig wees om die status van gesinslede bekend te maak en hulp te soek, wat moontlik aanleiding kan gee tot die voorkoming van die oordrag van die virus.
- ? Die rol wat die kerk speel in die ondersteuning en opvoeding tot morele en etiese waardes moet ook benadruk word. Baie tyd, geld, energie en moeite word daaraan gewy om die toepassing van veilige seks onder die jeug te propageer terwyl die wesensprobleem, naamlik die tuisbring van morele en etiese waardes en norme, nie genoegsaam aangespreek word nie.

5.3 Samevatting

Die aantal adolessente in Suid-Afrika wat met MIV/Vigs besmet is, is kommerwekkend en hou verreikende gevolge vir die land se ekonomie in. Strategieë om die pandemie te bekamp, moet uitgebrei word om

risiko-groepe te bereik.

Vir intervensieprogramme om effektief te wees, is dit belangrik dat alle rolspelers in die positief-geïnfekteerde adolessent se lewe betrokke sal wees. Alhoewel basiese kennis rakende die opdoen en oordra van die virus van kardinale belang is, het studies reeds getoon dat dit nie genoeg is om die gedrag van die adolessent te verander nie, en moet dit opgevolg word deur ander tegnieke en teorieë. Alhoewel dit teenstrydig mag wees om beide weerhouding en veilige seks te propageer, kan dit meehelp om die verspreiding van die virus aan bande te lê. Programme moet ouderdom-spesifiek en kultuursensitief wees om tot alle sektore in die samelewing deur te dring. Volgehoue navorsing asook evaluasie van bestaande programme is nodig om die jeug van vandag die beste geleentheid te bied om die pandemie die hoof te bied. Ten slotte moet die drie samelewingsverbande (kerk, skool en staat) meer aggressief en pro-aktief ingespan word in die hantering van hierdie maatskaplike probleem.

Verwysings

Aids nuusblad. 2002 vol.11.

http://www.sanlam.co.za/.../aids_newsletter_+nov03.pdf (Read on 15 May 2004)

Carovano K (2005) More than mothers and whores: redefining the AIDS prevention needs of women.

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=20... (Read on 22 June 2005)

Collins J & Rau B (2001) Africa: HIV/AIDS and failed development.

<http://www.africaaction.org/docs00/rau0010.htm> (Read on 17 October 2003)

D'Angelo L J, Brown R, English A, Hein K & Remafedi G (1994) HIV infection and Aids in adolescents: A position paper of the society for adolescent medicine. *Journal of Adolescent Health*, 15:427-434

Dolcini M (2003) AIDS.

<http://www.nichd.nih.gov/about/cpr/dbs/sp/dolcini.htm> (Read on 6

July 2005)

Donovan B & Ross M W (2000) Preventing HIV:determinants of sexual behaviour. *The Lancet* 355: 1897-1901

Dowsett G & Aggleton P (1999) Sex and youth: contextual factors affecting risk for HIV/Aids. Geneva:UNAIDS

Edwards D (1999) An evaluation of sexuality and STD/HIV programmes – A synopsis. Unpublished article

Enright S J (1997) Fortnightly review: Cognitive behaviour therapy – Clinical applications. <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/314/7097/1811> (Read on 12 July 2004)

Evian C (2000) Primary AIDS Care. A practical guide for primary health care Personnel in the clinical and supportive care of people with HIV/AIDS. Houghton:Jacana

Ferris M G & Kebaabetswe P. s.a. Prevention of sexual transmissions of HIV/Aids. <http://bayloraids.org/curriculum/files/21.pdf> (Read on 3 May 2005)

Heise L L & Elias C (1995) Transforming Aids prevention to meet women's needs: A focus on developing countries. *Social Science and Medicine*. 40(7): 931-943

Hope K R Sr. (ed.) (1999) Aids and development in Africa. A Social Science perspective. London:Haworth Press

Luger L (1998) HIV/Aids prevention and “class” and socio-economic

related factors of risk of HIV infection. Publications series of the research unit Public Health Policy. Imperial College:London

MacPhail C (1998) Adolescents and HIV in developing

countries: New research directions. *Psychology in Society*
24: 69-87

Meier G (1991) Policy lessons and policy formulation pp. 3-12 in politics and policy making in developing countries. San Francisco :International Center for Economic Growth Press

Messinis L, Biris A, Antoniadis G & Skarli V (2002) Effects of behavioral intervention in reducing AIDS risk behaviours. *HIPPOKRATIA* , 6 (1): 31-36

Sonic (2001) Sonic Net, Inc. Family Facts about Behavior.

<http://content.sonic.net/parents/facts/behavior.shtml> (Read on 22 June 2005)

Soul City Institute (2004) MIV- en VIGS- en behandeling (1ste uitgawe)

Houghton:Jacana

Stenkamp C (2005) Voorkoming van Vigs: Vigsvoorkoming in Aksie.

<http://www.lando.co.za/rooibos/deogloria/vigs.htm> (Read on 22 June 2005)

Stover J & Johnston A (1999) The art of policy formulation: experiences

From Africa in developing national HIV/AIDS policies. Washington:Futures Group

Sprinthall N A, Sprinthall R C & Oja S N (1994) Educational Psychology. A Developmental Approach (6th ed.) New York:McGraw-Hill

Stillwaggon E (2000) HIV Transmission in Latin America: comparison with Africa and policy implications. *Die Suid-Afrikaanse Tydskrif vir Ekonomie*, 68:5

UNAIDS (2001) Children and young people in a world of AIDS. Geneva:UNAIDS

Van Dyk A C (2001) HIV/AIDS Care and counselling: A multidisciplinary Approach. 2nd edition. Cape Town:Pearson Education South Africa

Varga C A (1999) Resistances to behavioural change to reduce HIV/AIDS infection. Canberra: Australian National University

Volksblad, 22 November 2005

Volksblad: Sake. Maandag 11 Julie 2005

Volksblad, 6 Julie 2005

Focus-group/Individual interviews: School, Community and Peergroup

Main questions:

1. Why do adolescents engage in sexual relationships?
Waarom raak adolessente betrokke in seksuele verhoudings?
2. Do you think they are at higher risk to become HIV-infected? Why?
Dink u dat adolessente 'n hoër risiko inhou om MIV op te doen? Waarom?
3. If infected, do you think they always disclose their status?
Indien MIV-geïnfekteer, dink u hulle maak altyd hul status bekend?
4. How do you feel towards adolescents who are HIV -positive?
Hoe voel u teenoor MIV-positiewe adolessente?
5. Are you aware of discrimination and stigmatization towards the HIV -positive adolescent?
Is u bewus van stigmatisering/diskriminasie teenoor die MIV -positiewe adolessent?
6. Are you afraid of contracting the disease?
Is u bang u doen die virus op?
7. How does being HIV -positive affect the community/peergroup/school?
Op watter wyse beïnvloed die MIV-positiewe adolessent die gemeenskap/portuurgroep/skool?
8. Does one's status play a role when applying for a job?
Speel 'n persoon se status 'n rol wanneer vir 'n pos aansoek gedoen word?

9. Do you think adolescents change their behaviour once they learn that they are HIV-positive?
Dink u die MIV-positiewe adolessent se gedrag verander wanneer hulle leer dat hulle MIV-positief is?
10. What do you think can be done to prevent the spreading of the disease?
Wat dink u kan gedoen word om die virus te bekamp

Bylae B

Focus-group/Individual interviews: HIV-positive adolescent

Main Questions:

1. You are HIV-positive. When and how did you find out?
U is MIV-positief. Wanneer en hoe het u uitgevind?
2. Did you receive any support when you were told that you are HIV-positive?
Het u enige ondersteuning verkry toe u status aan u meegedeel is?
3. How did you feel when you became aware of your status?
Wat was u gevoelens toe u bewus geword het van u status?
4. How do people react towards HIV-positive individuals?
Hoe reageer mense teenoor MIV-positiewe individue?
5. What was the reaction of your family and friends? (if disclosed)
Wat was die reaksie van u familie en vriende? (indien bekendgemaak)
6. Are you in an intimate relationship at present? If yes, do you take any precautions?
Is u tans in 'n verhouding betrokke? Indien wel, tref u enige voorsorg?
7. Do you take medication?
Gebruik u medikasie?
8. Do you think your behaviour has changed since finding out that you are HIV-positive?
Het u gedrag verander sedert u MIV-positiewe status bekend geword het?
9. Do you know where you contracted the disease?
Weet u waar u die virus opgedoen het?

10. How do you feel towards the person? (in 9)
Hoe voel u jeens die persoon? (in 9)
11. Has the fact that you are HIV-positive changed your life? How?
Het die feit dat u MIV-positief is u lewe enigsins verander? Hoe?
12. Do you sometimes think of death and dying?
Dink u soms aan die dood?

Bylae C

Focus-group/Individual interviews: Parents/family

Main Questions:

1. When and how did you find out that your child/family member is HIV-positive?
Wanneer en hoe het u uitgevind dat u kind/gesinslid MIV-positief is?
2. What was your reaction? How did you feel?
Wat was u reaksie? Hoe het u gevoel?
3. Did you disclose the member's status to other members of the family/community?
Het u die lid se status aan ander lede van die gemeenskap/familie bekend gemaak?
4. What was their reaction?
Wat was hulle reaksie hierop?
5. Did you receive counselling from health services or social services?
Het u enige berading van gesondheidsdienste/maatskaplike werkers ontvang?
6. Did the knowledge of the adolescent being HIV-positive change your, or the member's behaviour?
Het die wete dat die lid MIV-positief is u of sy/haar gedrag verander?
7. What are the implications of having a HIV-positive adolescent in the family?
Wat is die implikasies daarvan om 'n MIV-positiewe adolessent in die huis te hê?
8. Are you afraid that you might contract the virus?
Is u bang dat u die virus kan opdoen?

9. Did anything in your family change after the disclosure of the status?
Het enigiets in u gesin verander sedert die bekendmaking van die lid se status?
10. How do you feel towards your child/family member?
Hoe voel u teenoor u kind/gesinslid?
11. What, in your opinion, can be done to curb the spreading of the disease?
Wat, in u opinie, kan gedoen word om die Vigs-pandemie te bekamp?

Opsomming

In Artikel 1 het dit duidelik uit die literatuur geblyk waarom adolessente as risikogroep vir die opdoen en oordra van MIV/Vigs gesien word. Adolessente is steeds in 'n ontwikkelingsfase wat betref identiteitsvorming en die ontwikkeling van die self-esteem. Navorsing toon dat die adolessent oor voldoende kennis rakende die virus beskik, maar dat die adolessent nie oor die vaardighede beskik om hulle kennis toe te pas nie. Die Teorie van Sosiale Verteenwoordiging benadruk die idee dat individue se eie interpretasies en realiteite in gedagte gehou moet word wanneer die Vigs-pandemie aangespreek word. Hierdie artikel moet gesien word as 'n inleiding en voorloop tot verdere artikels in hierdie reeks.

Artikel 2 poog om te begryp wat die houdings van onderwysers, die portuurgroep en die gemeenskap jeens die MIV-positiewe adolessent is. Alhoewel daar empatie bestaan teenoor die MIV-positiewe persoon, is die meerderheid betrokkenes nie bereid om die verantwoordelikheid op hulle te neem om die probleem te help bekamp nie. In aansluiting hierby speel wanpersepsies steeds 'n groot rol in die opdoen en oordra van die virus. Uit hierdie artikel blyk dit duidelik dat die adolessent se seksuele ontwikkeling geherdefinieer moet word om hierdie probleem aan te spreek.

Die uitwerking van MIV-positiewe diagnosering van adolessente op hulself word in artikel 3 aangespreek. Die response van adolessente het aangetoon dat daar steeds stigmatisering vanuit die gemeenskap voorkom wat lei tot onder andere angs, depressie en woede. Die resultate het bewys dat gedrag nie noodwendig verander wanneer adolessente met MIV gediagnoseer word nie. Ondersteuning aan hierdie persone is belangrik sodat hulle hul lewens met waardigheid aan kan pak.

Die vierde artikel in hierdie reeks van vyf skenk eerstens aandag aan moontlike implikasies rakende positiewe identifisering van MIV soos vanuit die literatuur beskou. Daarna word gepoog om te bepaal wat die effek van MIV-positiewe diagnosering van die adolessent op sy/haar gesin is. Hieruit blyk dit dat die gesin steeds gebuk gaan onder diskriminasie wat in sommige gevalle lei tot isolasie van die gesin as sisteem. Emosionele ondersteuning en berading blyk belangrik te wees vir die gesin wat 'n MIV-positiewe adolessent versorg.

Artikel 5 poog om moontlike oplossings en strategieë ter bekamping van MIV uit te lig. Komponente word in twee fases, naamlik voorkoming van die MIV/Vigs pandemie en ondersteuning aan rolspelers wat deur MIV/Vigs geraak word, bespreek.

Summary

In article 1 it became clear from the literature why adolescents are seen as a high-risk group for contracting and spreading HIV/Aids. Adolescents are seen as being in a developmental phase regarding the forming of an identity and the development of a self-esteem. Research has shown that adolescents have adequate knowledge about the virus, but they lack in skills to apply this knowledge. The Theory of Social Representations emphasize the idea that one must keep in mind the individual's own interpretations and realities when the Aids-pandemic is addressed. This article must be seen as an introduction to the other articles in this series.

Article 2 attempts to understand the attitudes of teachers, the peer group and the community towards the HIV-positive adolescent. Although the individuals involved showed empathy, few of them were prepared to take responsibilities in order to help prevent the problem. In addition to this, HIV/Aids are contracted and spread amongst adolescents because many misperceptions prevail. This article concludes that the sexual development of the adolescent should be redefined in order to curb this problem.

The consequences of HIV-positive diagnosis on the adolescent are discussed in article 3. Responses of adolescents proved that they still experience stigmatization from the community, which in turn leads to, amongst other things, anxiety, depression and anger. It is concluded that to be diagnosed HIV-positive, does not necessarily lead to a change in behaviour. It is important to support these adolescents for them to be able to live their lives with dignity.

In the fourth article in this series of five, attention is firstly paid to possible implications of HIV-positive diagnosis as recorded in the literature. The researcher then tried to establish what effects HIV-positive diagnosis on the adolescent have on his/her family. It proved that these families are still discriminated against and in some cases it leads to the isolation of the family. Emotional support and counselling of family members is of utmost importance when they have to take care of an adolescent diagnosed with HIV.

Article 5 attempts to highlight possible strategies and solutions that could help in the prevention of HIV. Components are discussed in two phases, namely the prevention of HIV and the support to roleplayers that are affected by HIV/Aids.

Key concepts

HIV-positive

Adolescents

Identity

Self-esteem

Perceptions

Consequences

Sexuality

Peergroup

Behaviour modification