

1992 094 446 01



HIERDIE EKSEMPLAAR MAG ONDER
GEEN OMSTANDIGHED E UIT DIE
BIBLIOTHEEK VERWYDER W

UOVS - SASOL-BIBLIOTHEEK



199209444601220000019

**'N VERPLEEGKUNDIGE
BEGELEIDINGSPROGRAM VIR PERSONE WAT
INFEKTERING MET DIE MENSLIKE
IMMUNITEITSGEBREKVIRUS VERMOED**

deur

Petro Magdalena Basson

Voorgelê ter vervulling van die vereistes vir die graad

Magister Societatis Scientiae in Verpleegkunde

in die fakulteit Sosiale Wetenskappe, Departement Verpleegkunde aan die
Universiteit van die Oranje-Vrystaat

Mei 1992

STUDIELEIER:

Dr. N.C. van Wyk

MEDE-STUDIELEIER:

Prof. M.J. Viljoen

Universiteit van die
Oranje-Vrystaat
BLOEMFONTEIN
- 2 MAR 1993
UOVS SASOL BIBLIOTEEK

T 362.1969792 BAS

Ek verklaar dat die verhandeling wat hierby vir die graad Magister Societatis Scientiae in Verpleegkunde aan die Universiteit van die Oranje-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.

..........

P.M. Basson

God het ons liggame
volmaak geskape. Moet dit
nooit onteer nie.

ERKENNINGS EN DANKBETUIGINGS

Aan God, vir die voorreg wat Hy aan my gegee het.

My opregte dank aan die volgende persone:

- Dr. Neltjie C. van Wyk, my studieleier, vir haar geduld, waardevolle insette en entoesiastiese meelewing.
- Prof. M.J. Viljoen, my mede-studieleier, vir haar aanmoediging.
- My man, Andries, vir alles wat hy die afgelope twee jaar ter wille van die studie moes opoffer.
- Natasha, my oudste, vir die volwassenheid in jou kiewiet-lyfie waarmee jy Mamma ondersteun het.
- Tanya, my jongste, vir al die kleuter-verstaan.
- Ma Hilda vir haar volgehoue vertrouwe in my.
- Pa Gawie en Ma Wessie vir hul belangstelling.
- My susters vir hul volgehoue aanmoediging en gebede.
- Julia Nkelte, my huishulp, vir alle take wat sy by haar lading werk moes doen sodat die studies ekstra aandag kon geniet.
- Mev. Elzabé Gleeson vir die tegniese versorging van die verhandeling, die maak van tabelle en figure en die vriendelikheid en geduld waarmee sy dit gedoen het.
- Mej. M. Vermaak vir die taalkundige versorging van my verhandeling.

- Mej. L. van Sandveld vir haar hulp met die verwerking van die navorsingsbevindings.
- Dr. M.J. van Zyl vir sy hulp met die statistiese ontledings.
- My kollegas van die Departement Verpleegkunde van die UOVS vir die aanmoediging en ondersteuning.
- Mev. Trudie Venter vir haar hulp in die soektog na bronne.
- Mev. Annelien Diedericks vir haar hulp in die verkryging van bronne asook die vriendelike wyse waarop sy dit gedoen het.

INHOUDSOPGAWE

Bladsy

HOOFTUK 1: Probleemstelling

1.1	INLEIDING	1
1.2	PROBLEEMSTELLING	1
1.3	BEVESTIGING VAN PROBLEEMSTELLING	2
1.3.1	Epidemiologie van VIGS.....	2
1.3.2	Psigososiale gevolge van vermoede van HIV infektering	4
1.3.3	Verandering van gedrag.....	5
1.3.4	Begeleidingsprogram vir persone wat HIV infektering vermoed	5
1.3.5	Gebrek aan 'n begeleidingsprogram.....	7
1.4	DOELSTELLING VAN DIE STUDIE	7
1.5	AANNAME VAN DIE NAVORSING	7
1.6	BEGRIPSVERHELDERING	8
1.7	AFBAKENING VAN DIE STUDIE.....	8
1.8	METODOLOGIE VAN DIE NAVORSING	9
1.9	UITEENSETTING VAN DIE STUDIE	9

HOOFTUK 2: VIGS: Verworwe Immuniteitsgebrek Sindroom

2.1	INLEIDING	11
2.2	DEFINISIE VAN VIGS.....	11
2.3	SPEKTRUM VAN VIGS.....	13
2.4	PATOGENESE VAN VIGS	18
2.5	OORSPRONG VAN DIE VIRUS.....	23
2.6	OORDRAGING VAN HIV.....	24
2.6.1	Hoë risikogedrag.....	24
2.7	KLINIESE TEKENS EN SIMPTOME VAN VIGS.....	26
2.8	SAMEVATTING	29

HOOFTUK 3: Psigososiale gevolge van vermoede van HIV infektering

3.1	INLEIDING	30
3.2	VERANDERINGE IN SELFBEELD EN BEHEER	30
3.3	VERANDERINGE IN OMGANG MET ANDER PERSONE	31
3.4	GEMOEDSVERSTEURINGS	32
3.5	VREES EN ONSEKERHEID.....	33

3.6	SAMEVATTING	34
-----	-------------------	----

HOOFSTUK 4: Verpleegsorg van persone wat HIV infektering vermoed

4.1	INLEIDING	35
4.2	RASIONAAL VIR BERAMING.....	37
4.2.1	Modifiserende faktore.....	37
4.2.1.1	Demografiese faktore.....	37
4.2.1.1.1	Geslag	37
4.2.1.1.2	Ouderdom	41
4.2.1.1.3	Geografiese gebied.....	43
4.2.1.2	Interpersoonlike veranderlikes	44
4.2.1.2.1	Geslagsvoorkeur.....	44
4.2.1.2.2	Sosio-ekonomiese faktore	46
4.2.1.2.3	Groepsdruk	48
4.2.1.2.4	Situasiegebonde veranderlikes	50
4.2.1.2.4.1	Kennis in verband met VIGS.....	50
4.3	RASIONAAL VIR AKSIES.....	51
4.3.1	Oorreding tot handeling	51
4.3.2	Voorkoming van HIV infektering.....	54
4.3.2.1	Vermydning van veelvuldige seksmaats	54
4.3.2.2	Aanmoediging van veiliger sekspraktyke.....	55
4.3.3	Hantering van emosionele reaksies	56
4.4	SAMEVATTING	63

HOOFSTUK 5: Metodologie van die navorsing

5.1	INLEIDING	65
5.2	METODOLOGIE	65
5.2.1	Beskrywende navorsingsontwerp.....	65
5.2.2	Navorsingstegnieke.....	66
5.2.2.1	Literatuurstudie.....	66
5.2.2.2	Evaluering van items van die verpleegkundige begeleidingsprogram met die Delphi-tegniek	66
5.2.2.3	Gebruik van die Likert-skaal	67
5.3	VOORLOPIGE VERPLEEGKUNDIGE BEGELEIDINGS-PROGRAM.....	67

	Bladsy
5.4	EVALUERINGSINSTRUMENT 68
5.5	NAVORSINGSVERLOOP 69
5.5.1	Seleksie van domeinkundiges 70
5.5.2	Betroubaarheid van die studie 70
5.5.3	Geldigheid van die studie 71
5.6	DATA-ANALISE METODES 71
 HOOFSTUK 6: Bevindings en interpretasie van data	
6.1	INLEIDING 72
6.2	BETROUBAARHEID VAN DIE EVALUERINGS- INSTRUMENT 72
6.3	KWALIFIKASIES EN ONDERVINDING VAN DIE DOMEINKUNDIGES 72
6.4	BESKRYWENDE STATISTIESE ONTLEDINGS VAN DATA VERKRY MET EVALUERING VAN VOORLOPIGE BEGELEIDINGSPROGRAM 78
6.4.1	Afdeling A van die evalueringsinstrument: Inligting oor VIGS 78
6.4.2	Afdeling B van die evalueringsinstrument: Unieke kliënt reaksies 97
6.4.3	Afdeling C van die beramingsinstrument: Gedragsverandering aan die hand van die gesondheidsoortuigingsmodel 103
6.5	SAMEVATTING 115
 HOOFSTUK 7: Aanbevelings en samevatting	
7.1	INLEIDING 116
7.2	'n VERPLEEGKUNDIGE BEGELEIDINGSPROGRAM VIR PERSONE WAT INFEKTERING MET DIE MENS LIKE IMMUNITEITSGEBREKVIRUS VERMOED 116
7.3	SAMEVATTING 135
 BIBLIOGRAFIE 136	
 OPSOMMING 159	
 BYLAE A 161	
BYLAE B 179	
BYLAE C 187	

LYSTE VAN TABELLE

	Bladsy
2.1 Kliniese klassifikasie vir HIV infeksie.....	14
6.1 Betroubaarheid van die evalueringsinstrument.....	73
6.2 Domeinkundiges se evaluering van begeleidingsprogram: Oorsprong van VIGS.....	79
6.3 Domeinkundiges se evaluering van begeleidingsprogram: Patogenese van VIGS.....	82
6.4 Domeinkundiges se evaluering van begeleidingsprogram: Epidemiologie van VIGS.....	85
6.5 Domeinkundiges se evaluering van begeleidingsprogram: Spektrum van VIGS	87
6.6 Domeinkundiges se evaluering van begeleidingsprogram: Kliniese tekens en simptome van VIGS.....	90
6.7 Domeinkundiges se evaluering van begeleidingsprogram: Oordraging van VIGS	93
6.8 Domeinkundiges se evaluering van begeleidingsprogram: Risikogedrag ten opsigte van VIGS.....	96
6.9 Domeinkundiges se evaluering van begeleidingsprogram: Unieke kliënt reaksies.....	98
6.10 Domeinkundiges se evaluering van begeleidingsprogram: Hantering van kliënt reaksies	100
6.11 Domeinkundiges se evaluering van begeleidingsprogram: Beraming van persone om hul oorreedbaarheid en/of weer- stand tot VIGS voorkomende gedrag te bepaal	104

6.12	Domeinkundiges se evaluering van begeleidingsprogram: Faktore vir motivering tot voorkomende gedrag.....	108
6.13	Domeinkundiges se evaluering van begeleidingsprogram: Invloed van massa media op VIGS voorkomende gedrag.....	110
6.14	Domeinkundiges se evaluering van begeleidingsprogram: Weerstand teen verandering van gevestigde seksuele gedrag.....	111
6.15	Domeinkundiges se evaluering van begeleidingsprogram: Faktore wat deel van VIGS voorkomende gedragspatrone be- hoort te vorm.....	113

LYSTE VAN FIGURE

	Bladsy
2.1 Afame in T ₄ -seltelling (Scientific American 1988:94).....	16
2.2 Die verhouding tussen die immuunfunksies en die verskeie ge- definieerde sindrome (Farthing 1987:17)	17
2.3 Skematiese voorstelling van HIV (Scientific American 1988:43).....	19
2.4 Selnetwerk interaksie tussen die T ₄ -sel en HIV (Scientific American 1988:102).....	21
2.5 Balans tussen HIV (aaneenlopende lyn) en teenliggame (gebroke lyn) teen HIV (Scientific American 1988:97).....	22
4.1 Die gewysigde gesondheidsoortuigingsmodel van Pender	36
4.2 Gesondheidsoortuigingsmodel soos aangepas vir hierdie studie	38
4.3 Aantal VIGS-gevalle deur metode van oordraging (Health Trends in S.A. 1991:44).....	46
6.1 Oorsprong van VIGS: Verdeling van totale aantal response (N=48).....	80
6.2 Patogenese van VIGS: Verdeling van totale aantal response (N=155)	84
6.3 Epidemiologie van VIGS: Verdeling van totale response verkry (N=108)	86
6.4 Spektrum van VIGS: Verdeling van totale aantal response (N=168)	89
6.5 Kliniese tekens en simptome van VIGS: Verdeling van totale aantal response (N=110).....	92

6.6	Oorsprong van VIGS: Verdeling van totale aantal response (N=36).....	94
6.7	Risikogedrag ten opsigte van VIGS: Verdeling van totale aantal response (N=72).....	95
6.8	Unieke kliënt reaksies wat voorkom wanneer infektering met HIV vermoed word: Verdeling van totale aantal response (N=228)	102
6.9	Hantering van kliënt reaksies: Verdeling van totale aantal response (N=156).....	103
6.10	Faktore in die beraming van persone om hul weerstand vir/of oorreedbaarheid tot VIGS voorkomende gedrag te bepaal: Verdeling van totale aantal response (N=132).....	106
6.11	Faktore vir motivering tot voorkomende gedrag: Verdeling van totale aantal response (N=96)	107
6.12	Die invloed van massa media op VIGS voorkomende gedrag: Verdeling van totale aantal response (N=36)	112
6.13	Weerstand van persone teen die verandering van gevestigde seksuele gedrag: Verdeling van totale aantal response (N=36).....	114
6.14	Faktore wat deel van VIGS voorkomende gedrag behoort te vorm: Verdeling van totale aantal response (N=96).....	115
7.1	Verweefdheid van die komponente van die verpleegkundige begeleidingsprogram	118

HOOFSTUK 1

PROBLEEMSTELLING

1.1 INLEIDING

VIGS is 'n gevreesde siekte omdat HIV infeksie 'n chroniese infeksie is en gekenmerk word deur die progressiewe agteruitgang van die menslike immuunsisteem (Miller 1991:1). Die vrees vir die siekte word vererger deur die sosiale stigma wat daaraan kleef. Daar word dikwels na VIGS as 'n seksueeloordraagbare siekte verwys, en meer spesifiek as 'n siekte van promiskuë individue (Hedge 1991:4). As gevolg hiervan word die VIGS kliënt dikwels verwerp en sosiaal geïsoleer. Verder bestaan daar ook geen geneesmiddel vir die siekte nie en die verloop daarvan eindig uiteindelik in die dood (Miller 1991:1).

1.2 PROBLEEMSTELLING

Persone wat hulself in 'n situasie bevind waar hulle reeds vanweë risikogedrag seksuele kontak gehad het met 'n HIV¹ geïnfekteerde persoon(e) of met 'n persoon(e) wat moontlik vanweë hul risikogedrag met die virus geïnfekteer mag wees, ervaar intense vrees vir VIGS en die dood.

Hoewel hierdie persone moontlik nog nie VIGS ontwikkel het nie, bestaan die vermoede by hulle dat hulle geïnfekteer mag wees. Met aanmelding vir evaluering ter bevestiging van hul vermoedens benodig hulle dus reeds verpleegkundige tussentredes. Die tussentredes behoort daarop gerig te wees om hulle in staat te stel om hul kommer te hanteer. Hierdie persone kan egter, indien hulle reeds met die virus geïnfekteer is, die virus versprei, of weer met die virus in aanraking kom. Hulle behoort dus begelei te word in die verandering van bestaande hoë risikogedrag.

1 HIV verwys na Human Immunodeficiency Virus. Aangesien dit die internasionaal erkende afkorting met verwysing na die betrokke virus is, word dit in hierdie navorsingsvoorstel gebruik. Vir die doel van hierdie studie sal daar na die manlike en vroulike persoon verwys word wanneer die manlike skryfterm gebruik word. Dit word gedoen om die lees van die verhandeling te vergemaklik en nie as gevolg van diskriminasie nie.

Daar is tans tien VIGS inligting en -opleiding sentrums in die Republiek van Suid-Afrika, wat deur die Departement Nasionale Gesondheid en Bevolkingsontwikkeling gesubsidieer word. By hierdie sentrums word ondersteuning aan persone wat HIV infektering vanweë risikogedrag vermoed, gebied. Omdat verpleegkundiges dikwels die ondersteuning van die persone hanteer, kan aanvaar word dat 'n verpleegkundige begeleidingsprogram wat deur empiriese navorsing ontwikkel is, 'n positiewe bydrae tot optimale ondersteuning van hierdie persone kan maak. Daar bestaan tans, volgens die wete van die navorser wat self vir 'n geruime tyd aan 'n VIGS inligting en -opleiding sentrum verbonde was, geen sodanige verpleegkundige begeleidingsprogram by die sentrums nie.

1.3 BEVESTIGING VAN PROBLEEMSTELLING

1.3.1 Epidemiologie van VIGS

VIGS is 'n wesenlike probleem in Afrika en wel ook in Suid-Afrika. 'n Gemiddeld van 25 000 HIV positiewe persone (mans en vrouens) is in die sub-Sahara streek gedurende 1989 aangemeld. Dit vorm 16 persent van die wêreld se totale HIV aanmeldingsyfer. Na bewering word 90 persent van Afrika se HIV geïnfekteerde persone egter nie by die Wêreld Gesondheidsorganisasie aangemeld nie. Die aanmelding syfer van VIGS in Afrika behoort dus beduidend hoër as die syfer wat bekend is, te wees. Dit word bevestig deur die besetting van hospitaalbeddens deur pasiënte met VIGS. Vyf-en-twintig tot 50 persent van alle hospitaalbeddens in Sentraal-Afrika is in 1989 deur pasiënte met VIGS beset (Population Reports 1989:5).

Die wêreld se eerste VIGS pasiënte is in 1981 gediagnoseer. Dit het gebeur toe *Pneumocystis carinii* pneumonie en Kaposi se sarkoom onder ses "gesonde" jong homoseksuele mans voorgekom het. Hierdie persone het VIGS gehad (Goddard 1989:17; Farthing 1987:6; en William 1988:52). In 1982 is die eerste pasiënt met VIGS in die Republiek van Suid-Afrika gediagnoseer. Hierdie pasiënt was 'n homoseksuele blanke man (Schoub 1990:613; en Becker 1986:26).

Twee vorms van HIV is geïdentifiseer, naamlik HIV 1, wat vir die meeste VIGS gevalle verantwoordelik is en HIV 2 wat in Wes-Afrika en later in Amerika geïdentifiseer is (Clavel 1987:1180; en Rubin 1989:1).

Vier groepe persone wat deur HIV geïnfekteer is, is in Amerika geïdentifiseer naamlik;

- homoseksuele en biseksuele mans,
- heteroseksuele mans en vrouens,
- persone wat 'n bloed- of bloedprodukoortapping ontvang het, en
- kinders wat perinataal deur die virus geïnfekteer is (dit wil sê waar die moeder HIV positief gedurende haar swangerskap was) (Friedland 1987:1125).

Wanneer daar spesifiek na Suid-Afrikaanse statistieke gekyk word, wek die groter wordende probleem onrusbarende kommer. Wat die verspreiding van HIV betref is reeds in 1989 voorspel dat daar teen die einde van 1991 446 000 HIV positiewe persone in Suid-Afrika kan wees (NGBO 1989). Aansluitend voorspel Basson (1990:70) dat die totale wêreld sterftesyfer in die jaar 2005 200 000 meer kan wees as wat die geval sou wees in die afwesigheid van VIGS. Hy koppel dus 200 000 sterftes aan VIGS of VIGS verwante toestande. Die voorspelling bring onrus mee as daar gelet word op 'n verslag van die Departement Nasionale Gesondheid en Bevolkingsontwikkeling (1991:43) waarin beweer word dat die persentasie van HIV verspreiding steeds toeneem. Die bevinding is op statistiese berekeninge gegrond en beteken dus dat meer persone in korter periodes as in die verlede met HIV geïnfekteer sal word.

Die aantal persone in Suid-Afrika wat VIGS het, het vanaf April 1990 tot Desember 1990 met 20 persone toegeneem (Padayachee 1990:330). Die Departement Nasionale Gesondheid en Bevolkingsontwikkeling publiseer egter in die gesondheidsverslag van 1990 dat daar 554 VIGS gevalle in Suid-Afrika voorgekom het. Die getal het 'n onrusbarende styging tot in April 1991 getoon toe daar reeds 650 persone met VIGS geïdentifiseer is (Epidemiological Comments 1991:91).

Die feit dat Suid-Afrika reeds 'n VIGS epidemie ondervind word deur dr. F.H. Pauw (1991:27) onderstreep. Volgens hom is die gevolge van VIGS op die gesondheids-dienste reeds so groot dat ons verstand dit nie kan begryp nie. As gevolg van implikasies op die arbeidsmag en ekonomie kan werkloosheid vererger en lei tot groter armoede. Hy voorspel dat een uit elke vier individue binne 15 jaar in Suid-Afrika met HIV geïnfekteer kan wees.

Dit blyk dat die mate van toename in HIV positiewe gevalle in Suid-Afrika dieselfde patroon aanneem as wat die geval in Sentraal- en Oos-Afrika is. Binne die Suid-Afrikaanse bevolking wil dit tans voorkom of daar 'n merkbare geografiese verskil voorkom met 'n gradiënt vanaf Natal na die Witwatersrand en daarvandaan na die Kaapprovinsie. Met trek-arbeidspraktyke tussen Suid-Afrikaanse stede en die Suid-Afrikaanse platteland sal HIV vinnig in groot persentasies na die platteland versprei en epidemiese afmetings aanneem, soos wat die situasie in die verlede met ander seksueel oordraagbare siektes was (Kark 1949:77).

HIV word nie deur immunoglobulien preparaat oorgedra nie (Wood 1986:536). Dit kan egter deur orgaan oorplantings oorgedra word, indien die skenker met HIV geïnfekteer was (Rubin 1987:1).

Aanvanklik is die epidemiologie van VIGS in Suid-Afrika deur homoseksuele blanke mans oorheers. Die eerste swart heteroseksuele VIGS pasiënt is in Desember 1987 aangemeld. Sedert 1987 wil dit blyk asof heteroseksuele swart stedelinge die grootste toename van VIGS toon. Daar is sedert 1988 'n afplatting in die voorkoms van VIGS tussen homoseksuele blanke mans, waarskynlik as gevolg van VIGS voorligtingsprogramme (Schoub 1990:613).

1.3.2 Psigososiale gevolge van vermoede van HIV infeksie

Die aantal persone wat met VIGS geïnfekteer word, styg daagliks in Suid-Afrika. As gevolg van die toenemende voorkoms van VIGS, vrees al hoe meer mense wat hoë risikogedrag openbaar dat hulle met die virus geïnfekteer mag wees. 'n Vrees om siek te word en 'n vrees vir die dood ontstaan by die persone wat vermoed dat hulle HIV positief mag wees (Caine 1987:42). Hierdie persone ervaar ook kommer oor hulle seksmaats, aan wie hulle moontlik die virus oorgedra het (Neal 1986:6). Hieruit volg interpersoonlike probleme.

Persone wat vermoed dat hulle VIGS het of moontlik met HIV geïnfekteer is, vrees ook die opportunistiese siektes wat kan ontstaan. Dit bring mee dat onsekerheid oor die toekoms ondervind word. Die onsekerheid en kommer sentreer veral om hulle beroeps- en finansiële posisie, omdat HIV infektering mag meebring dat hulle nie toegelaat sal word om met hulle werk voort te gaan nie (Maddix 1989:32). Die benarde posisie waarin hulle, sowel as hulle gesinne, hulle in die toekoms mag bevind, bring skuldgevoelens mee omdat hulle besef dat hulleself verantwoordelik vir hulle infektering is (Neal 1986:7).

Persone wat HIV infektering vermoed, ondervind veranderings soos gemoeds-versteurings, huilerigheid en sosiale onttrekking, gepaard met swak konsentrasie vermoë en 'n onvermoë om bestaande probleme te hanteer (Macintyre 1988:231). Vrees vir die stigma wat aan HIV infektering kleef asook vrees vir die onsimpatieke hantering en verwerping deur die publiek is algemene reaksies wat waargeneem word by persone wat vermoed dat hulle HIV positief mag wees (Gee 1988:366).

1.3.3 Verandering van gedrag

VIGS verspreiding geskied in die Republiek van Suid-Afrika meestal deur seksuele oordraging, daarom moet persone wat hoë risikogedrag openbaar feitelike kennis in verband met VIGS ontvang en gemotiveer word om hulle gedrag so te verander dat hulle hulself sowel as ander persone nie aan HIV infektering sal blootstel nie (NGBO 1990:4). Volgens die VIGS-ADVIES-GROEP kan 'n VIGS tragedie slegs afgewend word deur voorkoming van HIV infektering (Advisory-group 1988:496). Voorkoming van VIGS sal slegs plaasvind indien persone wat 'n risiko loop om met HIV geïnfekteer te word, hulle risikogedrag verander. Motivering vir seksuele gedragsveranderinge kan die gevaar om met HIV geïnfekteer te word, verminder (Fineberg 1988:595). Aangesien daar geen geneesmiddel teen VIGS bestaan nie is verandering van risikogedrag die enigste voorkomingsmeganisme vir die gevreesde siekte.

Deur inligting aan 'n persoon te verskaf kan gedragsverandering geïnisieer word en sodoende blootstelling of moontlike blootstelling aan HIV infektering verminder en voorkom word.

1.3.4 Begeleidingsprogram vir persone wat HIV infektering vermoed

Onkunde aangaande VIGS bemoeilik gedragsveranderinge en dra ook daadwerklik tot die vinnige verspreiding van VIGS by (Matthews 1990:20).

'n Begeleidingsprogram vir persone wat HIV infektering vermoed behoort die oordra van feitelike kennis oor VIGS in te sluit. Hierdeur word die persone in staat gestel om groter begrip van die siekte te verkry, terwyl dit hulle ook tot siektevoorkomende gedrag mag aanspoor.

Public Health Service (1986:177) het 'n studie geloods waarin bevind is dat progressiewe veranderinge in lewensstyle en gedrag, sosiale veranderinge te weeg kan bring wanneer meer kennis in verband met die gevaar wat 'n spesifieke siekte vir die individu inhou, deur die individu ingewin word. Hierdie projek was daarop gemik om die belang van gesondheid op te weeg teenoor die negatiewe gevolge wat sekere gedragspatrone vir die individu inhou. Wanneer kennis verkry is aangaande siektes wat uit gedragspatrone spruit was die individue meer geneig om hulle gedrag te verander om sodoende siektevoorkomend op te tree (Public Health Service 1986:177). Ross (1989:308) motiveer op sy beurt persone wat hulself aan risikogedrag blootstel om die kennis wat hulle in verband met 'n siekte opdoen na inligting sessies in verband met oordraagbare siektes toe te pas en sodoende siektevoorkomend op te tree. Aansluitend het Millan (1987:50) in 'n ondersoek oor VIGS 'n styging in die persentasie persone wat gedragsveranderinge gemaak het gevind, nadat die groep se kennis in verband met VIGS toegeneem het.

In 'n begeleidingsprogram vir persone wat HIV infektering vermoed behoort daar besondere aandag aan gedragsverandering geskenk te word. Gedragsveranderinge kan teweeg gebring word indien die persoon die belang van sy gesondheid besef (Stall 1990:1188). Becker (1988:409) het in 'n ondersoek definitiewe gedragsveranderinge waargeneem nadat die groep op die gevaar van VIGS gewys is en gemotiveer is om siektevoorkomend op te tree. Deur mense dus te oortuig dat hulle deur hul eie gedragspatrone hulself meer vatbaar vir 'n siektetoestand kan maak, kan hulle oortuig word om siektevoorkomende gedragspatrone te beoefen. (George 1980:222).

Om persone tot gedragsverandering te motiveer moet hulle op 'n kundige manier begelei word om insig in hul probleem te verkry deur feitelike kennis aan hulle te verskaf en moontlike probleem oplossings te ontgin.

1.3.5 Gebrek aan 'n begeleidingsprogram

SANLAM (1991:1) voorspel dat VIGS opvoeding slegs suksesvol kan wees indien dit van geloofwaardige bronne kom en op die korrekte wyse oorgedra word. Die begeleiding moet volgens SANLAM deur gesondheidspersoneel gedoen word. Die kern van die begeleiding moet op individuele gedrag berus.

Tans lei verpleegkundiges dikwels die ondersteuningsgroepe om sodoende ondersteuning aan die HIV positiewe persoon of diegene wat hoë risikogedragspatrone beoefen, te verskaf. Daar kon tans geen Suid-Afrikaanse gepubliseerde begeleidingsprogram vir die persoon wat HIV geïnfekteer is of dit vermoed, in die literatuur gevind word nie. Dr. Holmshaw (1991:5) staaf dit en wys daarop dat spesifieke oplossings vir Suid-Afrika in Suid-Afrika gesoek moet word. In die literatuur is selfs 'n gebrek aan oorsese begeleidingsprogramme waargeneem (Bor 1991:33).

Omdat verpleegkundiges dikwels die ondersteuning van hierdie persone hanteer, kan aanvaar word dat 'n verpleegkundige begeleidingsprogram wat deur empiriese navorsing ontwikkel is, 'n positiewe bydrae tot optimale ondersteuning kan maak.

1.4 DOELSTELLING VAN DIE STUDIE

Die doel van die studie is om 'n verpleegkundige begeleidingsprogram vir persone wat HIV infektering vermoed, te ontwikkel wat die persoon in staat stel om:

- feitelike kennis oor VIGS te bekom,
- die psigososiale gevolge van vermoede van HIV infektering te begryp, en
- die nodige gedragsveranderinge te begryp en te bemeester.

1.5 AANNAME VAN DIE NAVORSING

'n Omvattende verpleegkundige begeleidingsprogram vir persone wat HIV infektering vermoed, verseker dat hierdie persone ondersteuning ontvang deurdat hulle voorsien word van korrekte inligting, hulle onderrig word in die reaksies wat hulle mag ervaar, terwyl hulle ook gemotiveer word om risikogedrag te staak.

1.6 BEGRIPSVERHELDERING

Vir die doel van die studie word die onderstaande begrippe as volg gebruik:

Hoë risiko seksgedrag

- anale en vaginale penetrerende seks met veelvuldige seksmaats, insluitend prostitute,
- penetrerende seks sonder 'n kondoom met veelvuldige seksmaats, en
- deel van seksapparate en hulpmiddels ("sex-toys").

Begeleidingsprogram

- 'n hulpmiddel aan die hand waarvan begeleiding gegee word ten einde omvattende verpleegsorg te lewer, deurdat
- toepaslike gedeeltes volgens die behoeftes van die pasiënt aan hom verduidelik word, en
- gedragsverandering gemotiveer word
- die program is nie 'n inligtingstuk wat aan die pasiënt gegee word nie, maar 'n hulpmiddel vir die verpleegkundige.

Veelvuldige seksmaats

- dit sluit alle seksmaats buite 'n monogame huweliksverhouding in:

HIV geïnfekteer

- beteken 'n individu wat met die Menslike Immuniteitsgebrekvirus besmet is en wat noodwendig VIGS sal ontwikkel. Daar word ook na die persone as HIV positief verwys. (Die afkorting HIV word gebruik omdat dit internasionaal aanvaar word. Let egter daarop dat in sommige streke in Suid-Afrika ook die afkorting MIV gebruik word).

1.7 AFBAKENING VAN DIE STUDIE

Vir die doel van hierdie studie sal slegs hoë risiko seksgedrag van blanke persone hanteer word. Die deel van gebruikte spuite en naalde tydens intraveneuse dwelmmisbruik is wel 'n risikogedragspatroon, maar sal nie in hierdie studie hanteer word nie, aangesien die oordraging van HIV in Suid-Afrika hoofsaaklik seksueel van aard is (Population Reports 1989:5).

Die studie is slegs op blanke persone van toepassing vanweë verwagte kulturele verskille tussen etniese groepe.

In die begeleidingsprogram sal slegs die persoon wat vermoed dat hy HIV positief is, bespreek word en nie die gesin of seksmaats nie, aangesien dit op sy beurt 'n afsonderlike uitgebreide studie verg.

1.8 METODOLOGIE VAN DIE NAVORSING

'n Beskrywende studie met 'n nie-eksperimentele navorsingsontwerp is gebruik.

Na afloop van 'n omvattende, intensiewe literatuurstudie is 'n begeleidingsprogram vir persone wat hoë risiko seksgedrag vir VIGS openbaar, ontwerp. Daarna is dit aan domeinkundiges, wat oor spesiale kennis op die gebied van VIGS beskik, vir evaluering volgens die Delphi-tegniek voorgelê.

Doelgerigte seleksie van domeinkundiges is toegepas en wel volgens die vermoëns en kundigheid van die persone.

Beskrywende statistieke is gebruik in die ontleding van die data.

1.9 UITEENSETTING VAN DIE STUDIE

- Hoofstuk 1** Hierdie hoofstuk bevat die probleemstelling en 'n verkorte beskrywing van die navorsingsmetode.
- Hoofstuk 2** Hierdie hoofstuk bevat feitelike kennis aangaande VIGS, te wete die oorsprong daarvan, patogenese, oordraging en kliniese voorkoms.
- Die navorser het dit nodig gevind om VIGS in detail te bespreek. Persone wat HIV infektering vermoed, het nie noodwendig VIGS nie, maar benodig reeds inligting oor VIGS omdat dit gedragsverandering mag motiveer.
- Hoofstuk 3** Die psigososiale gevolge van 'n vermoede van HIV infektering word in hierdie hoofstuk bespreek.
- Hoofstuk 4** In hierdie hoofstuk word die verpleegsorg van 'n persoon wat HIV infektering vermoed beskryf. Besondere klem word op die toepassing van die Gesondheidsoortuigingsmodel gelê.
- Hoofstuk 5** 'n Uiteensetting van die navorsingsmetodologie aan die hand van die Delphi-tegniek word in die hoofstuk gevind.
- Hoofstuk 6** Die navorsingbevindings sowel as die interpretasie daarvan is hier beskryf.
- Hoofstuk 7** Hierdie hoofstuk bevat die aanbevelings wat uit die navorsingsbevindinge voortspruit.

HOOFSTUK 2

VIGS: VERWORWE IMMUNITEITSGEBREK SINDROOM

2.1 INLEIDING

Persone wat HIV infektering vermoed het nie noodwendig VIGS nie. Dit is egter noodsaaklik dat die verpleegkundige wat hierdie persone begelei, besonder kundig met betrekking tot VIGS moet wees, omdat die oordrag van korrekte feite gedragsverandering mag motiveer.

2.2 DEFINISIE VAN VIGS

Die CDC (Centre for Disease Control) het die volgende definisie van VIGS saamgestel:

DEFINISIE VAN VIGS

1. Die HIV status van die pasiënt is onbekend of onvoldoende, byvoorbeeld:

Wanneer laboratorium toetse vir HIV infeksie nie uitgevoer is nie of die resultate van die toetse onvoldoende is en die pasiënt geen ander oorsake van immuungebrek, soos in A.1 hier onder uiteengesit, ondervind nie, 'n diagnose van enige siekte soos in B.1 hier uiteengesit, VIGS aandui.

- A. Oorsake van immuungebrek wat 'n siekte uitskakel om as 'n VIGS indikasie in die afwesigheid van laboratorium toetse of HIV infeksie, te dien.

1. Die gebruik van hoë of langtermyn kortikosteroïed terapie of enige ander immuunonderdrukkende of sitotoksiese terapie binne drie maande voor die aanvang van die indikator siekte.
2. Diagnostisering van enige van die volgende siektes binne drie maande nadat die indikator siekte gediagnoseer is: Hodgkin se siekte, nie-Hodgkin se limfoom (primêre brein limfoom uitgesluit) limfositiese leukemie, veelvuldige mieloom, enige ander kanker of limforetikulêre of histiositiese weefsel, of angioïmmunoblastiese limfadenopatie.
3. 'n Kongenitale genetiese immuungebrek sindroom of 'n verworwe immuungebrek sindroom wat atipies is van HIV infeksie byvoorbeeld 'n siekte wat hipogamma-globulinemie insluit.

B. Siektes wat VIGS aandui (die siektes vereis definitiewe diagnose)

1. Kandidiase van die oesofagus, tragea, brongi of longe.
2. Kriptosporidiose met diarree wat langer as een maand duur.
3. Ekstra-pulmonêre Kriptokokkose.
4. Sitomegalovirus infeksie van 'n orgaan, uitsluitend die lewer, milt en limfnodes in 'n pasiënt ouer as een maand.
5. Herpes simpleks infeksie wat 'n muko-kutane ulkus veroorsaak wat langer as een maand duur, brongiale pneumonie veroorsaak of oesofagitis veroorsaak in 'n persoon ouer as een maand.
6. Kaposi se sarkoom in 'n persoon jonger as 60 jaar.
7. Limfoïede interstisiële pneumonie of pulmonale limfoïed hiperplasie in 'n persoon jonger as 13 jaar.
8. Primêre limfoom van die brein in 'n persoon jonger as 60 jaar.
9. *Mycobacterium avium* kompleks of *M. kansasii* infeksie, in 'n gedeelte buite die long, vel, servikale of hilum limfnode.
10. *Pneumocystis carinii* pneumonie.
11. Progressiewe multifokale leuko-enkefalopatie.
12. Toksoplasmose van die brein in 'n persoon ouer as een maand.

2. DIE HIV POSITIEWE PASIËNT

'n Persoon is HIV positief ongeag enige teenwoordigheid van ander immuungebrek veroorsakende-siekte (soos uit eengesit in A.I) in die teenwoordigheid van laboratoriumbewyse van HIV infeksie. Enige siekte gelys in B.I (kyk bostaande) of in 2.A of 2.B (onderstaande) dui op 'n diagnose van VIGS.

A. Siektes wat VIGS aandui (definitiewe diagnose word vereis)

1. Veelvuldige of herhaalde bakteriële infeksies, (enige kombinasie van ten minste twee infeksies binne 'n twee tot vier jaar periode), van die volgende lys wat in persone jonger as 13 jaar voorkom:
 - Septisemie
 - Pneumonie
 - Meningitis
 - Been- of gewrigsontsteking'n Abses van 'n ingewandsorgaan of liggaamsholte (otitis media of oppervlakkige vel of mukus absesse uitgesluit) veroorsaak deur *Hemophilus*, streptokokkus (pneumokokkus ingesluit), of enige ander piogeniese bakterieë.
2. Kokkidioïdomikose in 'n area ander dan of in verhouding tot die longe, servikale of hilum limfnodes.
3. Histoplasmose in 'n ander area as/of in verhouding tot die longe, servikale of hilum limfnodes.
4. HIV enkefalopatie

5. HIV verslankingsindroom
6. Isosporiase met diarree wat langer as een maand duur
7. Kaposi se sarkoom (enige ouderdom)
8. Primêre limfoom van die brein (enige ouderdom)
9. Ekstra-pulmonêre *M. tuberculosis* (ten minste een area, die longe uitsluitend, moet aangetas wees onafhanklik die longaantasting).
10. Nie-Hodgkin se limfoom, B-sel of onbekende immunologiese fenotipes en die volgende histologiese tipes naamlik klein nie-splitsende limfoom (Burkitt se limfoom of nie-Burkitt se limfoom) of immunoblastiese sarkoom.
11. *Salmonella* septicemie

B. Siektes wat VIGS aandui (voorlopig gediagnoseer)

1. Kandidiase van die oesofagus.
 2. Cytomegalovirus retinitis met verlies van visie.
 3. Kaposi se sarkoom.
 4. Interstisiële limfoïede pneumonie of pulmonale limfoïede hiperplasie in 'n persoon jonger as 13 jaar.
 5. Mycobakteriële infeksie (suurvaste basilli met spesies ongeïdentifiseer met kultuurkweking) waar ten minste een area ander dan of met betrekking tot die longe, vel servikale of hilum limfnodes betrek is.
 6. *Pneumocystis carinii* pneumonie.
 7. Toksoplasmose van die brein in 'n persoon ouer as een maand.
- 3. PASIËNT IS HIV NEGATIEF.**

(CDC 1989 Surveillance Case Definition for AIDS. Inf Dis XI Acquired Immuno-deficiency Syndrome :2).

Hierdie besondere beskrywende definisie van VIGS word wêreldwyd aanvaar.

2.3 SPEKTRUM VAN VIGS

VIGS is net 'n deeltjie van die wye spektrum van HIV infeksie. Persone wat met HIV geïnfekteer is en wat geen opportunistiese siektes het nie, se toestand word nie as VIGS gedefiniër nie (Classification System for Human T-cell Lymphotropic Virus III/lymphadenopathy associated virus infections 1986. Mortality and Morbidity Weekly Report 35:334-339).

Die CDC (Centre for Disease Control) het 'n hersiene klassifikasie van VIGS in 1986 bekend gemaak. Geïnfekteerde persone is in vier eksklusiewe, hïerargiese groepe geklassifiseer. Hierdie klassifikasie is op kliniese simptome gebaseer.

TABEL 2.1: Kliniese klassifikasie vir HIV infeksie

GROEP I	Akute infeksie
GROEP II	Asimptomatiese infeksie
GROEP III	Algemene limfadenopatie (PGL)
GROEP IV	Ander siektes- 1. Sistemiese infeksies 2. Neurologiese infeksies 3. Sekondêre infektiewe toestande 3.1 Siektes soos in die definisie van VIGS deur die CDC uiteengesit 3.2 Ander gespesifiseerde infektiewe toestande 4. Sekondêre kankers 5. Ander toestande

(Classification System for Human T-cell Lymphotropic Virus III / lymphadenopathy associated virus infections 1986. Mortality and Morbidity Weekly Report 35:334-339).

Walter Reed het ook 'n spektrum van VIGS saamgestel wat in die CDC se klassifikasie van VIGS verweef kan word. Die stadiums wat Reed geïdentifiseer het sal as WR-0 tot WR-6 bekend staan (kyk figuur 2.2). Volgens Reed is die eerste stadium, WR-0, die blootstelling aan die virus. Sodra HIV positiwiteit deur 'n betroubare toets vasgestel is, word die persoon as WR-1 geklassifiseer. Hierdie klassifikasie stem ooreen met Groep I van die CDC definisie. Dit sluit persone in wat 'n akute mononukleose geassosieerde infeksie ondervind (Cohen 1988:9-51). Simptome ontstaan gewoonlik drie weke na infektering van HIV. Dit sluit koors, algemene gevoel van ongesteldheid (malaise), limfadenopatie, spierpyne, minder ernstige of aseptiese meningitis, in. Die oorsake van bogenoemde tekens en simptome is nie duidelik nie en verdwyn gewoonlik binne 'n paar dae of weke (Robert 1988:74). Volgens navorsing is die tydsverloop tussen blootstelling aan HIV en serokonversie tussen ses en twaalf weke (Melbye 1986:496-499). Sommige HIV geïnfekteerde persone toon geen tekens van infeksie nie.

Hierdie persone beweeg na Groep II (kyk figuur 2.1) wat diegene insluit wat met HIV geïnfekteer is, maar geen tekens en simptome toon nie. Sekere lede van hierdie groep kan wel tekens van matige immunologiese of hematologiese abnormaliteite soos anemie, trombositopenie, leukopenie, hiper-gammaglobulinemie en anergie toon (Ostrow 1987:7). Die inkubasie tydperk vir VIGS, dit

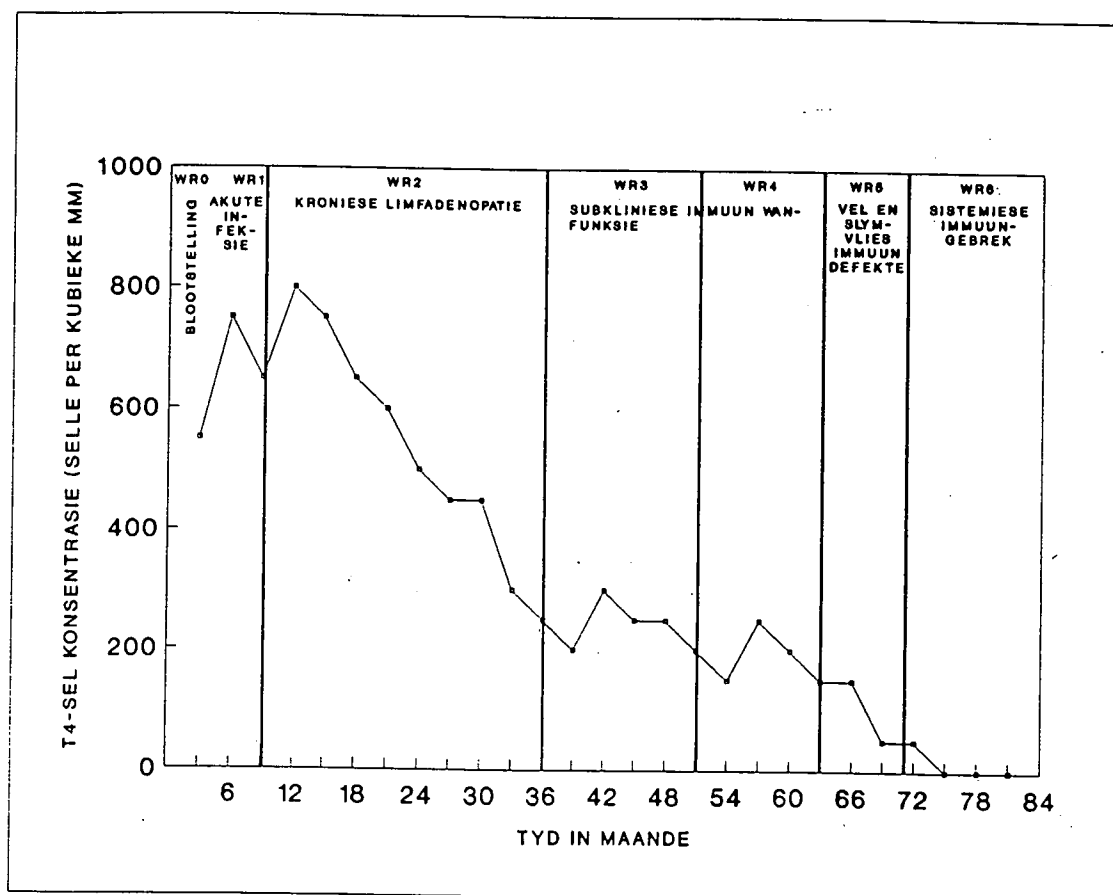
wil sê, die tydsduur vanaf infeksie totdat kliniese simptome verskyn, is gemiddeld vier tot agt jaar (Curran 1988:610).

Groep III kan met die WR-2 stadium vergelyk word (kyk figuur 2.1). Tydens hierdie stadium verskyn chroniese limfadenopatie (PGL - persistent generalized lymphadenopathy) in die persone wat reeds met HIV geïnfekteer is (Ostow 1987:7). Die limfadenopatie word deur die hiperaktivering van die B-sel van die immuunsisteem veroorsaak. Die WR-2 stadium duur gewoonlik drie tot vyf jaar, waartydens die pasiënt gesond voel en soos reeds aangedui geen simptome ondervind nie (Redfield 1988:75).

Die WR-3 stadium word gekenmerk deur 'n dramatiese vermindering in die T_4 -seltelling tot onder die vlak van 400 (die normale perk is 800/mm³ bloed). Hierdie telling dui op 'n afname van die doeltreffendheid van die immuunfunksie. Die tydsduur van hierdie stadium is ongeveer 18 maande (Redfield 1986:131).

Groep IV sluit die HIV geïnfekteerde persone in wat kliniese simptome ondervind, uitsluitend limfadenopatie (kyk figuur 2.1). Hierdie groep word ook in vyf sub-groepe verdeel. 'n Pasiënt kan in meer as een van die sub-groepe in 'n spesifieke stadium geklassifiseer word. Groep IV-A sluit die HIV geïnfekteerde persone wat simptome soos koors en diarree vir langer as 30 dae ondervind, onverklaarbare gewigsverlies van 10 persent of meer van die normale liggaamsmassa of 'n kombinasie van bogenoemde ondervind, in. (CDC 1986:334). HIV geïnfekteerde persone wat met neurologiese toestande voordoën, insluitend afwykings van die sentrale senuweestelsel soos demensie, akute atipiese meningitis en mielopatie asook pynlike perifere sensoriese neuropatie, word as pasiënte van Groep IV-B geklassifiseer (Ostow 1987:7). Groep IV-C bestaan uit die HIV geïnfekteerde persone wat met infektiewe toestande voordoën. Hierdie toestande sluit die gelyste infektiewe toestande in figuur 2.1 in. 'n Persoon met HIV geassosieerde maligniteit, byvoorbeeld Kaposi se sarkoom, nie-Hodgkin's limfoom of primêre limfoom van die sentrale senuweestelsel, staan as Groep IV-D bekend. Groep IV-E is alle persone met kliniese simptome wat nie klassifiseerbaar in enige ander groep van infeksies, geassosieer met HIV infeksie of selbemiddelde immuungebrek, is nie. Volgens Walter Reed is stadium vier die fase van 'n individu se onvermoë om 'n sellulêre immuunrespons te ontlok teen spesifieke proteïene wat onder die vel ingespuut word. WR-5 tree in wanneer daar 'n totale afwesigheid van hipersensitiwiteit ontstaan. Simptome soos sproei, fungus infeksie van die slymvliese van die tong en

mondholte is tydens hierdie fase teenwoordig. Gedurende die vyfde stadium daal die T_4 -seltelling tot onder die vlak van 200. Wanneer die T_4 -seltelling tot onder die vlak van 100 daal word die WR-6 stadium binnegegaan. Die meeste HIV geïnfekteerde persone met 'n T_4 -seltelling van 100 of minder sal binne twee jaar sterf (Redfield 1988:76).



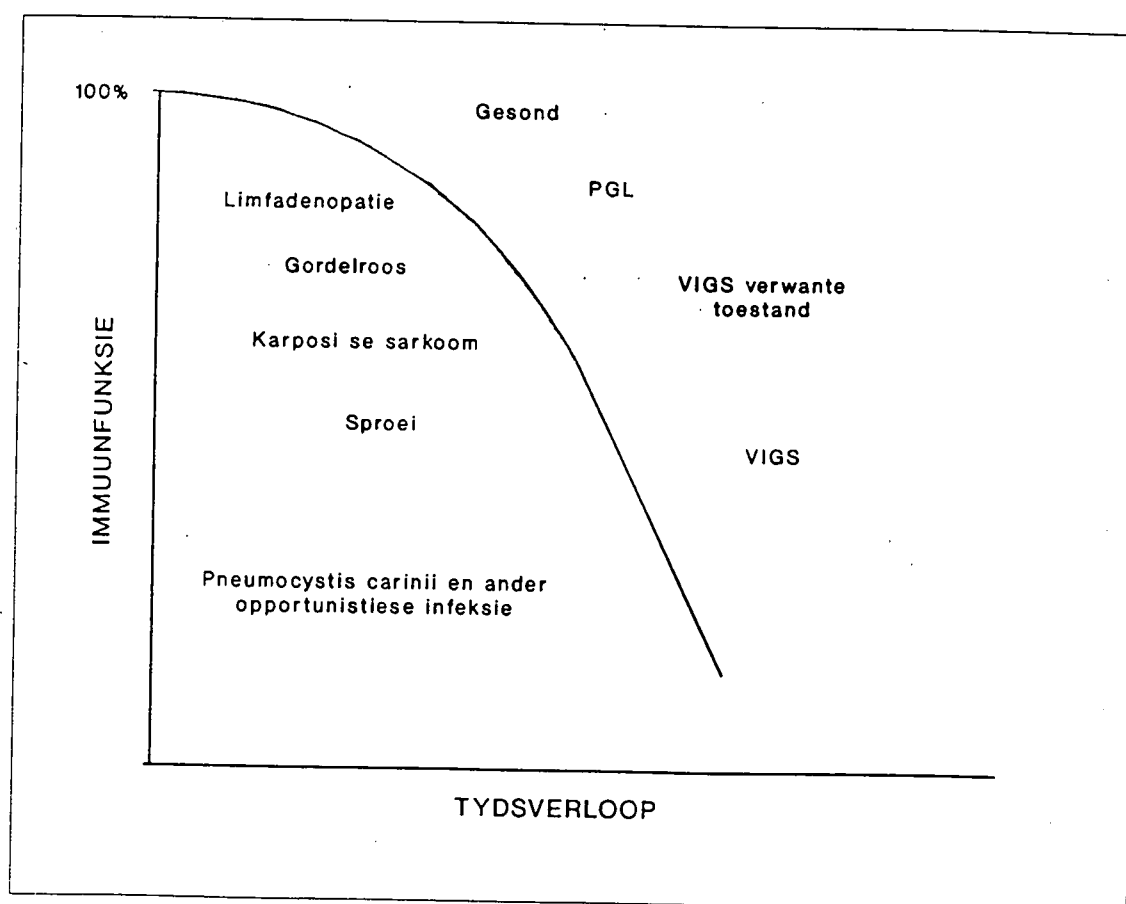
FIGUUR 2.1: Afname in T_4 -seltelling (Scientific American 1988:94)

Opportunistiese toestande wat gedurende hierdie laaste fase voordoën is PCP (*Pneumocystis carinii* pneumonia), toksoplasmose wat die brein aantast, chroniese kriptosporidiose wat chroniese diarree veroorsaak, kriptokokkose wat meningitis veroorsaak of aantasting van die lewer, been, vel en ander weefsel. 'n Algemene viremie wat voorkom is sitomegaloviremie, wat weer op sy beurt pneumonia, enkefalitis, blindheid, en inflammatoriese toestande van die kolon kan veroorsaak. Sitomegaloviremie vind dikwels reeds tydens die kinderjare plaas, maar bly latent en word dan deur HIV infeksie geheraktiveer met resultate van byvoorbeeld tuberkulose of histoplasmose. Neurologiese skade wat tydens HIV infeksie voorkom

is die gevolg van kopiëring van HIV in die breinselle of indusering van die sekresies van neurotoksiese sitokines. Gedurende hierdie terminale stadium ondervind 'n groot aantal pasiënte VIGS demensie ('n sindroom gekenmerk deur verlies aan presiesheid van beide denke en beweging) (Redfield 1988:76).

Die spektrum waaruit VIGS bestaan, kan as volg opgesom word:

- 1) Nie-simptomaties draers
- 2) Biologiese immuunonderdrukking
- 3) Akute serokonversie sindroom met enkefalopatie ingesluit
- 4) VIGS verwante toestande (VVT)
- 5) Volledige VIGS (Lechman 1988:39) (kyk figuur 2.2).



FIGUUR 2.2: Die verhouding tussen die immuunfunksies en die verskeie gedefinieerde sindrome (Farthing 1987:17)

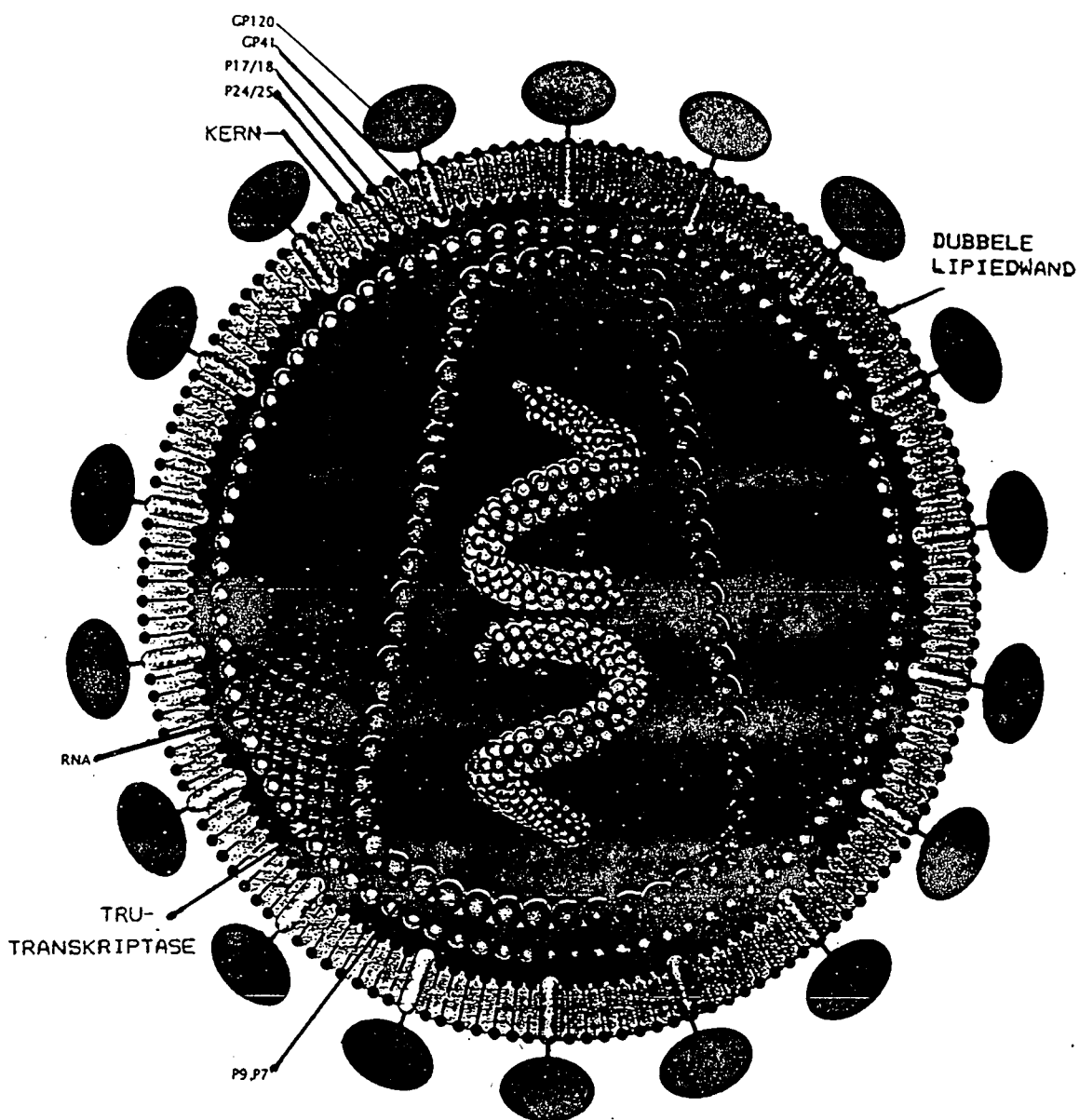
2.4 PATOGENESE VAN VIGS

'n Groot deurbraak in die begrip van die werking van HIV is deur Montagnier en Gallo gemaak. Die twee here het bevind dat VIGS deur die retrovirus HIV veroorsaak word (Barre-Sinoussi 1983:868; en Broder 1984:1292).

HIV is 'n lid van die lentivirus-familie van retrovirusse. Hierdie virusse veroorsaak stadige, progressiewe, onomkeerbare terminale siektes, gekenmerk deur progressiewe neuro-degeneratiewe infeksies of progressiewe immuungebreksiektes of beide (HO 1987:278; en Fauci, 1988:617). HIV besit 'n silindriese nukleolus wat die koord proteïene, RNA, bevat asook ensieme naamlik tru-transkriptase (kyk figuur 2.3). Dit bevat die standaard retrovirus gene, GAG, wat die kodes vir die koord-proteïene vorm, asook POL wat die tru-transkriptase kodeer en ENV wat die oppervlak gluko-proteïen omhulsel kodeer. HIV besit ten minste vyf bykomende gene wat blyk belangrike aanwysers in HIV sintese te wees. Twee van hierdie gene naamlik TAT en ART/TRS is noodsaaklik vir optimale oorsetting en omvorming van strukturele virus geenproduksie (Ho 1987:278).

Studies het getoon dat verskeie faktore HIV sintese kan stimuleer, insluitend T-sel aktivering (Luciw 1987:1434; en Strebel 1988:1221).

Die immunologiese effek van HIV infeksie word direk verbind met die interaksie tussen die virus en selle wat CD4-reseptors dra, naamlik die T₄-limfosiete (DeVita 1985:89). Die T₄-limfosiete is die belangrikste selle in die immuunsisteem omdat dit die ander immuunfunksies induseer (Stites 1987:89). Die erkenning en eliminering van sekere antigene, insluitend virusse, in geïnfekteerde selle word in 'n groot mate deur T-sel immuniteit geïniseer en gerig en meer spesifiek deur die T₄-sel (Laurence 1985:84). Deur T₄-selle selektief te infekteer, beskadig HIV die spesifieke sel wat normaalweg virus uitwissing en eliminering beheer. Die progressiewe uitwissing van T₄-selle is die basis van die immunologiese abnormaliteite wat met VIGS gevind word (Gallin 1985:131).



FIGUUR 23: Skematiese voorstelling van HIV (Scientific American 1988:43)

Byna alle immunologiese abnormaliteite wat met VIGS waargeneem word, kan aan die hand van die vernietiging van die normale funksies van die limfosiete verduidelik word, naamlik:

- aktivering van makrofage,
- induksie van B-selfunksies,

- induksie van sitotoksiese T-selfunksies,
- induksie van natuurlike doodmaak (NK) selfunksies,
- induksie van onderdrukkende selfunksies,
- die sekresie van groei en differensiële faktore vir limfoïed selle,
- sekresie van hematopoïetiese kolonie-stimulerende faktore en
- sekresie van faktore wat nie limfoïed selfunksie stimuleer nie (Fauci 1988:617).

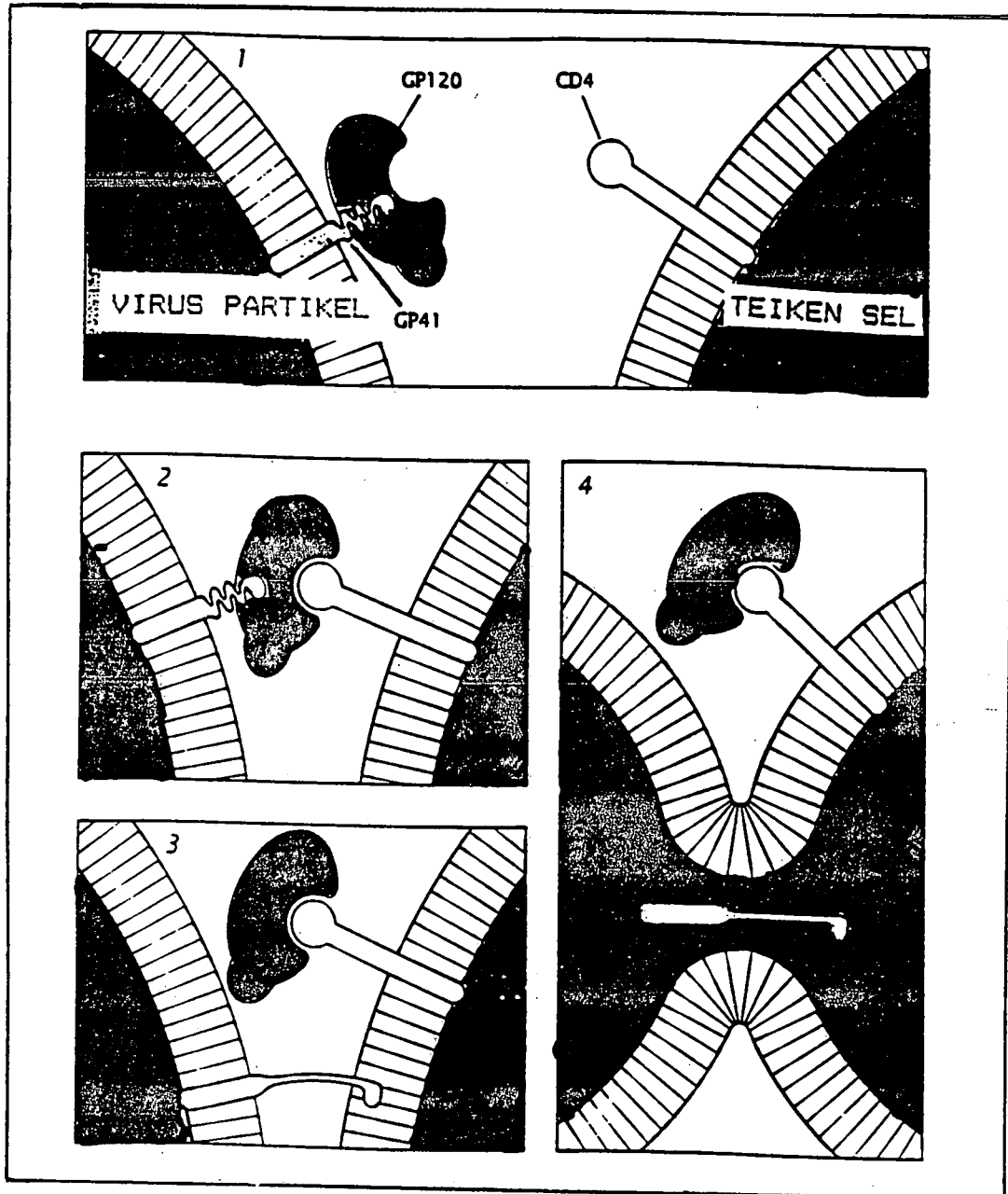
Infeksie van die CD4 T-sel deur HIV word geïnisiëer deur die interaksie van die CD4 oppervlakte molekule met die glukoproteïen 120 (die vernaamste virus omhulsel-proteïen). Virus partikels bot van geïnfekteerde CD4 T-selle af en herwin weer op hulle beurt ongeïnfekteerde CD4 T-selle tot 'n selnetwerk ten opsigte van HIV.

Selnetwerk interaksie word verkry deur interaksie met virus glukoproteïen 120 (wat in hierdie geval op die oppervlak van 'n geïnfekteerde limfosiet voorkom) met CD4 molekules teenwoordig op die oppervlakte van ongeïnfekteerde limfosiete (Dalglish 1984:763; en McDougal 1986:382) (kyk figuur 2.4).

'n Tweede selpopulasie wat deur HIV geïnfekteer word is 'n sub-populasie van monosiete en makrofage wat CD4 oppervlakmolekules besit. Hierdie geïnfekteerde selle leef baie langer as geïnfekteerde CD4 T-selle. Die monosiete en makrofage is weerstandig teen die vernietiging van selle en selnetwerk vormingseffekte wat HIV op limfosiete het. Dit is waarskynlik omdat hierdie selle 'n laer digtheid as CD4 molekules op hul oppervlakte huisves (Ho 1986:1712; en Koyanagi 1988:1673).

HIV geïnfekteerde monosiete en makrofage veroorsaak ook 'n aantal ander effekte wat tot 'n kliniese beeld kan bydra (Ho 1987:278). Eerstens, veroorsaak HIV infeksie 'n kenmerkende tekort aan chemotaktiese funksies (posisionele reaksie van lewende selle op chemiese prikkels). Tweedens, veroorsaak HIV infeksie moontlike wanfunksies en infeksies van die alveolêre makrofage wat 'n moontlike faktor kan wees in die patogenese van *Pneumocystis carinii* pneumonie asook die pediatriese sindroom van limfositiese interstisiële pneumonie. Derdens verklaar die verandering van interleukin-1 (IL-1), deur geïnfekteerde monosiete die moontlike oorsaak van die chroniese koors wat by baie VIGS pasiënte voorkom. Laastens, geïnfekteerde monosiete stel 'n tumor nekrotiese faktor, naamlik kagektien, vry.

Hierdie faktor mag 'n rol speel in die ernstige gewigsverlies wat by die VIGS pasiënt opgemerk word (Folks 1988:919).

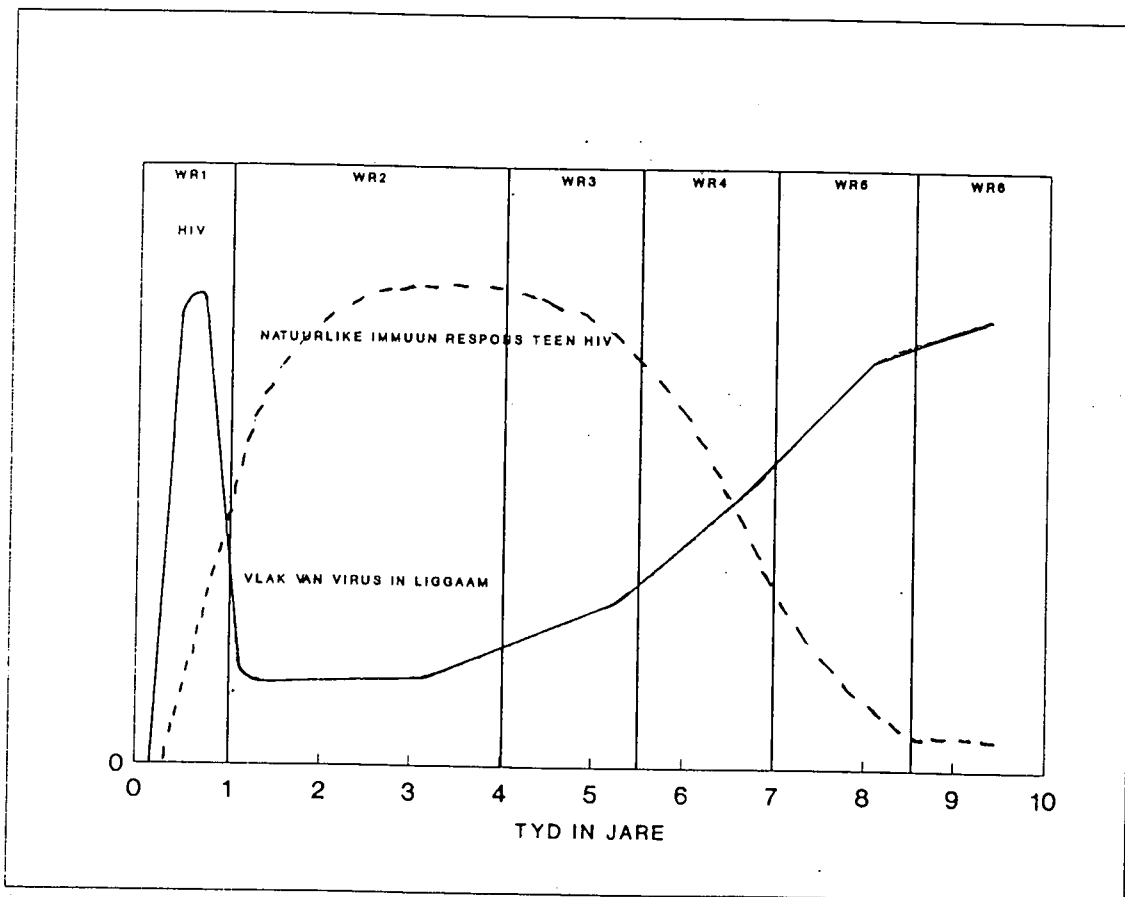


FIGUUR 2.4: Selnetwerk interaksie tussen die T₄-sel en HIV (Scientific American 1988:102)

Sommige VIGS pasiënte het 'n B-sel wanfunksie (Whimbey 1986:511), wat nie deur HIV infektering veroorsaak word nie, maar wel deur die Epstein-Barr virusinfeksie wat algemeen by VIGS pasiënte voorkom (Fauci 1988:278). HIV infeksie het 'n direkte patologiese effek op die sentrale senuweestelsel. Dit verklaar waarom 'n minimum van 60 persent van alle VIGS pasiënte neuropsigiatriese abnormaleiteite ondervind. Monosiete en makrofage is die predominante selle wat in die brein deur HIV aangetas word en dit is ook hierdie selle wat verantwoordelik is vir die vervoer

van HIV na die brein. 'n Verskeidenheid monosite, ensieme en chemotaktiese faktore word vrygestel as gevolg van bogenoemde infeksie wat neurologiese skade en inflammatoriese toestande van die brein tot gevolg het (Fauci 1988:617; Koening 1986:1089; en Streichan 1986:2390). Daar bestaan ook die moontlikheid dat die homologie tussen glukoproteïen 120 van HIV en neuroleukin 'n blokkasie van neuroleukin, wat neurologiese groei stimuleer, kan veroorsaak wat weer op sy beurt brein disfunksies tot gevolg kan hê (Lee 1987:1047).

Afgesien van die immuun-versteurings deur HIV infeksie, kan die geïnfecteerde gasheersel nog 'n immuun-respons inisieer na infeksie met HIV. Dit verklaar die teenliggame teen verskeie virus-proteïene wat met diagnostiese toetse geïsoleer kan word. Die teenwoordigheid van neutraliserende teenliggame in die serum van 'n HIV positiewe individu bied min beskerming teen die ontwikkeling van VIGS (Seligman 1987:234; en Weber 1987:119) (kyk figuur 2.5).



FIGUUR 2.5: Balans tussen HIV (aaneenlopende lyn) en teenliggame (gebroke lyn) teen HIV (Scientific American 1988:97)

2.5 OORSPRONG VAN DIE VIRUS

Die vraag "waar het HIV (Human Immunodeficiency Virus) sy oorsprong gehad?", is van meer as net historiese belang. Gedurende die afgelope aantal jare is retrovirusse, wat aan HIV verwant is, in ape sowel as in mense geïdentifiseer. Die verskillende biologiese gedeeltes van die virusse in verskeie gashere kan die sluier lig oor die wyses waarop die virus die liggaam infekteer. Studies op retrovirusse het getoon dat hul veranderinge (mutasies) ondergaan en daartoe neig dat beide virus en gasheer bevoordeel word. Verklarings van die veranderinge kan maniere onthul om die VIGS virus en sy verwante toestande te kontroleer (Essex 1988:64).

HIV het eers bekend gestaan as HTVL III (Human T-cell Lympho-tropic Virus Tipe III) of LAV (Lymphadenopathy Associated Virus) (Adler 1987:104).

Dit wil voorkom asof HIV sy oorsprong in Sentraal-Afrika gehad het waar serum monsters waarskynlik vanaf die vroeë 1970's 'n hoë insidensie van seropositiviteit getoon het (Essex 1988:64). Van die eerste HIV geïnfekteerde persone is in Haïti geïdentifiseer. Dit word toegeskryf aan die feit dat persone van Haïti vir periodes in Sentraal-Afrika werksaam was gedurende die 1960's en 1970's en daarna weer na Haïti teruggekeer het. Gedurende die 1970's was Haïti ook 'n gewilde vakansieoord vir homoseksuele Amerikaanse mans. Dit wil voorkom asof persone vanaf Europa en Australië in Amerika met HIV geïnfekteer is (Farthing 1988:14).

Die oorsprong van HIV is nagevors deur 'n soektog op verwante virusse in ape, aangesien ape dikwels die enigste spesie is wat deur menslike virusse aangetas word. Die eerste retrovirusse wat die mens geïnfekteer het, was volgens Gallo (1988:14) twee menslike T-limfotropiese virusse naamlik HTLV-I, wat die oorsaak van 'n rare T-sel leukemie is, en die verwante HTLV-II. In 1982 is 'n soortgelyke virus geïdentifiseer, naamlik STLV (Simian T-lymphotropic Virus). Beide HTLV en STLV kon gedurende laboratorium toetse karsinoom van T-limfosiete veroorsaak. STLV kan in 'n aap limfoïed karsinoom veroorsaak soos wat HTLV limfoïed karsinoom in 'n mens veroorsaak.

Genetiese studies ten opsigte van STLV het getoon dat HTLV nader verwant is aan die aap virusse in die Afrika-sjimpansee en Afrika-groenaap as die virus in die

Asiatiese makaak-aap. Dit dui daarop dat die Afrika STLV 'n belangriker rol speel in die oorsprong en evolusie van die menslike HTLV (Essex 1988:58).

2.6 OORDRAGING VAN HIV

HIV word deur bloed, bloedprodukte en vloeistowwe vanaf die geslagsdele versprei. In Suid-Afrika is meer as 90 persent van die VIGS gevalle die gevolg van seksuele kontak. HIV versprei dus deur vaginale, orale en/of anale seks. HIV dring waarskynlik die liggaam deur slymvliesmembrane in die vagina, penis, rektum of mond, binne (NGBO 1990:7).

Dit kan ook deur besmette bloed oorgedra word wanneer dwelmslawe naalde en spuite deel en op die manier met mekaar se bloed in kontak kom. 'n Ongebore baba kan ook tydens swangerskap deur die HIV geïnfekteerde moeder met HIV besmet word, sowel as gedurende die geboorteproses. Indien 'n HIV positiewe moeder borsvoed kan die baba ook deur die borsmelk met HIV geïnfekteer word (AIDS UNIT 1991). 'n Persoon wat HIV besmette bloed gedurende 'n bloedoortapping ontvang kan met HIV geïnfekteer word, sowel as wanneer organe van 'n HIV geïnfekteerde persoon oorgeplant word (Spiers 1990:31).

2.6.1 Hoë risikogedrag

Volgens Bennet (1988:16) is HIV 'n virus wat nie buite die menslike liggaam kan leef nie. Oordraging van HIV moet dus van persoon tot persoon, deur middel van seksuele kontak of inenting deur gekontamineerde bloed of bloedprodukte geskied.

Met identifikasie van die etiologiese agent en bewyse van hoe HIV oorgedra word, moet hoë risikogroepe vir VIGS gekategoriseer word. Die risiko vir HIV infeksie is egter gegrond op blootstelling aan die virus. Hoë risikogedrag is dus 'n meer akkurate beskrywing van die risiko om aan HIV infeksie blootgestel te word.

Persone wat hoë risiko seksuele gedrag openbaar is diegene wat seksueel aktief is en veelvuldige seksmaats het. Dit sluit homoseksuele mans, biseksuele persone asook heteroseksuele persone en prostitute in. Wanneer seks met 'n HIV positiewe persoon beoefen word, kan die virus na die ongeïnfekteerde persoon oorgedra word. Hoe meer seksmaats 'n persoon het, hoe groter die kans dat die persoon aan HIV infeksie blootgestel kan word (Jefferies 1988:44).

Hemofilie-lyers en bloed of orgaan-ontvangers kan ook aan HIV infektering blootgestel word. Sedert 1985 word alle bloedprodukte in die meeste lande vir HIV getoets. Bloedprodukte word met hitte behandel om die VIGS virus te vernietig. Dit verlaag die risiko van HIV oordraging deur bloedoortappings en/of orgaan-oorplantings. Die risiko om VIGS deur 'n bloedoortapping op te doen is een uit 40 000 (Jefferies 1988:44).

Vyf en sestig tot 91 persent van baba's van HIV positiewe moeders kan tydens swangerskap of geboorte met die virus geïnfekteer word. 'n Hoë konsentrasie HIV word ook in moedersmelk uitgeskei, dus word borsvoeding nie vir HIV positiewe moeders aanbeveel nie (NGBO 1989:12). Intraveneuse dwelmslawe kan deur die deel van HIV besmette naalde met die virus geïnfekteer word (Spiers 1990:13). Persone wat seksmaats het wat hul blootstel aan hoë risikogedrag word daardeur ook indirek blootgestel (Jefferies 1988:45).

Jefferies (1988:45) beantwoord die vraag waarom seksuele aktiwiteit gevaarlik is as volg: Tydens anale seks, wanneer die penis die anale kanaal binnedring, word die slymvlies van die rektum, wat baie dun en delikaat is, beskadig. Aangesien die anale slymvliese meer delikaat as die vaginale slymvliese is, word dit makliker beskadig en is dit dus makliker vir die VIGS virus om 'n opening in die slymvlies te vind en die menslike liggaam binne te dring. Wanneer vaginale seks beoefen en die vaginale slymvliese beskadig word, soos gebeur tydens gemeenskap, kan HIV vanaf die man se semen die vrou se liggaam binnedring. Geïnfekteerde vaginale afskeiding kan weer die man infekteer wanneer die slymvlies van die glanspenis beskadig word (NGBO 1991:45).

Orale seks bied ook 'n risiko vir HIV infektering. Tydens fellasio (soen van die penis) kan HIV in die semen die mond binnedring. Gedurende kannilingus (soen van die vagina) mag menstruele bloed en vaginale afskeiding, besmet met HIV, ingeneem word. Die mond slymvliese is dikwels beskadig en bied dan 'n ingangsroete vir HIV (Jefferies 1988:48).

Uit bogenoemde feite blyk dit dat seksuele aktiwiteit met verskeie seksmaats die grootste risiko vir HIV verspreiding inhou.

2.7 KLINIESE TEKENS EN SIMPTOME VAN VIGS

Verskeie siektes gaan met HIV infeksie gepaard en die tekens en simptome is tiperend van die bepaalde siekte. Die siektes en die verwante tekens en simptome word bespreek.

As gevolg van die progressiewe en onomkeerbare immuungebrek wat deur HIV veroorsaak word, ondervind en toon 'n HIV geïnfekteerde persoon tekens en simptome van opportunistiese infeksies en maligniteite (Grady 1988:683). Die kliniese verskynsels wat as gevolg van bogenoemde faktore ontstaan kan in vier kategorieë ingedeel word, naamlik

- a) Simptome as gevolg van die direkte effekte van HIV;
- b) Opportunistiese infeksies as gevolg van HIV geïnduseerde immuunonderdrukking;
- c) Simptome en tekens veroorsaak deur Kaposi se sarkoom;
- d) Simptome as gevolg van die gesamentlike effek van HIV geïnduseerde immuunonderdrukking en die maligne-stimulerende resultate van ander virusse (Classification system for human T-lymphotropic virus type III 1986:334).

Volgens Goddard (1989:17) ondervind persone direk na HIV infeksie 'n klierkoorsagtige siektetoestand, waarvan die simptome koors, seer keel, hoofpyne, spierpyne, 'n vel uitslag en vergrote kliere is. Teenliggame teen HIV kan vanaf drie weke tot drie maande na serokonversie in die geïnfekteerde persoon se serum opgespoor word (kyk figuur 2.3). Dit moet egter duidelik gestel word dat bogenoemde toestande nie by alle HIV geïnfekteerde persone voorkom nie. VIGS presenteer met 'n volgehoue onverklaarbare, algemene limfadenopatie, wat soms vir etlike maande met koors en ongesteldheid gepaard gaan, voordat die werklike immuungebrek sindroom in aanvang neem. Die meeste navorsers beskou algemene limfadenopatie as 'n voorloper van VIGS en bestempel dit as 'n VIGS verwante toestand (Valle 1985:301).

Een van die eerste kliniese tekens wat in 1981 met VIGS geassosieer is, was Kaposi se sarkoom (Gottlieb 1981:1425). Klassieke Kaposi se sarkoom is 'n verskynsel op die vel met 'n trae verloop in teenstelling met die voorkoms van die aggressiewe tumore in VIGS pasiënte. Hierdie aggressiewe voorkoms kan herlei word na die immuunonderdrukking (Jacobs 1987:52). Volgens Ognibene (1988:606) kan Kaposi

se sarkoom multisentriese siektes veroorsaak wat dikwels die limfnodes en ingewandsorgane affekteer. Kaposi se sarkoom kan die pulmonale areas infiltrer en respiratoriese versaking veroorsaak. Nakamuura (1988:426) beweer dat geïnfecteerde CD-4 T-sel groeifaktore, wat die verspreiding van Kaposi se sarkoom bevorder, produseer. Ensoli (1989:223) beweer op sy beurt dat Kaposi se sarkoom sel-sitokines (verandering in die sel sitoplasma) vrystel wat hul eie groei bevorder asook groei van normale menslike endoteelagtige selle en fibroblaste. 'n Persoon kan meer as een opportunistiese infeksie of maligne toestand geassosieer met VIGS op 'n gegewe tydstip ondervind.

HIV se invloed op die senuweesisteem is die belangrikste indirekte effek van HIV infektering op die menslike liggaam. Monosiete en makrofage vervoer HIV oor die bloed-brein-skans, waar die brein dan as skuilplek vir vermeerdering van HIV dien. Veelvuldige neurologiese sindrome is die direkte gevolg van HIV infeksie (Gabuzda 1987:383). Die belangrikste neurologiese sindroom is subakute enkefalitis of ook 'n VIGS demensie-kompleks genoem. Die kompleks word gekenmerk deur progressiewe demensie, psigomotoriese agteruitgang, fokale motoriese abnormaleiteite en gedragsafwykings. Omdat neurologiese verskynsels geassosieer word met sentrale senuweestelsel siektes, wat byvoorbeeld veroorsaak word deur *Toxoplasma gondii*, *Cryptococcus neoformans* of B-sel limfoom, moet daar getoets word vir die teenwoordigheid van bogenoemde infeksies by persone wat met HIV geïnfecteer is en wat met neurologiese afwykings voordoen (McArthur 1987:407).

Toxoplasma gondii, 'n protosoa, verskyn as 'n fokale enkefalitis in 'n persoon met VIGS. Dit word gekenmerk deur hoofpyn, lomerigheid, en fokale neurologiese tekens insluitend toevale (Kaplan 1987:1367; en DeVita 1985:161). Toksoplasmose by VIGS pasiënte is geneig om na 'n latente infeksie weer aktief te word as gevolg van die immuunonderdrukking. *Cryptococcus neoformans*, 'n fungus, kan meningitis in VIGS pasiënte veroorsaak. Die simptome is koors, hoofpyn, naarheid en braking, dowwe visie, meningiale irritasie (stywe nek) en verwardheid. Sommige pasiënte kan toevale kry en hul vlak van bewussyn kan varieer (DeVita 1985:161).

Ander infeksies kan ook as gevolg van HIV infektering ontstaan, byvoorbeeld soos enige siektetoestand van die ingewande wat deur wanabsorpsie gekenmerk word en slymvlies abnormaleiteite van die duodenum wat nie aan ander toestande toegeskryf kan word nie (Gillin 1985:619). Gastropatie (enige siekte of versteuring van die maag), gekenmerk deur onvoldoende gastriese suurafskeiding is al in VIGS pasiënte

geïdentifiseer. Dit word moontlik veroorsaak deur enteriese patogene infeksies soos *Salmonella* en *Campylobacter* (Lake Bakaar 1988:502). Renale wanfunksie wat dikwels gepaard gaan met proteïenuurie, word toenemend by VIGS pasiënte gevind. Dit volg op fokale segmentele glomerulosklerose (Pardo 1987:1062).

Sekondêre infeksies wat deur *Mycobacterium* spesies veroorsaak word, kom algemeen by VIGS pasiënte voor as gevolg van verlaagde immuniteit. Ekstra-pulmonale vorms van tuberkulose is ook algemene verskynsels by VIGS pasiënte byvoorbeeld tuberkulose wat die bloedstroom, die sentrale senuweestelsel, die gastro-intestinale kanaal, die limfatiese stelsel en die wat beenmurg affekteer (Blaser 1986:21; en Recommendations of the Advisory Committee for Elimination of Tuberculosis 1989:236).

VIGS pasiënte ly dikwels aan infeksies van die perianale herpes simpleks virus (HSV). Tekens en simptome wat met hierdie infeksie voordoene is die verskyning van blase wat bars en ulkuse vorm. Pasiënte ondervind erge pyn, bloeding, tenesmus (pynlike poging om die derm te ledig), of 'n rektale afskeiding (Masur 1985:161). Die sitomegalovirus (CMV) veroorsaak 'n aantal opportunistiese verskynsels by VIGS pasiënte, byvoorbeeld sitomegalovirus retinitis, waartydens die pasiënt kla van verswakte visie wat unilateraal of bilateraal kan wees. Hierdie toestand kan tot bilaterale blindheid lei. VIGS pasiënte kan ook sitomegalovirus kolitis opdoen, wat voordoene met chroniese, waterige diarree en gevolglike wanabsorpsie en gewigsverlies (Grady 1988:693). Diarree kan ook deur organismes soos *Cryptosporidium*, *Isospora belli* en *Shigella* spesies veroorsaak word (Masur 1981:1431).

VIGS pasiënte mag konvensionele bakteriële infeksies opdoen. Dit mag eerstens deur gekapsuleerde organismes soos *S.pneumoniae* of *H.influenzae* (B-tipe) veroorsaak word. Infektering met bogenoemde infeksies doen voor met pneumonie en bakteremie as gevolg van onvoldoende B-selffunksies. Tweedens kan organismes soos *Shigella* en *Campylobacter*, wat selde siektes in die normale gasheer veroorsaak, uitgebreide infeksies en bloedstroomindringing by VIGS pasiënte veroorsaak (Whimbey 1986:511; en Pelman 1988:540).

Kongestiewe kardiomiopatie kan ook by die VIGS pasiënt voorkom as gevolg van HIV infeksie van die miokard (Calabrese 1987:691). Volgens Abrams (1986:47) is daar ander onbekende kliniese verskynsels van VIGS as gevolg van immunologiese

abnormaliteite wat deur HIV veroorsaak word, insluitend outo-immuun trombositopenie (vermindering in die aantal bloedplaatjies tot onderkant die normale). Dit kan ook trombositiese purpura en verskeie endokrine en metaboliese afwykings (hiperkalsemie en adrenale afwykings) insluit (Leaf 1988:194; en Aron 1989:330).

Die kliniese simptome van VIGS geassosieer met 'n opportunistiese infeksie is 'n algemene verskynsel. Die mees algemene opportunistiese siekte is *Pneumocystis carinii* pneumonie (Masur 1981:1431). *Pneumocystis carinii* pneumonie (PCP) word gewoonlik voorafgegaan deur 'n onproduktiewe hoes en dispnee wat 'n paar dae tot weke kan duur en wat met pyn en koors gepaard kan gaan (Armstrong 1985:738). Orale en oesofageale infeksie deur *Candida albicans* is nog 'n bekende opportunistiese infeksie wat by die VIGS pasiënt voorkom. Dit gaan gepaard met 'n dik maaskaasagtige eksudaat, ongewone smaak van kos en pyn. Persone met oesofagitis mag ook 'n retrosternale brandende sensasie ondervind (Masur 1985:183).

Volgens Tramont (1987:1699) is die voorkoms van sifilis 'n groot probleem by VIGS pasiënte wat deels te wyte kan wees aan homoseksuele mans wat die VIGS "veldbrand" geïnisieer het en 'n hoë voorkoms van sifilis getoon het. Sifilis by HIV geïnfekteerde persone kan 'n kliniese en diagnostiese dilemma veroorsaak as gevolg van die pasiënt se immuunonderdrukkende toestand. Daar kan ook 'n gebrek aan reaksies teenoor tradisioneel suksesvolle antimikrobiese middels wees. Neurosifilis kan as gevolg hiervan na 'n baie kort inkubasie-periode ontstaan (Masur 1981:1431).

2.8 SAMEVATTING

HIV het waarskynlik sy oorsprong gehad in mutasies van 'n retrovirus wat verwant is aan HIV. Die terminale immuunonderdrukkende effek van VIGS is die gevolg van die vernietiging van die T₄-limfosiete. Wanneer hierdie selle vernietig word ontstaan 'n onomkeerbare immuungebrek.

Ten spyte van die feit dat VIGS eers in 1981 geïdentifiseer is, blyk dit reeds duidelik dat VIGS epidemiese afmetings in Suid-Afrika aanneem.

VIGS is slegs die toppunt van die breë spektrum wat HIV infektering veroorsaak. HIV geïnfekteerde persone is aan 'n verskeidenheid van siektes blootgestel, en sterf eindelik as gevolg van hierdie siektes omdat die immuunsisteem geen immuniteit kan bied nie.

HOOFTUK 3

PSIGOSOSIALE GEVOLGE VAN VERMOEDE VAN HIV INFEKTERING

3.1 INLEIDING

Persone wat HIV infektering vermoed ondervind meestal kommer oor VIGS en uiteindelik kommer oor die dood. Hierdie kommer manifesteer in 'n verskeidenheid veranderinge wat tot 'n mindere of meerdere mate voorkom.

3.2 VERANDERINGE IN SELFBEELD EN BEHEER

Versteurings van die selfbeeld kom algemeen voor by persone wat HIV infektering vermoed. Grain (1987) bestempel selfbeeld as 'n individu se beeld of konsep van sy eie liggaam, wat deur interne ontwikkeling en eksterne inset gevorm word. Selfbeeld word ook deur sosiale en kulturele waardes beïnvloed. Versteurings van die selfbeeld tree in as 'n persoon nie die vermoë besit om by funksionele veranderinge of by versteurings of gebreke wat in die liggaam voorkom aan te pas nie. Die persoon wat HIV infektering vermoed sal dus selfbeeld versteurings ondervind as gevolg van seksuele en ander lewenswyse-aanpassings wat gedoen moet word.

Die persoon ondervind ook 'n bedreiging van sy eie waarde. Eie waarde of self-respek word deur Neal (1986:7-8) gedefinieer as 'n individu se persepsie of evolusie van die self, gebaseer op die kwaliteit van 'n verhouding met ander mense, lewensondervinding en liggaamsbeeld. Wanneer 'n situasie 'n individu se selfaanvaarding bedreig ontstaan 'n situasie waardeur sy eiewaarde bedreig word.

'n Persoon wat HIV infektering vermoed se selfwaarde met betrekking tot seksuele identiteit is by uitstek blootgestel omdat VIGS 'n seksueeloordraagbare siekte is. Die wyse waarop die persoon hierdie blootstelling sal hanteer sal gegrond wees op die rol wat seks in sy lewe gespeel het. Dit mag meebring dat alternatiewe seksuele praktyke aangeleer sal moet word.

Die persoon wat HIV infektering vermoed kan ook aan verskeie vorms van uitputting lei. Dit gebeur wanneer die persoon nie in staat is om die gedagte van

moontlike HIV infektering self te hanteer nie. Fisieke en psigologiese uitputting kan dan voorkom. Dit duur dikwels lank vandat die reaksies ingetree het totdat die persoon hulp kom soek. Soms gebeur dit dat die persoon die uitputting verkeerdelik as 'n vroeë teken van HIV infektering beskou (Macintyre 1988:231).

Magteloosheid is 'n algemene gevoel by diegene wat vermoed dat hulle HIV geïnfekteer is en word deur Neal (1986:7) beskryf as 'n verlies aan persoonlike krag van lewensgebeurtenisse of lewensondervindings. Dit kom tot uiting wanneer 'n persoon ervaar dat hy beheer oor sy omgewing, homself, sy manier van funksionering of gedrag verloor het, gepaard met 'n verlies aan kennis oor 'n spesifieke situasie of siekte wat implikasies vir die toekoms inhou. Miller (1984:21) skryf die persoon se magteloosheid toe aan die feit dat hy moontlik 'n terminale siekte onderlede mag hê, fisieke en geestelike verliese sal ondervind, 'n potensiële verlies aan 'n loopbaan, en die moontlike verlies aan status, verhoudings en onafhanklikheid. Omdat dit meestal jong mense is wat met HIV geïnfekteer word, beskik hulle nie oor die kennis en vaardigheid om die situasie te hanteer nie. (Gee 1988:366).

Magteloosheid gee aanleiding tot frustrasie omdat die persoon nie by magte is om daadwerklik sy situasie te verander nie. Dit lei tot moedeloosheid wat in woede teenoor homself, sy seksuele gewoontes en sy seksmaat/s, oorgaan. Deur uiting aan bogenoemde gevoelens te gee kom die situasie van oordrewe bevraagtekening dikwels voor. Openbaring van aggressiewe gedragsspatrone dui daarop dat die persoon 'n poging aanwend om beheer oor die situasie te kry (Gee 1988:367).

Die persoon wat HIV infektering vermoed, sukkel dikwels om te konsentreer as gevolg van die gedragsverandering wat plaasvind en dit bring 'n onvermoë mee om sy probleme te hanteer (Macintyre 1988:231). Die persoon mag verward voorkom en onbevoeg wees om sy dagtaak uit te voer, te leer of om kennis weer te gee (Gee 1988:367).

3.3 VERANDERINGE IN OMGANG MET ANDER PERSONE

Verdere veranderinge wat by die persoon voorkom wat HIV infektering vermoed, is versteuring van emosionele ewewig (Macintyre 1988:231). So byvoorbeeld ervaar die kliënt moegheid en swakheid wat daaglikse funksionering en sosialisering aan bande lê. Die veelvuldige orale infeksies kan indirek lei tot sosiale isolasie, veral

wanneer vriende en gesinslede daarvan bewus is (Macintyre 1988:217; Cain 1987:4; en Miller 1984:84).

As gevolg van hierdie versteuring onttrek die persoon hom dikwels aan bestaande vriendskappe en knoop baie moeilik weer nuwe vriendskappe aan. Hierdie faktore lei dan tot die gedragsversteuring sosiale onttrekking, 'n bekende verskynsel in verswakte gevalle.

Omdat persone wat vermoed dat hulle met HIV geïnfekteer is dikwels min kennis van VIGS het, onttrek hulle op sosiale gebied weens wanopvattinge oor die siekte (Macintyre 1988:232). Kommunikasie kan vir so iemand 'n groot probleem word, veral kommunikasie met sy seksmaat/s en dit veroorsaak ook probleme met seksuele aktiwiteite (Poole 1998:36).

Die gevolg van sosiale onttrekking is sosiale isolasie. 'n Verdere gevolg van sosiale isolasie is die VIGS histerie wat voortspruit uit die stigma wat aan VIGS kleef. Hieruit spruit weer teleurstellings oor gesinsondersteuning, aangesien die gesin dikwels hul rug op die persoon draai, moonlik as gevolg van sy gedragspatrone, wat tot verdere sosiale onttrekking lei. As gevolg van die sosiale onttrekking word min kontak met die vriendekring gemaak en sodoende lei vriendskappe skade en loop hulle dikwels dood. Aangesien die persoon in 'n situasie van sosiale isolasie verkeer ontstaan eensaamheid en hartseer wat weer die kringloop van onttrekking versterk (Gee 1988:367).

3.4 GEMOEDSVERSTEURINGS

Gemoedsversteurings wat gekenmerk word deur buierigheid is dikwels by die persoon waarneembaar (Macintyre 1988:322). Huilerigheid is ook 'n algemene verskynsel by die persoon wat HIV infeksie vermoed, want huil word deur die persoon gebruik om uiting aan sy emosies te gee. Dit is vir hom 'n donker, onaanvaarbare gedagte dat hy moontlik met HIV geïnfekteer kan wees.

Neerslagtigheid wat ook algemeen by die persone voorkom, word in drie komponente verdeel. Eerstens kom negatiewe gedagtes voor wat herlei kan word na hulpeloosheid, verlies aan selfbeheersing, verwerping, lae selfbeeld en 'n gevoel van onvoldoening. Tweedens volg fisiologiese reaksies soos verlies van eetlus, energie-, libido- en slaap-versteurings op negatiewe gedagtes. Derdens volg gedragsafwykings

soos vermyding en onttrekking, afname in spraak- en bewegingspoed en hartseer (Coping with AIDS 1988:43).

3.5 VREES EN ONSEKERHEID

Vrees om siek te word en dood te gaan ontstaan by die persoon wat vermoed dat hy HIV positief is, sowel as by die persoon wat reeds HIV positief gediagnoseer is (Caine 1987:44). Caine beskryf vrees as 'n emosionele respons op 'n bewuste erkende, interne en/of eksterne bron van gevaar. Vrees vir verlies aan selfbeheer ontstaan sowel as vrees om afhanklik van ander te word, hul werk te verloor en gepaardgaande finansiële probleme te ondervind. Vrees mag ook ontstaan dat die geïnfekteerde persoon die virus aan sy seksmaat of kind kan oordra.

Vrees en onsekerheid by die vroue wat vermoed dat hulle met HIV geïnfekteer is, is te wyte aan die potensiële verlies van die vermoë om kinders te baar, wat vir baie vrouens 'n lewensideaal is. Indien 'n swanger vrou HIV infektering vermoed, ontstaan 'n probleemsituasie as gevolg van die hoë risiko van HIV oordraging tydens die perinatale stadium. Die moeder dink aan die moeilike keuse van terminering van haar swangerskap of die voortsetting daarvan en die baring van 'n HIV positiewe baba. Beide situasies is emosioneel traumaties vir die vrou (Poole 1988:36).

Die gedagte aan verlies van konsentrasievermoë, verstandelike verwarring en progressiewe demensie is van die grootste angswekkende faktore waarmee persone wat HIV infektering vermoed, te doen kry. Dit lei ook tot gedagtes aan die dood. Die vrees om jonk te sterf (die meeste VIGS pasiënte sterf tussen 25 en 40 jarige leeftyd) veroorsaak spanning (Gee 1988:364).

Die wete dat 'n persoon moontlik met HIV geïnfekteer is, dompel hom in 'n krisis wat spanning veroorsaak (Maddix 1989:32). Volgens Selye (1985:48) is spanning 'n nie-spesifieke respons van die liggaam op enige opdrag wat die liggaam ontvang. Spanning vereis aanpassing by die probleem, ongeag wat die probleem behels. Volgens Selye word siektes deur spanning veroorsaak omdat aanpassing deur die liggaam afgedwing word.

Angs word deur Caine (1985) beskryf as 'n ongemaklike gevoel van spanning wat verskyn as gevolg van enige nie-spesifieke bedreiging van 'n persoon se biologiese

integriteit en/of selfkonsep. Die oorsprong is dikwels ongedefinieerd en dit kan varieer van lig, matig, ernstig tot paniek. Onbeantwoorde vrae wat ontstaan by die vermoede van HIV infektering wek dikwels spanning by die persoon (Coping with AIDS 1988:45).

Vrees vir HIV infektering ontstaan by persone wat seksueel aktief is. Die besluit om 'n HIV toets te ondergaan kan 'n probleem skep deurdat die behoefte om " te weet " teenwoordig is, maar inligting tot die persoon se beskikking nie geglo word nie. Angsvlakke wat baie hoog kan styg wanneer 'n persoon besluit om hom te laat toets mag ontstaan as gevolg van die wagperiodes, wat duur vanaf bloedtrekking vir die toetsing totdat die uitslag bekend is. Vrees vir identifisering en vir die uitslag kan ontstaan (Gee 1988:362).

3.6 SAMEVATTING

Verskeie psigososiale gevolge ontstaan by persone wat HIV infektering vermoed. Veranderinge in selfbeeld en selfbeheer kom algemeen voor. Versteurings van emosionele ewewig veroorsaak veranderinge in omgang met ander persone. So ook word verskeie gemoedsversteurings by die persone waargeneem.

HOOFSTUK 4

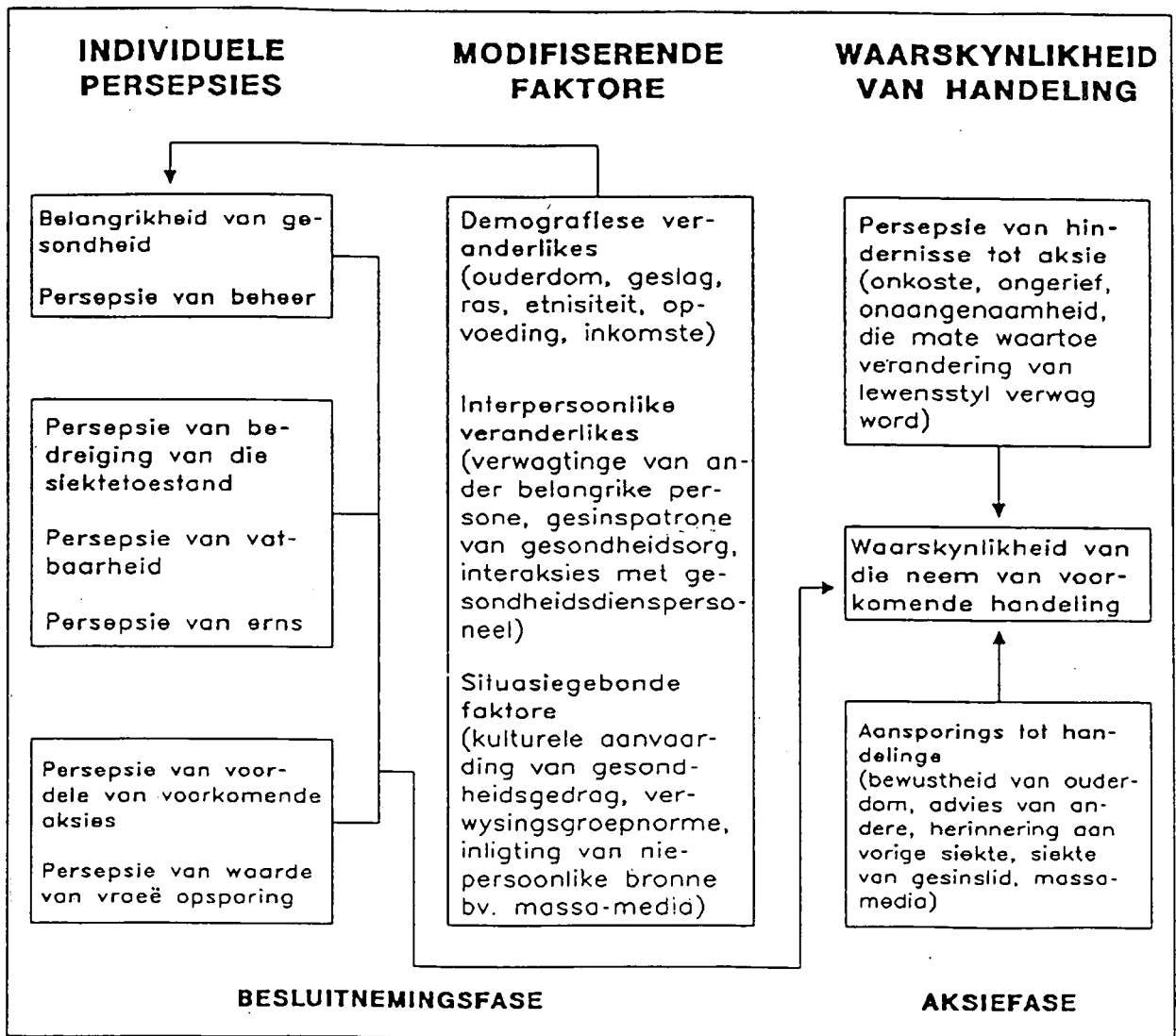
VERPLEEGSORG VAN PERSONE WAT HIV INFEKTERING VERMOED

4.1 INLEIDING

Die Gesondheidsoortuigingsmodel word as teoretiese begronding vir verpleegsorg gebruik. Die model is vir hierdie studie aangepas en die rasionaal vir die aanpassing word bespreek.

Die gesogte model (Calnan & Rutter 1986:673) wat in die vroeë vyftiger jare deur 'n groep sosiaalsielkundiges naamlik Rosenstock, Hochbaum en Kegeles ontwikkel is, word deur Pender (1987:43) as 'n model vir gesondheidsbeskermende gedrag beskryf. Die Gesondheidsoortuigingsmodel het al herhaaldelik in verskeie studies die belang van die besef van gesondheid uitgewys en dat individue dan gesondheidsaanpassings maak omdat hulle gesondheid vir hulself die van uiterste belang is (Calnan 1984:198). Faktore soos geslag, ouderdom en geografie beïnvloed egter die individu se siening van die belang van gesondheid (Kawash 1980:219). Vir die doel van hierdie studie sal die drie bogenoemde faktore afsonderlik bespreek word.

Die Gesondheidsoortuigingsmodel fokus op spesifieke siektevoorkomende gedrag vir 'n bepaalde siekte. Die Gesondheidsoortuigingsmodel is dus siekte spesifiek en nie aksie spesifiek nie (Pender 1987:47) (sien figuur 4.1). Becker het in die sewentiger jare die Gesondheidsoortuigingsmodel gemoderniseer (Pender 1987:48). Die oorspronklike model word in figuur 4.1 gedemonstreer. Figuur 4.2 verduidelik hoe die model ten opsigte van VIGS aangepas is. Tans bestaan die Gesondheidsoortuigingsmodel uit verskeie komponente naamlik individuele persepsies, modifiserende faktore, en veranderlikes wat die inisiërende aksies tot gedragsverandering sal beïnvloed.



FIGUUR 4.1: Die gewysigde gesondheidsoortuigingsmodel van Pender

Hoewel verpleegsorg beraming, beplanning, implementering en evaluering insluit, word vir die doel van die studie slegs aan beraming en beplanning van verpleegaksies aandag geskenk.

Die Gesondheidsoortuigingsmodel kan in drie hoof kategorieë gedeel word naamlik,

- modifiserende faktore,
- individuele faktore, en
- waarskynlikheid van handeling.

Modifiserende faktore werk direk in op die persoon se individuele persepsies van sy

- siening van die belang van sy gesondheid,
- beheer oor gesondheid,
- vatbaarheid vir die siekte,
- beleving van die erns van die siekte,
- beleving van voordele ter voorkoming van VIGS.

Die persoon se individuele persepsies sal weer op hul beurt die waarskynlikheid van sy handeling beïnvloed, dit wil sê, wanneer die persoon negatiewe elemente van die siekte opweeg teenoor goeie gesondheid, sal hy sy risikogedrag verander om die siekte te vermy.

4.2 RASIONAAL VIR BERAMING

Die volgende faktore is volgens die Gesondheidsoortuigingsmodel van belang vir die beraming van 'n persoon wanneer die verpleegsorg op die verandering van gesondheidsbedreigende gedrag gerig is.

4.2.1 Modifiserende faktore

Modifiserende faktore word in drie afdelings verdeel naamlik

- 1) demografiese veranderlikes,
- 2) interpersoonlike veranderlikes, en
- 3) situasiegebonde veranderlikes (kyk figuur 4.2).

4.2.1.1 Demografiese faktore

Eienskappe soos geslag, ouderdom en geografie is modifiserende faktore vir gesondheid (Pender 1987:49).

4.2.1.1.1 Geslag

In hierdie afdeling sal daar ook aangetoon word in watter mate omgewingsfaktore 'n rol ten opsigte van geslag speel aangesien duidelike verskille tussen die verstedelike man en die plattelandse man waargeneem kan word (kyk figuur 4.2).

GESONDHEIDSOORTUIGINGSMODEL SOOS AANGEPAS VIR HIERDIE STUDIE

MODIFISERENDE FAKTORE

DEMOGRA- FIESE VER- ANDERLIKES	INTERPER- SOONLIKE VERANDER- LIKES	SITUASIE- GEBONDE VERANDER- LIKES
Geslag	Seksuele voorkeur	Kennis van HIV/VIGS
Ouderdom	Sosio- ekonomiese klas	
Gebied	Groepsdruk	

WAARSKYNNLIKHEID VAN HANDELING



INDIVIDUELE PERSEPSIES

PERSEP- SIE VAN BELANG VAN GE- SOND- HEID	PERSEP- SIE VAN BEHEER OOR GE- SOND- HEID	PERSEP- SIE VAN VATBAAR- HEID VIR HIV	PERSEP- SIE VAN ERNES VAN VIGS	PERSEP- SIE VAN VOORDELE TER OOR- KOMING
Besorgd- heid oor ge- sondheid	Vermoë om kanse te vermin- der om HIV op te doen	Kans om VIGS te kry	Hoe siek sal hy wees	Vermoë om voor- komend op te tree

FIGUUR 4.2: Gesondheidsoortuigingsmodel soos aangepas vir hierdie studie

Dit blyk dat slegs drie miljoen van die agt miljoen HIV geïnfekteerdes oor die hele wêreld, vroue is. Vroue speel egter dikwels 'n beduidende rol in die verspreiding van gesondheidsinligting asook in die versorging van siekes. Daarom is vroue dus meer aanpasbaar tot die Gesondheidsoortuigingsmodel (Noticeboard 1990:1373). Jamison (1991:18) staaf die feit dat HIV infektering veral in die sub-Sahara streek hoofsaaklik onder mans voorkom omdat die manlike geslag nie hul seksuele gewoontes maklik aanpas of verander nie.

Geslag is 'n belangrike demografiese veranderlike in die motivering tot siektevoorkomende gedrag. Dit blyk dat vroue, in vergelyking met mans, meer geneig is om siektevoorkomend op te tree (Pender 1987:52).

Hoewel VIGS aanvanklik in die RSA hoofsaaklik onder homoseksuele mans voorgekom het, is dit tans nie meer die geval nie (NGBO 1991:91). Die insidensie onder heteroseksuele persone styg dramaties (NGBO 1991:227). Vroue is dus tot 'n toenemende mate betrokke by VIGS en die verspreiding daarvan. 'n Soortgelyke situasie word ook in ander wêrelddele aangetref.

Studies wat op verskeie groepe in Amerika deur Parkinson (1987:77) en Robertson (1987:209) gedoen is om groepe wat risikogedrag vir HIV infektering inhou te identifiseer, het getoon dat manlike en vroulike intraveneuse dwelmslawe, vroulike prostitute, homoseksuele mans, en hemofilielyers wat HIV besmette plasma ontvang het met HIV geïnfekteer kan word. Heteroseksuele individue kan ook met die virus besmet word indien hulle seksuele verhoudings met HIV geïnfekteerde seksmaats het. Hierdie stelling is bewys deur Johnson (1989:367) wat 98 proefpersone gebruik het wat seksuele kontak met HIV positiewe seksmaats gehad het. Konde-Lule (1989) het 'n studie met 3907 proefpersone gedoen om vas te stel of daar 'n korrelasie bestaan tussen die aantal manlike HIV positiewe persone en die aantal vroulike HIV positiewe persone. Sy bevinding was dat 12,5 persent vroue met HIV geïnfekteer was teenoor die 8,8 persent HIV geïnfekteerde mans. Uit hierdie studie blyk dit dus dat meer vroue met HIV geïnfekteer word. Die bestudering van ander studies toon aan dat daar nie net op die bevindings van 'n enkele studie gekonsentreer kan word nie. Andrien (1989:1) het deur sy studie getoon dat HIV -infektering in homoseksuele sowel as biseksuele persone voorgekom het. Valdespino (1989:22) het 'n studie in Mexico geloods om vas te stel onder watter geslag HIV verspreiding die vinnigste toeneem. Sy bevindings dui egter daarop dat HIV verspreiding vinniger onder die heteroseksuele en biseksuele

bevolking toeneem as onder die homoseksuele bevolking. HIV infektering kom dus onder albei geslagte voor, maar indien een geslag meer geneig is om siektevoorkomend op te tree, sal die voorkoms van HIV in daardie geslag daal. Sachdev (1990:431) beweer egter dat gedragsverandering nie net op grond van geslag geëvalueer kan word nie, aangesien ander faktore soos groepsdruk en omgewingsfaktore 'n groot rol by die onderskeie geslagte speel. Afhangende van omstandighede kan beide geslagte wel gemotiveer word om gedrag te verander na aanleiding van gesondheidsoortuigings.

'n Omgewingsfaktor wat 'n definitiewe invloed op die aanleer van VIGS voorkomende gedrag het, blyk verstedeliking te wees. Dit wil veral voorkom of die verstedelikte man nie oortuigbaar, of moeilik oortuigbaar, is vir gesondheids-gedragsveranderinge. Dit spruit dikwels uit die feit dat mans na stedelike gebiede verhuis as enkellopers wat lei tot promiskue lewenswyses wat hulle in die hoë risikogedragspatrone-groep ten opsigte van HIV infektering plaas (Ponninghaus 1990:1198).

Betrand (1990:55) het 'n studie geloods om vas te stel watter geslag meer tot buite-egtelike verhoudings neig. Sy bevindinge toon dat 23 persent van alle getroude mans in Zaïre buite-egtelike verhoudings beoefen teenoor die een persent buite-egtelike verhoudings van vroue. Betrand (1990:55) se bevindinge bring verdere feite aan die lig, naamlik dat mans wat buite-egtelike verhoudings beoefen meer in wanopvattinge in verband met VIGS glo as vroue. Hieruit kan dus afgelei word dat vroue meer oortuigbaar is vir gedragsveranderinge ten opsigte van gesondheid en dat hulle meer geneig sal wees tot siektevoorkomende gedrag as mans.

Ter opsomming blyk dit dus uit bogenoemde feite dat geslag wel 'n rol speel met betrekking tot HIV infektering. Dit is duidelik dat vroue gesondheid van groter belang ag as mans. Brown (1988:504), ter afsluiting, het ook in 'n studie aangaande veiliger seksuele gebruike gevind dat tienerdogters meer geneig is om veiliger seksuele praktyke toe te pas as seuns. Brown se navorsing bewys verder dat seuns meer geneig is om te ontken dat hul met HIV geïnfekteer kan word en indien dit gebeur, plaas hulle die blaam daarvoor op iemand anders. In die studie bewys Brown (1988:504) dat die seuns wat deelgeneem het aan die studie steeds ander persone vir hul gesondheid verantwoordelik hou.

Dit is dus duidelik dat vroue makliker oortuigbaar is om hul gedragspatrone aan te pas ten opsigte van gesondheidsbevordering as mans, aangesien vroue gesondheid van groter belang ag as mans.

4.2.1.1.2 Ouderdom

Ouderdom is 'n modifiserende faktor wat 'n definitiewe rol in siektevoorkomende gedrag speel (kyk figuur 4.2).

Garland (1989:3161) het in 'n ondersoek oor die seksuele gedrag van dienspligtiges bevind dat risikogedrag wat tot die verspreiding van HIV aanleiding kan gee, voorgekom het. Garland se bevindinge word deur Ralph (1990:93) gestaaf deur 'n studie wat hy geloods het om vas te stel in watter ouderdomsgroep die meeste HIV infektering in die VSA voorkom. Die grootste groep VIGS gevalle het in die ouderdomsgroep 20-29 jaar voorgekom. Wanneer in ag geneem word dat 'n gemiddelde periode van ongeveer agt jaar verloop vandat infektering met HIV plaasgevind het, tot VIGS intree, word die persone as tieners met HIV geïnfekteer. Hierdie tendens dat HIV infektering veral onder tieners voorkom is nie net in die VSA waargeneem nie, maar kom ook in die sub-Sahara gebied voor. In hierdie streek is 20-30 persent van alle seksueelaktiewe individue tussen die ouderdomme van 20-40 jaar met HIV geïnfekteer (Harris 1990:387). Hieruit kan dus afgelei word dat indien die individue reeds in hul vroeë twintiger jare met HIV geïnfekteer is die infeksie reeds gedurende die tienerjare plaasgevind het. Parkinson (1987:77) en Robinson (1987:209) bevestig ook die feit dat die meeste HIV positiewe gevalle tussen die ouderdomsgroepe 20 tot 40 jaar voorkom. Dit bevestig weer eens dat HIV infektering gedurende die tienerjare plaasvind.

Manning (1989) het 'n studie gedoen om vas te stel wat die insidensie van tiener seksuele aktiwiteite is en of die gevaar wel bestaan dat tieners met HIV geïnfekteer kan word. Sy bevindings was ter stawing van bogenoemde studies naamlik, dat die insidensie van tiener seksuele aktiwiteite baie hoog is en as gevolg daarvan bestaan 'n sterk moontlikheid dat tieners met HIV geïnfekteer kan word. In Suid-Afrika kom die meeste VIGS gevalle ook in die ouderdomsgroep 20 tot 40 jaar voor, wat korreleer met die voorkoms in die res van die wêreld (SAIMN 1990:7).

Daar is 'n baie gevaarlike houding onder tieners wat hulle aan HIV infektering kan blootstel. Tieners glo nie dat hul met HIV geïnfekteer kan word nie en daarom hou

VIGS nie vir hulle 'n bedreiging in nie. As gevolg van hierdie houding en wanopvattinge staan tieners ook baie afsydig teenoor die toepassing van veiliger seksuele praktyke. Op grond van hierdie twee feite kan aanvaar word dat tieners in 'n ouderdomsgroep val wat 'n uiters hoë risiko vir HIV infeksie toon, dit wil sê as gevolg van hul houding sowel as hul seksuele gedragspatrone. Hierdie beeld word verder verdonker as in ag geneem word dat 'n groot persentasie van getroude individue onder die ouderdom van 35 jaar buite-egtelike verhoudings het en die verhoudings bestaan veral met jong persone.

Uit bogenoemde aanhalings word dus bewys dat tieners nie geneig is om siektevoorkomend op te tree nie en ook nie veel belang aan gesondheid heg nie.

Tieners kan egter wel oortuig word met behulp van die Gesondheidsoortuigingsmodel om hul gedragspatrone te verander en moontlike blootstelling aan HIV te vermy. Caron (1990:33), het ter staving van bogenoemde aanname 'n opvoedkundige VIGS program in skole geïmplementeer waarby biologiese, morele en godsdienstige aspekte betrek is. Tydens hierdie program is deeglike kennis in verband met VIGS, houding ten opsigte van gesondheid en praktiese voorbeelde in verband met HIV infeksie bespreek. Hierdie feitelike kennis het die tieners gehelp om die mediese, etiese en emosionele komponente van VIGS en HIV infeksie te ontdek en te begryp. 'n Verdere aspek wat in die program bespreek is, is die belangrikheid om self verantwoordelikheid te neem vir jou eie seksuele dae en om self besluite daarvoor te neem. Ander onderwerpe wat ook in die program vervat is, is alternatiewe vorms van seks asook veiliger seksuele praktyke. Aggleton (1989:88) bewys verder dat wanneer tieners op 'n vroeë ouderdom onderrig oor VIGS ontvang hulle baie positief reageer ten opsigte van die voorkoming van VIGS en dus siektevoorkomend optree. Aggleton (1989:88) het bevind dat slegs een uit elke vyf individue in sy steekproef, wat bestaan het uit 'n groep 22- tot 34- jariges wat seksueelaktief is, veiliger seksuele praktyke beoefen indien hul eers op 'n laat ouderdom VIGS voorligting ontvang het. Die teendeel is egter bewys dat indien tieners of individue VIGS voorligting op 'n vroeë ouderdom ontvang, hul in groter persentasies van veiliger seksuele praktyke gebruik maak. Aggleton (1989:88) vind dat 47 persent van sy proefpersone wat 16 en 17 jariges was, reeds van veiliger seksuele praktyke gebruik gemaak het indien hulle op 'n baie vroeë ouderdom VIGS voorligting ontvang het.

4.2.1.1.3 Geografiese gebied

Die derde demografiese faktor van belang in die motivering tot en die aanleer van VIGS voorkomende gedrag, is geografie (kyk figuur 4.2).

Dit blyk uit statistiese berekeninge dat die geografiese verspreiding van HIV nie eenvormig is nie en dat kontinentale verskille ook voorkom. Meer HIV positiewe gevalle kom in stedelike gebiede voor as wat daar in landelike gebiede voorkom (Kreiss 1990:955). Hierdie statistiese berekeninge is gedoen op grond van 'n studie wat Kreiss (1990:95) in die sub-Sahara streek gedoen het. Dit word ook in 'n verslag van die Wêreld Gesondheidsorganisasie (1990:171) weerspieël.

Dit blyk dat die lande in Afrika wat die swaarste deur die VIGS pandemie getref is, dié in die sentrale, oostelike en suidelike gebiede is (Piot 1988:573). As daar in ag geneem word dat Suid-Afrika ook een van die suidelike lande van Afrika is, kan aanvaar word dat dieselfde geografiese probleme in Suid-Afrika ondervind sal word as in die res van Afrika. Schoub (1990:613) bevestig dat Suid-Afrika se geografiese verspreiding van HIV en VIGS die voorbeeld van die res van Afrika volg. In 'n epidemiologiese studie deur Schoub (1990:614) is geografiese waarnemings gedoen waardeur bevind is dat 'n gradiënt van HIV positiewe gevalle in Natal tot in die Witwatersrand gevorm word, waarvandaan dit afplat na die Kaapprovinsie.

In die Suid-Afrikaanse plattelandse gebiede is die voorkoms van HIV laer as in die stedelike gebiede. Die feit dat HIV meer in stedelike gebiede voorkom as in plattelandse gebiede kan te wyte wees aan die uittoeg uit plattelandse gebiede na die stede waar 'n groter konsentrasie van mense teenwoordig is en vrye seks meer toegepas word as gevolg van stedelike anonimiteit, verwydering van gesinslede, sowel as makliker bereikbaarheid en beoefening van prostitusie. Alhoewel HIV in groter konsentrasies in stedelike gebiede voorkom kan dit volgens Ponnighaus (1990:1198) ook na die landelike gebiede versprei. Hierdie verspreiding geskied as plattelandse werkers by stedelike firmas en konstruksies gaan werk en periodiek na hulle gesinne op die platteland terugkeer.

'n Gebrek aan kennis in verband met VIGS in die stedelike gebiede kan ook 'n bydraende faktor wees tot die groter aantal HIV gevalle in die stedelike gebiede. Aangesien gesondheidsvoorligting geografies nie eweredig versprei word nie en mediese dienste geografies nie ewe gereedlik bereikbaar is nie, is gesondheids-

dienste in die stede soms oorvol en kan siektevoorkomende inligting nie na behore versprei word nie. Die lang werksure en pendeltye speel ook 'n rol in die onbereikbaarheid van gesondheidsdienste vir die stedeling (Logsdon 1989:2499). Steyn (1990:4) beweer dat alhoewel plattelandse gebiede wyd strek, gesondheidswerkers wel vanaf hul klinieke uitbeweeg na die mees afgeleë gebiede om gesondheidsvoorligting daar te doen.

Opsommend blyk dit dat die beskikbaarheid van prostitute, vryer vloei van geld, verbreking van gesinsbande en die groter anonimiteit, wat deur verstedeliking aangemoedig word, veroorsaak dat daar 'n groter konsentrasie van HIV positiewe gevalle in die stedelike gebiede voorkom.

4.2.1.2 Interpersoonlike veranderlikes

4.2.1.2.1 Geslagsvoorkeur

Die seksuele voorkeure van persone is 'n faktor wat tydens motivering tot VIGS voorkomende gedrag in gedagte gehou moet word.

Daar sal in hierdie afdeling gepoog word om te bewys dat gedrag ten opsigte van seksuele voorkeur wel gedrag ten opsigte van siektevoorkoming beïnvloed (kyk figuur 4.2). Verskeie studies sal aangehaal word om bogenoemde aanname te staaf. In 'n uitgebreide studie wat deur Beck (1989:394) gedoen is, is 6923 proefpersone vir moontlike HIV infektering getoets. Beck wou vasstel watter rol homo/heteroseksuele gedrag speel in HIV infektering. Hy het gevind dat agt persent (558 persone) van die proefpersone met HIV geïnfekteer was. Homo- en biseksuele mans het 84 persent van die positiewe getal gevorm teenoor die sewe persent van die heteroseksuele mans. Die oorblywende persentasie het ander bydraende risikofaktore ingesluit en is dus vir die doel van die studie buite rekening gelaat. Heteroseksualiteit vrywaar of verlaag egter nie die moontlikheid om met HIV geïnfekteer te word nie. Persone wat aan hoë risiko seksgedrag deelneem stel hulself bloot aan HIV infektering (Windle 1989:505). Spier (1990:10) onderskryf die stelling deurdat hy beskryf dat HIV infektering volg op penetrerende seks, ongeag die seksuele voorkeur van die seksmaat. Die feit dat 'n spesifieke seksuele voorkeur nie 'n rol speel in die verspreiding van HIV nie, word duidelik in Afrika bewys waar VIGS veral 'n heteroseksuele probleem is. Die tempo waarteen VIGS aanvanklik onder heteroseksuele persone versprei het, was stadiger as die verspreidingstempo

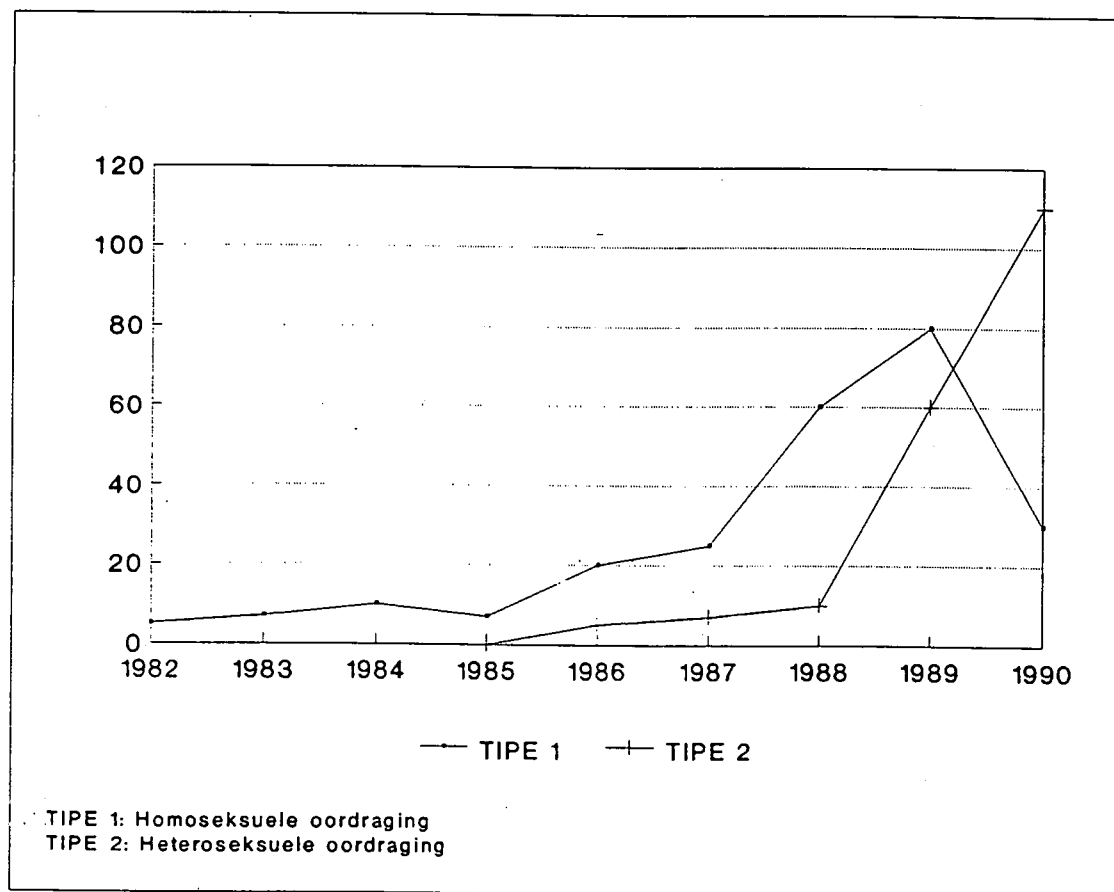
onder homoseksuele individue aangesien die heteroseksuele persoon sy seksmaat vir langer periodes behou as die homoseksuele of biseksuele individu. Spier (1990:12) voorspel ook dat die heteroseksuele patroon van VIGS verspreiding die "VIGS toneel" sonder twyfel in die toekoms gaan oorheers.

Aangesien daar genoeg bewyse bestaan dat seksuele voorkeure nie 'n faktor ter bevordering van HIV infeksie is nie, ontstaan die vraag watter van die groepe die maklikste oortuig sal word om gedragsveranderinge ten opsigte van gesondheidsbevordering toe te pas. Logsdon (1990:249) beweer dat albei groepe op gelyke vlak oortuig kan word om siektevoorkomend op te tree. Joseph (1990:1-11) het 'n studie onder homoseksuele mans gedoen, waar hy eers vasgestel het wat die voorkoms van veiliger seksuele praktyke is, daarna het hy VIGS voorligtingsprogramme geloods. Hierna het hy weer 'n opname in verband met veiliger seksuele praktyke gedoen. Sy bevindinge het getoon dat 53 persent van die homoseksuele mans veiliger seksuele praktyke begin beoefen het nadat hulle op die gevare van VIGS gewys is. Hy het ook verder gegaan en die belangrikheid van gesondheid teenoor VIGS opgeweeg, dit wil sê die gesondheidsoortuigingsmodel van toepassing gemaak en daarna het 'n verdere 32 persent van die proefpersone anale seks vermy en 'n verdere 24 persent het of anale seks vermy of kondome gebruik tydens seksuele kontak.

Stall (1990:1188) het 'n gesondheidsbevorderingsprogram, wat veral op VIGS gemik was, onder homoseksuele mans geloods. Na die promosie het verskeie individue hul risikogedragpatrone ten opsigte van VIGS verander om VIGS voorkomend op te tree. Tydens 'n tweede studie wat Stall (1990:1188) onder homoseksuele mans oor 'n periode van vier jaar gedoen het, het hy 'n afname van 76 persent in risikogedragpatrone waargeneem nadat VIGS gevare uitgewys is en motivering ten opsigte van siektevoorkoming gedoen is. Tydens 'n ander geleentheid is VIGS voorligtingsprogramme in San Francisco aangebied en na hierdie projek was daar ook 'n afname in die risikogedragpatrone ten opsigte van VIGS onder homoseksuele mans (Becker 1988:409). Aangesien daar in die aangehaalde studies net klem gelê word op homoseksuele mans is dit nodig om aan te dui dat volgens Corless (1988:67) daar nog geen gedokumenteerde gevalle was waar homoseksuele vroue HIV onder mekaar versprei het nie.

Verskeie studies is reeds aangehaal waarin verwys word na gedragpatrone onder homoseksuele mans en waarin daarop gewys word dat daar ook na die heteroseksuele bevolking gekyk moet word. Wanneer daar gelet word op die vinnige

toename van VIGS en HIV infektering onder heteroseksuele individue, wil dit wel blyk dat homoseksuele mans meer oortuigbaar is ten opsigte van gesondheidsbevordering. Met verwysing na onderstaande figuur 4.3 kan daar bewys word dat daar 'n definitiewe afname van HIV verspreiding onder homoseksuele individue is, maar 'n eksponensiële groei onder die heteroseksuele bevolking.



FIGUUR 4.3: Aantal VIGS gevalle deur metode van oordraging (Health Trends in S.A. 1991:44)

4.2.1.2.2 Sosio-ekonomiese faktore

In hierdie afdeling sal die verband tussen sosio-ekonomiese status en siektevoorkomende gedrag ontleed word (kyk figuur 4.2). Die verband tussen sosio-ekonomiese status en siektevoorkomende gedrag is in 'n beskrywende studie deur Nemceck (1990:127) opgesom. Volgens Nemceck (1990:127) word sosio-ekonomiese status beskryf as 'n kombinasie van sosiale en ekonomiese faktore, insluitend inkomste, besitting, opvoeding en opleiding, wat dan dui op 'n individu se

sosiale klas ten opsigte van ander individue in die gemeenskap. Nemceck (1990:138) bevind ook dat daar 'n duidelike ooreenkoms tussen sosio-ekonomiese status en siektevoorkomende gedrag is.

Matthews (1990:20) het in 'n studie gevind dat kennis met betrekking tot VIGS in laer sosio-ekonomiese klasse baie gebrekkig is. Tydens die studie het verskeie faktore na vore gekom wat getoon het dat hierdie groep dikwels hoë risikogedragspatrone openbaar wat hulle meer aan HIV infeksie kan blootstel. Laer ekonomiese status gaan dikwels gepaard met hulpeloosheid, psigiese swaakteid, sosiale isolasie en 'n lae finansiële inkomste. 'n Gebrek aan siektevoorkomende gedrag is positief met bogenoemde faktore geassosieer (Nemceck 1990:136). Die feite word verder gesteun deur 'n verslag wat deur die Panos Instituut (1990:304) gepubliseer is, waarin verklaar word dat sosio-ekonomiese faktore 'n merkbare invloed op die verspreiding van HIV het, sowel as op die ontvanklikheid vir gesondheids-motiverende inligting soos byvoorbeeld inligting ter voorkoming van VIGS.

In 'n oorsigtelike rede oor Suid-Afrikaanse VIGS toestande en die VIGS pandemie beweer Sher (1990:314) dat alle sosio-ekonomiese groepe met HIV geïnfekteer kan word indien hulle aan hoë risikogedrag deelneem. Hoër sosio-ekonomiese klasse tree volgens Eyler (1989:109) meer gesondheidsbewus op en hulle is meer beïnvloedbaar ten opsigte van positiewe gesondheid. Daarom sal hulle hul gedrag makliker aanpas om siektevoorkomend op te tree as wat laer sosio-ekonomiese klasse dit sal doen.

Nemceck (1990:136) het getal werksure, opvoedkundige kwalifikasies, gesondheid en inkomste as aanwysers gebruik om gesondheidsbewustheid te bepaal. Hy het bevind dat volwassenes wat meer as 25 uur per week werk 'n redelike of hoë opvoedkundige peil bereik het, 'n "goeie" werk beoefen en 'n groot inkomste het, baie meer gesondheidsbewus is as individue met 'n laer sosio-ekonomiese status. Die studie bewys verder dat daar 'n hoë korrelasie tussen sosio-ekonomiese status en die graad van siektevoorkomende gedragpraktike bestaan (Nemceck 1990:136).

Uit bogenoemde feite kan die afleiding gemaak word dat enige sosio-ekonomiese groep met HIV geïnfekteer kan word mits hul deel in hoë risikogedragspatrone. Aangesien hoër sosio-ekonomiese klasse meer gesondheidsbewus is, sal hulle meer

geneig wees tot gesondheidsbevordering en VIGS voorkomende gedragspatrone makliker aanleer.

4.2.1.2.3 Groepsdruk

Groepsdruk, het veral onder adolessente 'n dubbele funksie. Eerstens beïnvloed dit die tiener se selfkonsep en tweedens word sy persoonlikheid gevorm na die beeld van die groep (Hurlock 1986:188). Volgens Suinn (1979:330) kan groepsdruk so sterk wees dat dwelmverslawing en ander negatiewe gedrag daardeur aangeleer kan word deur, byvoorbeeld, dwelms wat deur sommige groepslede beskikbaar gestel word, druk wat uitgeoefen word om met sekere gedragspatrone te eksperimenteer en gepaardgaande beskerming teen nie-drukgroepslede.

Die druk wat portuurgroepe uitoefen hoef nie noodwendig negatief te wees nie. Hedendaags gebeur dit egter dikwels dat hierdie druk jeugdiges beslis aanmoedig om seksueelaktief te word (McDowell 1990:22). Aangesien seksuele aktiwiteit 'n risiko vir HIV infektering kan inhou, sal groepsdruk as positiewe invloedsfeer gebruik moet word sodat hierdie risikogedrag verander sal word na VIGS voorkomende gedrag.

'n Onlangse meningspeiling het getoon dat sosiale druk van portuurgroepe by beide tienerseuns en tienerdogters die hoof oorsaak van voorhuwelikse seks is. Tienerdogters het aangedui dat druk om seksueelaktief te raak hoofsaaklik van hul tienervriendinne gekom het en daarna eers die druk van die seuns. Die behoefte en begeerte om deur hul tydgenote aanvaar te word is groot, al is die prys wat daarvoor betaal moet word uiters hoog. Afgesien van gesondheidsgevaare en emosionele probleme is groepsdruk so sterk dat hul ter wille van aanvaarding hulself aan risiko's sal blootstel (McDowell 1990:22).

Tot ongeveer twee jaar gelede is min aandag gegee aan die rol wat groepsdruk in die verspreiding van VIGS gespeel het (Lachman 1990:145). Zylke (1989:2197) het nagevors dat slegs een persent van die proefpersone in haar studie tussen die ouderdomme 13 jaar en 21 jaar, met HIV geïnfekteer was. Die toenemende aantal HIV geïnfekteerdes en die bewys dat baie jong volwassenes tydens hulle tienerjare met HIV geïnfekteer is, asook die feit dat sekere gedragspatrone en psigologiese faktore adolessente in 'n hoë risikogroep plaas, het die aandag na tieners en die invloed van groepsdruk verplaas. (Conference on AIDS 1988:1-46). Die VIGS

epidemie stoomroller voort en bewerings word gemaak dat reeds een persent van alle jeugdiges wêreldwyd met HIV geïnfekteerd is en dat die persentasie spoedig kan styg as gevolg van die groot persentasie jeugdiges wat seksueelaktief is en die persentasie wat dwelms misbruik (Anon 1989:1385).

Grotes (1988:172) glo dat die jong tiener die belangrikste groep is wat VIGS in die toekoms sal versprei aangesien dit die stadium in 'n individu se lewe is wanneer seksuele eksperimentering voorkom, veiliger seks gerieflikheidshalwe vergeet word omdat magiese denke bestaan en hulle hulself distansieer van enige gevolge wat mag ontstaan.

As gevolg van die geweldige effek wat groepsdruk op tieners uitoefen slaag seksuele opvoeding deur die ouers nie altyd nie. Dit is veral in die tienerfase dat veiliger seksuele praktyke as deel van die normale sosiale norme in die opvoeding ingebou moet word. Positiewe groepsdruk kan gebruik word om hierdie norm aanvaarbaar te maak (Aggleton 1989:88).

VIGS voorkomingsprogramme is essensiële en mag merkwaardige langtermyn effekte op seksuele patrone hê. Indien VIGS risikogedrag nie beëindig word nie kan morbiede lewensbeskouings en hoë mortaliteit by die jong bevolking intree (Zylke 1989:2197). VIGS en seksuele voorligting moet egter nie deur die jeug as toestemming tot seksuele aktiwiteit gesien word nie, maar eerder as 'n wapen om 'n terminale siekte te voorkom (Gee 1988:56).

Gedragsmodifikasie om HIV oordraging te verminder, byvoorbeeld deur die gebruik van kondome, afname in penetrerende seksuele kontak, ensovoorts, is primêr sosiaal, met ander woorde, dit kom voor as deel van interpersoonlike interaksies. Bogenoemde stellings is subjektief tot groepsdruk (Ross 1989:308). Dit blyk verder dat indien voorkomende inligting op die korrekte manier aan tieners oorgedra word, hulle wel siektevoorkomend sal optree. Tieners wat inligting op die verkeerde wyse ontvang het, maak slegs in 'n baie klein mate van veiliger seks gebruik teenoor tieners wat inligting op die korrekte wyse ontvang het. Tot 47 persent van persone wat inligting op die korrekte wyse ontvang het maak van veiliger seksuele praktyke gebruik.

Groepsdruk speel wel 'n groot rol onder adolessente, maar net soos negatiewe gedrag afgedwing kan word in die groep, net so kan groepsdruk gebruik word om

gedrag ten opsigte van gesondheid te bevorder soos reeds met bewyse aangehaal is (Bailey 1990:89).

4.2.1.2.4 Situasiegebonde veranderlikes

4.2.1.2.4.1 Kennis in verband met VIGS

In die afwesigheid van 'n geneesmiddel en entstof teen VIGS is VIGS inligtingsprogramme die enigste voorkomingsmaatreël teen die verspreiding van VIGS. Ongelukkig is die verskaffing van inligting nie genoeg om risikogedrag te verander nie. Die gaping tussen inligting en opvoeding moet eers oorbrug word deur individue te motiveer om die inligting wat hulle gekry het toe te pas (Ross 1989:308). Die toepassing van inligting word gemotiveer deur voorbeelde te verskaf wat hoë risikogedrag kan verander na siektevoorkomende gedrag. Hierdie stelling is bewys deur 'n studie wat op homoseksuele mans gedoen is wat 'n vraelys in verband met kennis oor VIGS en risikogedragspatrone moes invul. 'n Opvolgstudie op bogenoemde proefpersone het aangetoon dat 26 persent van hulle hul gedrag verander het nadat hulle kennis in verband met VIGS vermeerder het (Millan 1987:50) (kyk figuur 4.2).

Matthews (1990:20) beveel ook aan dat VIGS opvoeding uitgebrei moet word aangesien onkunde in verband met die oordraging van HIV die verspreiding daarvan sal verhoog. Die verspreiding van VIGS voorligtingsprogramme is tans die VSA se grootste VIGS bekampingstrategie. Mohanty (1989:158) het gevind dat siektevoorkomende gedrag toeneem namate die kennis van 'n bevolking insake die gevare van 'n siekte oor die manier waarop dit versprei, toeneem. Hierdie stelling word gestaaf deur die resultate van 'n VIGS veldtog in Massachusetts waar seksuele praktyke verander is deur die gebruik van kondome te bevorder. VIGS voorkomingspraktyke het veelvuldig toegeneem na hierdie projek (Ralph 1990:295).

Voorkoming is tans die mees realistiese benadering tot VIGS voorkoming, aangesien geen VIGS entstof beskikbaar is om infeksie te vrywaar nie (Larry 1989:386). Skoolgebaseerde opvoedkundige programme het reeds 'n groot invloed op die kennis van skoliere gehad en baie oorsese lande het nou verpligte VIGS voorligtingsprogramme in hulle skole. Hoë risikogroepe ten opsigte van infeksie met seksueel oordraagbare siektes is juis vir die studie gebruik. Deur die voltooiing

van vraelyste voor en na inligting ontvang is, is bewys dat kennis tog die individu gemotiveer het om sy risikogedrag te verander (Echenberg 1985:2129).

4.3 RASIONAAL VIR AKSIES

Nadat die rasionaal deur beraming bepaal is behoort dit in die beplanning van verpleegaksies verreken te word.

4.3.1 Oorreding tot handeling

Volgens die Gesondheidsoortuigingsmodel is daar faktore wat die aanleer van gedrag of die verandering van gedrag beïnvloed. Hierdie faktore kan dus aangewend word in die oorreding van 'n persoon tot gedragsverandering.

Afgesien van die feit dat persone bewus is van die gevare rondom VIGS sal daar nog struikelblokke voorkom wat die waarskynlikheid van handeling sal beïnvloed (Pender 1981:55) (kyk figuur 4.2). Weerstandigheid teen die aanleer van nuwe gedrag kan 'n struikelblok wees (Trobisch 1980:44). 'n Verdere struikelblok in die proses van verandering van gedrag om VIGS voorkomend op te tree is dat seksuele gedragsverandering 'n tydsame proses is en nie oornag gebeur nie. Seksuele gedrag ontwikkel namate die persoon se seksualiteit ontwikkel en sekere seksuele gedragspatrone word oor jare ontwikkel. Aangesien hierdie gedrag reeds vasgelê is en met genot gepaard gaan, neem dit lank om af te leer (Gouws 1980:91).

Persone wat bewus word van die gevare rondom VIGS sal hul sekspraktyke aanpas en van veiliger seksuele metodes gebruik maak. Professionele hulp sal ook gesoek word ter uitbreiding van kennis in verband met die siekte asook inligting in verband met moontlike behandeling van die siekte.

VIGS, wat 'n mediese sowel as 'n maatskaplike probleem is, het die wêreld se sensitiwiteit ten opsigte van die belang van gesondheid weer opgeskerp. Vir die doel van hierdie bespreking verwys gesondheid na die algemene welstand ("well-being") van die mens. Gesondheid word bedreig deur die teenwoordigheid van 'n siekte wat wydverspreid oor die wêreld voorkom (Ankrah 1991:967).

Berkley (1989:14) het gevind dat 'n risikofaktor wat minder bekend is, maar wel in 'n groot mate met 'n spesifieke siektetoestand geassosieer word, 'n minder

beduidende rol in die oordraging van die siekte sal speel. Aansluitend word daar gevind dat risikofaktore met 'n hoë voorkoms 'n beduidende rol speel. Berkeley (1989:14) het in 'n opvolgstudie gevind dat die bydraende populasie risiko 'n mate van sterkte van assosiasie en risikofaktor inisiëer. Dit wil sê daar is 'n verband tussen die voorkoms van 'n siekte in 'n gemeenskap en die algemene gesondheid van die algemene publiek van daardie gemeenskap (Winkelstein 1989:51). VIGS is egter oor die hele wêreld versprei, maar Afrika is potensieel die swaarste daardeur getref (Nabarro 1989:266). Aangesien die tipe twee verspreidingspatroon van VIGS en HIV wat in Afrika voorkom ook die mees algemene verspreidingspatroon in Suid-Afrika is, sal daar veral op Afrikalande gelet word vir die staving van bewerings.

Volgens Struchiner (1990:3) is VIGS 'n siektetoestand van armoede, aangesien 26 van die 35 armste lande van die wêreld in Afrika is. Bewerings word gemaak dat die grootste aantal HIV geïnfekteerde persone in die wêreld op die Afrika kontinent voorkom. Die Wêreld Gesondheidsorganisasie beweer dat daar 1,5 miljoen HIV geïnfekteerde persone in Afrika is (Anrah 1991:968). In 'n referaat wat in Stockholm deur Krueger (1988:4) gelewer is, kom hy tot dieselfe gevolgtrekkings na aanleiding van 'n studie wat in Washington gedoen is. Volgens Krueger mag die tendens ontstaan as gevolg van die feit dat armes minder toegang het tot gesondheidsdienste en armoede oor die algemeen 'n negatiewe invloed op gesondheid het. Die demografiese neiging van Afrika lei tot groter afhanklikheid, terwyl daar 'n afname is van persone wat geletterd is, toename in geboortes en 'n afname in voedings- en gesondheidstoestande.

Miller (1989:21) beweer dat verstedeliking die siening van gesondheidsbevordering nadelig beïnvloed het in vergelyking met goeie stabiele gemeenskappe wat in die platteland bestaan het. Siektes word ook van die stede na die platteland versprei. Way (1989:11) het deur navorsing gevind dat die grootste persentasie HIV positiewe persone in en rondom die stede gekonsentreerd is en dat die persone deelneem aan hoë risikogedragspatrone wat hul in 'n risikogroep plaas om met HIV geïnfekteer te word. Verder bevestig hy dat gesondheidsopvoeding van stedelike bevolkings lei tot siektevoorkomende gedrag ter bevordering van hul gesondheid. Ankrah (1991:969) bevestig dat in gebiede waar VIGS sentrums bestaan en nasionale VIGS programme geloods word, persone hul gedragspatrone verander het om nie aan moontlike HIV infeksie blootgestel te word nie. Dit word verder gestaaf deur die feit dat daar 'n geweldige styging van HIV positiewe gevalle in Afrika state is waar

daar geen VIGS voorligting-/bekampingsprogramme voorkom nie. Ngugi (1988:889) het gevind dat meer persone kondome gebruik om hulself teen HIV infektering te beskerm en sodoende siektevoorkomend op te tree.

Alkohol en seks word dikwels as bron van genot gekombineer (Lake-Bakaar 1989:725). Uit vorige aanhalings blyk dit dat alkoholiste gerehabliteer kan word, dus is dit moontlik om persone te oortuig dat bogenoemde kombinasie nie hul gesondheid sal bevorder nie. Die stigma wat aan VIGS kleef motiveer selfs ongeletterde persone van Afrika om siekte-(VIGS)-voorkomend op te tree. VIGS gaan gepaard met 'n kombinasie van verskeie siektes en as gevolg daarvan word die siek persoon uit die gemeenskap na eensaamheid verdryf wat 'n groot belediging is en ook demoraliserend op die persoon inwerk (Ankrah 1991:970). Die feit dat daar geen genesing vir VIGS bestaan nie het mense gedwing om baie aan en oor die dood te dink. VIGS voorkomendedegedrag is wel al met groot sukses in sekere Afrika-lande gemotiveer en geïmplementeer (Wallace 1988:62). Wanneer die Gesondheidsoortuigingsmodel 'n positiewe boodskap oordra, byvoorbeeld deur die uitdrukking van 'n terminale lewe te gebruik in plaas van 'n terminale siekte, word beter resultate verkry. So kan VIGS voorligtingsprogramme gebruik word om gesondheid te bevorder en kan positiewe tradisionele waardes en gebruike versterk word deur byvoorbeeld die VIGS klient weer by 'n gesin in te skakel, in plaas van isolering van die klient. Waar daar in VIGS voorligtingsprogramme, eerder op lewe as op die dood gefokus word, is groter sukses met gedragsveranderinge reeds behaal (Ankrah 1991:970).

Martin (1986:347) het 'n studie onder homoseksuele mans geloods waarin hy veral gelet het op verandering in gedrag as gevolg van VIGS. Gedragsveranderinge was veral gemik op die vermyding van seks buite die geslote verhouding, die beperking van risiko seksueelgedrag en die bevordering van monogame verhoudings. Martin bevestig dat mense hul gedrag in verskeie grade van erns verander, maar dat gedrag wat genot verskaf baie moeilik verander word. Aangesien VIGS egter 'n terminale siekte is, is mense geneig om hulle gedragsveranderinge 'n langtermyn doelstelling te maak, sodat dit eindelijk 'n lewenswyse word.

Die massa media dra by tot die motivering van VIGS voorkomende gedrag deurdat hulle feite in verband met VIGS bekend maak en die gevare sowel as die omvang van die probleem uitwys (Sunday Times 1991:1).

4.3.2 Voorkoming van HIV infektering

Die mees effektiewe metode ter voorkoming van HIV infektering is die vermyding van veelvuldige seksmaats.

4.3.2.1 Vermyding van veelvuldige seksmaats

Persone sal, wanneer hulle VIGS voorkomend optree neig om veiliger seksuele praktyke te beoefen. Die Bybelse beeld van liefde is een van gee, sonder om iets in ruil te verwag, sowel as van aanvaarding sonder voorwaardes en van geborgenheid in 'n verhouding sonder dat teenprestasies vereis word.

Dikwels word die argument van "as jy my lief het sal jy met my seks hê" gehoor. 'n Gebrek aan liefde lei dikwels tot verwarring tussen seks en liefde. Dit is egter twee verskillende begrippe. Seks is 'n daad wat deur twee persone uitgevoer word wat verbind is om mekaar lewenslank lief te hê. Liefde kan deur enigeen gevoel word (dit mag wel in graad van intensiteit verskil). Liefde is egter nie 'n daad nie, maar wel 'n verbintenis (McDowell 1990:34). Die enigste sekere manier om VIGS dus te vermy is om alle penetrerende seks buite 'n monogame huwelik te vermy.

Volgens Olwagen (1990:10) is 81 persent van ongetroude mans en 60 persent van ongetroude meisies op die ouderdom van 20 jaar reeds seksueelaktief. Dit is vanselfsprekend dat diegene 'n risiko loop om met HIV geïnfekteer te word. Seksopvoeding is nie die enigste wapen om mense te leer hoe om die seksualiteitskrisis te hanteer nie. Hulle moet ook geleer word om "NEE" te sê vir seksuele verhoudings. Die mens het 'n eie vrye morele verantwoordelikheid en hulle moet egter geleer word om perke te stel, hulself te dissiplineer en om lief te hê voor God.

Vir die jeug is kennis en geleerdheid en selfs besittings nie so belangrik soos verhoudings nie. 'n Jong persoon het 'n behoefte om aanvaar te word en iewers tuis te hoort. Indien hy dit nie by sy eie huis kry nie, sal hy dit by sy portuurgroep soek wat baie invloed op hom uitoefen. Hieruit kan afgelei word dat hedendaagse jong mense meer versoekings op hul pad het as hul voorouers (McDowell 1990:16). Dit is 'n feit dat beide die media en die samelewing deurspek is met seks. Jong mense word gebombardeer met hoogsbelaaide seksuele boodskappe wat vrye geslagtelike verkeer aanmoedig. God het aan alle mense 'n begeerte tot intimiteit gegee en die

mens ervaar pyn indien daar nie aan daardie begeerte voldoen word nie. Om ware intimiteit te kweek is moeilik en tydsaam. Seks is vir talle persone 'n "dwelm" wat 'n tydelike oplossing vir emosionele leegheid bied (McDowell 1990:35). Die sogenaamde seksrevolusie van die afgelope paar dekades kan toegeskryf word aan die soeke na intimiteit, dit wil sê, kommunikasie, gespreksvoering, om te ken en om geken te word, om bemin te word en te bemin, om te verstaan en om verstaan te word (Olwagen 1990:58).

4.3.2.2 Aanmoediging van veiliger sekspraktyke

Indien mense nie bereid is om hulle te weerhou van seksuele verbintenisse met veelvuldige seksmaats of seksmaats met veelvuldige seksmaats nie, kan veiliger sekspraktyke aangeleer word.

Veiliger sekspraktyke waaraan mense kan deelneem is:

- massering,
- om mekaar styf vas te hou,
- om oor die liggaam te streel,
- droë soen,
- manuele masturbasie van 'n seksmaat (Latex-handskoene moet egter gedra word),
- masturbasie, en
- gebruik van vibrators of seksapparate (sex toys). Hierdie apparate moet egter nie deur persone gedeel word nie (Moffat 1989:125).

'n Beskrywing van bogenoemde praktyke sal hieronder volg.

Massering

Massering, streling en "cuddling" kan baie ontspannend wees, sowel as bevredigend ten opsigte van seksuele begeertes. Dit word eers deur die een lid van die paartjie gedoen en dan word die rolle geruil. Die doel van massering is om genot aan die een wat gemasseer word te verskaf. Aanraking van die borste en die genitalië moet egter vermy word (Couthery 1990:196).

Droë soen

'n Droë soen sluit die sogenaamde "wet of Frenc kiss" uit. Die diep soen kan gevaarlik wees, indien daar seerplekke in die mond voorkom, waar bloeding kan ontstaan wat die gevaar van HIV oordraging vergroot (Moffat 1990:125). Soen vorm egter deel van die sogenaamde orale seks. Orale seks voorligting kan veral gegee word aan paartjies van wie een persoon reeds HIV positief gediagnoseer is. Verskeie liggaamsdele kan gesoen word, veral waar dit vir die maat die aangenaamste is. Die tong kan ook gebruik word om meer sensasie te gee. Sagte suig aksies kan ook by die oorlobbe, vingerpunte en tone toegepas word. Daar kan saggies oor liggaamsdele geblaas word. Orale-genitale kontak moet egter vermy word. Indien enige sere in die mond voorkom moet soen ook vermy word (Coutherny 1990:138).

Masturbasie

Manuele masturbasie kan in 'n huweliksverhouding aanbeveel word waar een of albei maats HIV positief is. Rubber of latex handskoene moet gedra word om direkte velkontak met geslagsvloeistof te vermy (Moffat 1990:125).

Indien 'n paartjie buite 'n monogame huwelik wel besluit om seksueel te verkeer en penetrerende seksuele praktyke toe te pas moet hulle 'n kondoom gebruik.

4.3.3 Hantering van emosionele reaksies

Hierdie afdeling tesame met Hoofstukke twee en drie vorm 'n integrale deel van die verpleegaksies aangesien kennis aangaande VIGS en die verwagte kliëntreaksie in die hoofstukke uiteengesit word terwyl die moontlike begeleidingsaksies in hierdie afdeling behandel word. Hier volg dan voorstelle soos aangepas, vir die begeleiding van persone wat HIV infektering vermoed.

'n Vertrouensverhouding tussen die verpleegkundige en die kliënt is 'n voorvereiste vir die begeleiding van 'n persoon wat HIV infektering vermoed. Haber beskryf die verpleegkundige-kliënt verhouding as 'n interpersoonlike proses. Die verpleegkundige se doel in die verhouding is om die kliënt te ondersteun wanneer hy behoeftes bepaal, gedagtes en gevoelens bespreek, probleme oplos en hanteringsmeganismes implementeer (Stuart 1983:127). In teenstelling met 'n persoonlike verhouding het

die verpleegkundige-kliënt verhouding spesifieke doelwitte met verwagte gevolge wat binne 'n sekere tydperk bereik moet word. Die verhouding is kliëntgeoriënteerd en fokus op dit wat die kliënt binne die verhouding leer, in watter mate sy behoeftes bevredig word, asook die mate van groei wat die kliënt ondergaan. Omdat die kliënt aan hierdie verhouding deelnaam mag hy 'n beloning daarvan verwag. Dit is die verpleegkundige se plig om die verhouding in so 'n mate te beheer dat die kliënt wel bevoordeel word (Schultz 1986:19). Die verpleegkundige moet daarop bedag wees om nie die onderhoud en kommunikasie op so 'n wyse te hanteer dat sy slegs inligting inwin wat sy wil hoor nie. Die kliënt moet genoeg ruimte gegun word om sy probleme te bespreek. Indien die kliënt nie die geleentheid het om sy ware emosies, gevoelens, probleme, ensovoorts te opper nie, sal die verhouding skade ly en belangrike feite in verband met kliënte se probleem sal verlore gaan (Murray 1987:141).

Die verhouding baat daarby as die kliënt die verpleegkundige kan vertrou. Dit bring mee dat die kliënt eerlikheid en betroubaarheid van die verpleegkundige verwag sowel as onvoorwaardelike aanvaarding van hom as persoon (Cousins 1979:17). Begrip vir die kliënt se situasie word getoon wanneer die verpleegkundige empaties teenoor hom optree, en ook begrip vir sy optrede toon (Murray 1987:141).

'n Beraming van die kliënt se probleme sal die verpleegkundige in staat stel om sy behoeftes te bepaal. Die kliënt se probleme kan hanteer word deur die spesifieke behoeftes in die begeleidingsprogram aan te spreek.

Deur 'n geleentheid vir die kliënt te skep om ondersteuningsbronne wat hy reeds in die verlede gebruik het te identifiseer, kan vasgestel word of die bron suksesvol was al dan nie. Indien dit wel suksesvol in ondersteuning was, kan dit weer gebruik word. Ondersteuningsbronne bestaan dikwels uit die predikant, vriend, dokter en verpleegkundige (Burnard 1989:3).

Die kliënt word aangemoedig om die hanteringsmeganismes wat hy in die verlede gebruik het te identifiseer. Nadat die meganismes geïdentifiseer is sal die suksesvolle hanteringsmeganismes uitgelig word. Daar word nou beraam watter van hierdie meganismes van toepassing op sy huidige probleem sal wees en hoe prakties uitvoerbaar die oplossing sal wees (Coping with AIDS 1988:47; en Schultz 1986:7).

Individue reageer verskillend op stressituasies en daarom is dit belangrik om elke situasie individueel te beoordeel (Aquilera 1985:22). Dit is dus nodig om vas te stel wat die kliënt se siening is in verband met die moontlikheid dat hy met HIV geïnfekteer mag wees.

Twee belangrike aspekte vir die verpleegkundige tydens begeleiding van 'n kliënt is om aandag aan die persoon te gee en ook om na hom te luister. Die beste begeleiers is dikwels diegene wat luister na andere en self min praat. Die definisies van die bogenoemde twee begrippe volg. Aandag word aan 'n persoon gegee wanneer daar slegs op die persoon gekonsentreer word. Die verpleegkundige maak haar doelbewus bewus van wat die persoon aan haar oordra asook die gevoelens wat hy beleef. Luister word beskryf as die proses om te hoor, nie net dit wat die persoon uiter nie, maar 'n hele reeks van kommunikasie aspekte (Burnard 1989:102). Die verpleegkundige-kliënt verhouding kan nie slaag as daar nie aandag aan die kliënt gegee word nie en as daar nie na hom geluister word nie.

Dit is nodig om die kliënt aan te moedig om sy gevoelens te verbaliseer. Die kliënt verkry hierdeur dikwels meer perspektief aangaande sy probleme en kan dit meer objektief beoordeel.

Kommer kan ook geïdentifiseer en geverbaliseer word in terme van die kliënt se bekommernisse, fisiologiese gewaarwordings en gedragsaspekte. Hierdie drie elemente kan 'n kringloop van angs veroorsaak en die verbreking daarvan is noodsaaklik vir verligting. Die verbalisering van probleme bring 'n verlaging van spanningvlakke mee. Genoeg tyd om gevoelens te ervaar en uiting daaraan te gee is egter 'n vereiste. Dit is daarom belangrik dat kommunikasie-kanale met die kliënt oopgehou word (Murray 1987:200).

Die kliënt word aangemoedig om oor sy lewenservarings te praat. Dit bevorder die vrymoedigheid om oor enigiets wat in sy gedagtes opkom te praat (Taylor 1990:267). Sy gedagtes word gewoonlik oorheers deur die feit dat hy moontlik met HIV geïnfekteer mag wees en die rede waarom hy so dink. Taylor (1990:267) beskryf die proses as ventilasie van die gedagtes. Wanneer ventilasie van die gedagtes plaasvind, mag die kliënt sekere gebeurtenisse of probleme oorsigtelik noem of dit vinnig wegpraat. Dit is belangrik om wel op daardie punte te konsentreer, want dit is hulle wat dikwels emosies uitlok en deure na belangrike hanteringsmeganismes open (Taylor 1990:267).

'n Kalm verpleegkundige kan die kliënt aanmoedig om die faktore wat spanning en angs veroorsaak verbaal te identifiseer. Dit sal ook die kliënt help as hy weet dat dit goed is om uiting aan sy gevoelens te gee en wel op 'n wyse wat vir hom aanvaarbaar is, byvoorbeeld deur te huil (Schultz 1986:199).

Insig deur die kliënt in sy siektetoestand vergemaklik die begeleidingsprogram. Taylor (1990:31) beskryf insig as 'n gewaarwording dat ondersteuning nodig is. Dit begin wanneer 'n individu daarvan bewus word dat iets verkeerd is wat sy funksionering beïnvloed, sy gedagte versteur en wat hyself nie kan hanteer nie.

Volgens Murray (1987:200) is die ontleding van die kliënt se gevoelens noodsaaklik voordat feitelike inligting in verband met die persoon ingesamel word. Hierdeur kan vasgestel word wat die persoon se insig in die verhouding tot sy reaksie en die werklike gebeurtenis is. Aansluitend hierby is die uitwysing van kliënt gevoelens en belewenisse oor die situasie waarin hy hom bevind. Hierna volg 'n verduideliking van die normaliteit van die kliënt se reaksie.

Die persoon word georiënteer om moontlike ooreenkoms tussen sy siektetoestand en die aanbevole gedragsveranderinge (as stressor) te ondersoek, sodat gedragsveranderinge sinvol geïmplementeer kan word (Burgess 1976:238).

Dit is belangrik dat die kliënt die fisieke effekte van spanning moet erken, naamlik hoofpyn, diarree, maagpyn, 'n af- of toename in gewig, ensovoorts (Millar 1991:25). Spanning is uiters nadelig vir die persoon wat HIV infektering vermoed. Squires (1986:25) konstateer dat hoë spanningsvlakke 'n siektetoestand kan vererger weens veranderinge in die immuunsisteem en 'n groter las op die hart en bloedvate het. 'n Persoon wat reeds deur 'n immuun-onderdrukkende virus geïnfekteer is, kan makliker siektetoestande opdoen indien spanning 'n daling in sy immuunfunksies en intakte immuunsisteem veroorsaak. Indien die kliënt nie op bogenoemde feite gewys word nie, mag hy dit verkeerdelik as simptome van HIV infektering vertolk. Spanning kan egter verlaag word indien spesifieke probleemareas geïdentifiseer word en die probleme hanteer word (Coping with AIDS 1988:47).

In werklikheid word die kliënt gelei om die ooreenkoms tussen sy onderdrukte gevoelens en sy eie reaksie te erken. Hierdie begeleiding is 'n eenvoudige proses van verduideliking om die kliënt ware insig in sy probleem te gee (Taylor 1990:267).

Indien die persoon nie insig in sy probleem het nie, kan neerslagtigheid ontstaan. Die verpleegkundige hantering van 'n persoon wat neerslagtig is sal daarop gemik wees om sy selfrespek te herstel. As gevolg van die feit dat 'n neerslagtige persoon dikwels kla van moegheid is dit raadsaam om 'n daaglikse rooster uit te werk waarby hy moet hou. Dit help om weer struktuur aan sy lewe te gee (Taylor 1990:240).

Die mees korrekte optrede teenoor 'n neerslagtige persoon is om vriendelik formeel te wees en nie aanmerkings soos "ruk jou reg" te maak nie. Sulke opmerkings wek skuldgevoelens by die kliënt. Wanneer 'n omgewing geskep word waarbinne die persoon sy emosionele pyn kan verwerk, kry hy die geleentheid om sy emosionele behoeftes te erken en dan besef hy geleidelik dat hy ook geregtig is op bestaansreg (Maurer 1986:413). Deur deurentyd met bestaande probleme te werk bly die kliënt gedurig bewus van die werklikheid (Longo 1978:357). Dit help hom om beter insig te verkry in die verband tussen sy fisieke reaksies en die vermoede dat hy moontlik met HIV geïnfecteer is.

Kliënthantering sluit ook in dat die kliënt op sy gemak gestel sal word. Dit geskied deur die versameling van kliëntdata, die nie-verbale gedrag van die verpleegkundige, 'n verhouding wat hoop uitstraal en deur 'n verwagting dat hy gehelp sal word, te skep. Dit is nodig dat die kliënt sy onmiddellike probleme sal aanvaar en daaraan sal werk. Leiding in die vorm van aanvaarding van sy probleem vorm deel van die verpleegkundige begeleidingsprogram (Murray 1987:209).

Intellectualisasie, dit wil sê wanneer 'n persoon sê hy begryp sy probleme, maar nie optree asof hy dit wel begryp nie, dui gewoonlik op weerstandbieding van die kliënt. Hierdie weerstandigheid word oorkom as "hoekom"-vrae vermy word. Die vervanging daarvan met uitbreiding op sy gevoelens en detail aangaande sy situasie maak dit vir die kliënt makliker om die situasie intellektueel te begryp (Nicholas 1984:59).

Meer inligting aangaande HIV infeksie maak mense bewus van moontlike blootstelling aan die virus en dompel hulle dikwels in 'n problemsituasie. Murray (1987:200) beskryf so 'n situasie as enige tydelike situasie wat 'n persoon se selfwaarde bedreig en die herorganisasie van psigologiese aspekte en gedragsveranderinge afdwing. Dit veroorsaak 'n skielike verandering van die

persoon se verwagtinge en dit kan nie met sy gewone hanteringsmeganismes beheer word nie.

Wanneer iemand in so 'n situasie verkeer, word daar na soveel as moontlik oplossings gekyk, al is hulle nie almal uitvoerbaar nie. Alle voor- en nadele van die moontlike oplossings word ondersoek en bespreek en die mees uitvoerbare oplossing word dan gekies vir toepassing. Wanneer meer as een oplossing gekies is sal die gekose oplossings weer bespreek word totdat 'n finale oplossing gekies word wat prakties uitvoerbaar is. Beplanning van 'n strategie om die oplossing in werking te stel volg op die vorige stap, wat weer gevolg word deur die implementering en evaluering van die oplossing. Indien die oplossing nie suksesvol is nie sal 'n rede daarvoor geïdentifiseer word en 'n verbeterde oplossing sal geïmplementeer word (Coping with AIDS 1988:47).

Aanpassingstrategieë tot stressors en angswekkende faktore sluit biologiese meganismes, psigologiese aanpassings, verdedigings- en hanteringsmeganismes en die bemeestering van vaardighede in. Die kliënt word gelei om hanteringstrategieë te ontwikkel en toe te pas deur direkte sorg, die ontdekking van hanteringsmeganismes, die verskaffing van inligting en die implementering van gedragsveranderinge (Murray 1987:209).

Wanneer 'n persoon sy gevoelens ontleed behoort die verpleegkundige vertroue in sy hanteringsmeganismes te stel, maar nooit vals versekerings te gee nie. Wanneer die kliënt die skuld vir sy probleemsituasie op andere wil plaas word dit nie goed gepraat nie, aangesien dit die waarheid verbloem. In so 'n situasie kan die verpleegkundige luister en dan deur vrae haar twyfel in verband met die stelling openbaar. Die kliënt kan gelei word om hanteringsmeganismes wat nie in werking is nie weer te gebruik. (Clark 1976:1966).

Verpleegkundige hantering sentreer dus om psigologiese aspekte wat weer herstel moet word en die herinstelling van hanteringsmeganismes op die vlak van funksionering voordat die probleme ontstaan het. Nog 'n doel is om gedragsveranderinge mee te bring (Murray 1987:212).

Die betekenis van gedragsveranderinge word aan die kliënt verduidelik en die kliënt se gevoelens daaromtrent word bespreek (Murray 1987:213). Maniere om by die veranderde lewenswyse aan te pas, byvoorbeeld die af lê van veelvuldige seksuele

verhoudings, word ondersoek en gemotiveer. Die tydsduur verbonde aan aanpassings is 'n aspek wat ook aandag geniet. Die positiwiteit van die ooreenkoms wat die kliënt met homself aangaan moet uitgelig word sodat die kliënt meer gemotiveerd is om met veranderinge voort te gaan en dit nie as 'n remskoen sal sien nie (William 1987:69).

Omdat individue verskillend op probleemsituasies reageer sal die persoon se reaksie op die situasie die verloop van die begeleidingsprogram bepaal. Dus is een van die verpleegkundige se vernaamste pligte ten opsigte van probleemhantering nie slegs om spanning of probleme uit te skakel nie, maar om die persoon te ondersteun om self meganismes te vind om spanning en probleme te hanteer (Perko 1988:141).

Wanneer die kliënt aangemoedig word om hanteringsmeganismes te bespreek word hy gedwing om sy probleme in die gesig te staar en aan dit te dink in plaas van weg te hardloop. Sy probleme raak vir hom bekend en hy neig nie meer om dit te onderdruk en te vergeet nie. Hy sal nou meer konstruktiewe pogings aanwend om sy begeleiding te laat slaag (Taylor 1990:267).

Murray (1987:200) stel voor dat alternatiewe verdedigingsmeganismes sowel as die meganismes vir implementering in hierdie stadium voorgestel kan word. Voordat dit gedoen word is dit nodig om eers die kliënt se persoonlike volwassenheid en groei ten opsigte van sy probleem vas te stel. Indien sy stres nie genoeg verlig is nie sal hy moeilik nuwe hanteringsmeganismes aanvaar en liefs aan reeds bestaandes vasklou.

Die bekendstelling van hanteringsmeganismes aan die kliënt help om oplossings vir emosionele konflik te vind, verligting van spanning mee te bring, emosionele pyn te verlig en angs te voorkom. Die gebruik van hierdie metodes versterk sy selfbeeld (Perko 1988:118). Met ander woorde die kliënt word met 'n "veiligheidsklep" toegerus. Hy besit nou 'n bewuste, aanvaarbare responsmeganisme om uiting aan sy gevoelens te gee, dit te absorbeer of onhanteerbare druk te neutraliseer (Bell 1977:136).

Sosiale isolasie kan ontstaan as ontwrigting in 'n ontwikkelingsfase voorkom (Perko 1988:353). Sosialisering met ander persone sal help om die stigma aan HIV infektering af te breek (Coping with AIDS 1988:47). Dit is dus wel belangrik dat die persoon weer gesosialiseer word.

Hersosialisering vereis dat sy gevoelens weer bespreek moet word veral sy behoefte om alleen te wees. Sosiale isolasie kan voorkom word en voortgesette kontak met die werklikheid kan bereik word deur 'n skedule op te stel waardeur hy met die samelewing/omgewing sal skakel. Dit word wel met sukses bereik indien die persoon besef dat sy motivering tot sosialisering in homself gesetel is (Perko 1988:360).

Vervolgens is dit goed om kennis te dra van die persoon se gevoelens in verband met deelname aan sosiale aktiwiteite. Indien hy bereid is om te sosialiseer sal hy weer sy selfwaarde opbou en 'n gevoel ontwikkel dat hy aan iemand of iets behoort (Meir 1985:28). Die persoon moet trots wees op sy eie identiteit. Dit bevorder kontak met die werklikheid en versterk 'n gevoel van persoonlike waarde (Knowles 1981:35). Hoe breër en dieper die persoon se sosiale sfeer strek hoe makliker sal hy sukses in die gemeenskap behaal, deel daarvan uitmaak en warmte daaruit put (Perko 1988:361).

Dit is ook belangrik dat die kliënt sy lewe ná die begeleiding in oënskou sal neem. Hierdeur kan hy aangemoedig word om na doelwitte te streef wat hy reeds geïdentifiseer het (Schultz 1986:27). Hierdie doel kan byvoorbeeld wees om voort te gaan met sy sosiale aktiwiteite omdat niemand weet dat hy moontlik met HIV geïnfekteer is nie en dat sosiale isolasie meer probleme kan skep. Selfversekerdheid en onafhanklikheid van die persoon is twee belangrike eienskappe wat in hersosialisering gebruik kan word (Schultz 1986:29).

Ter opsomming word die kliënt dus gelei om al hoe meer die situasie op sy eie te hanteer sodat die verpleegkundige-kliënt verhouding beëindig kan word. Hierdie beëindiging is slegs suksesvol indien die verpleegkundige sowel as die kliënt gemaklik daaroor voel (Bowly 1975:184).

4.4 SAMEVATTING

Volgens die Gesondheidsoortuigingsmodel is daar wel faktore wat die aanleer van gedrag of die verandering van gedrag beïnvloed. Hierdie faktore kan aangewend word in die oorrading van 'n persoon tot gesondheidsbevorderende gedragsverandering. Struikelblokke wat die waarskynlikheid van handeling beïnvloed kan egter voorkom.

Met behulp van professionele hulp kan persone bewus word van die gevare rondom VIGS en aangemoedig word tot siektevoorkomende gedrag. Die verpleegkundige kan dus deur begeleidingsaksies persone lei om emosionele reaksies te begryp en te hanteer, dit wil sê die verpleegkundige hantering sentreer om psigologiese aspekte wat herstel moet word sowel as die herinstelling van hanteringsmeganismes en die motivering tot gedragsveranderinge.

HOOFSTUK 5

METODOLOGIE VAN DIE NAVORSING

5.1 INLEIDING

Die vinnige verspreiding van VIGS in Suid-Afrika en die publisiteit wat daaraan verleen word maak meer individue bewus van VIGS. Meer en meer persone soek dus hulp omdat hulle dink dat hul moontlik met HIV geïnfekteer is. Hierdie persone benodig met aanmelding vir evaluering ter bevestiging van hulle vermoedens reeds verpleegsorg.

'n Verpleegkundige begeleidingsprogram wat deur empiriese navorsing saamgestel is, behoort die omvattende verpleegsorg van hierdie persone te vergemaklik.

5.2 METODOLOGIE

In die empiriese studie is van 'n beskrywende navorsingsontwerp gebruik gemaak. Nadat 'n omvattende intensiewe literatuurstudie gedoen is, is 'n voorlopige begeleidingsprogram saamgestel, wat daarna aan domeinkundiges vir evaluering volgens die Delphi-tegniek voorgelê is.

5.2.1 Beskrywende navorsingsontwerp

Volgens Mouton (1989:44) sluit beskrywende studies 'n breë raamwerk van verskeie tipes navorsing in.

Beskrywende navorsing word deur Treece (1986:174) beskryf as 'n studie waarin data versamel, aangeteken en geanaliseer word. Wanneer vrae beantwoord word of 'n probleem opgelos word, word van nie-eksperimentele beskrywende navorsing gebruik gemaak.

'n Voordeel van beskrywende navorsing vir verpleegkunde is dat die verpleegkundige in staat gestel word om reeds bestaande inligting te beskryf, nuwe inligting te versamel en dan die belangrikste aspekte vir verpleegkunde te klassifiseer en te notuleer (Kim 1982:26). Volgens Burns (1987:26) is beskrywende

navorsing essensiël as fondament vir studies gegrond op verduideliking, voorspelling en kontrole.

5.2.2 Navorsingstegnieke

5.2.2.1 Literatuurstudie

'n Omvattende, intensiewe literatuurstudie is met betrekking tot die volgende onderwerpe onderneem:

- feitelike kennis in verband met VIGS, die oorsprong, patogenese, oordrag en die kliniese voorkoms daarvan,
- psigososiale gevolge van 'n vermoede van HIV infektering sowel as die hantering daarvan, en
- die motivering van gesondheidsbevorderende gedrag deur die gebruik van die Gesondheidsoortuigingsmodel.

5.2.2.2 Evaluering van items van die verpleegkundige begeleidingsprogram met die Delphi-tegniek

Die Delphi-tegniek word in die studie gebruik. Die doel van die gebruik van die Delphi-tegniek is om die beslissing van die domeinkundiges te bepaal en prioriteite daarvolgens te bereken. Die lewering van insette in die studie deur kundiges wat landswyd versprei is en nie saam vergader het nie, is 'n groot voordeel vir die navorser (Burns 1989:322). Die siening van een kundige is nie deur die dominante gedrag van 'n ander kundige beïnvloed nie, soos dikwels in vergaderings gebeur. 'n Verdere voordeel van die Delphi-tegniek is dat die respons persentasie vooraf bekend is, omdat elke kundige hom tot deelname aan die studie verbind. Die resultate wat met die Delphi-tegniek verkry word, is baie waardevol omdat dit 'n samevatting van die kennis van 'n groep kundige persone verteenwoordig wat andersins moeilik bekombaar is.

Die domeinkundiges het die items vir insluiting in die verpleegkundige begeleidingsprogram aan die hand van 'n evalueringinstrument (kyk Bylaag A)

geëvalueer. Hulle moes volgens die Likert-skaal aantoon of hulle saam stem dat die items ingesluit moet word al dan nie.

Die response is geanaliseer en aangesien daar nie groot verskille opgemerk is nie, is die instrument nie weer aan die domeinkundiges terug gestuur nie. Volgens Martyn (1978:61) sal die instrument herhaaldelik aan die kundiges teruggepos word indien daar wesenlike verskille voorkom, totdat ooreenstemming bereik is.

Die Delphi-tegniek word veral gebruik waar daar 'n plan van aksie ingestel word. Dit is dus die rede waarom daar van die hierdie tegniek in die studie gebruik gemaak word, naamlik om 'n verpleegkundige begeleidingsprogram vir persone wat infektering met HIV vermoed, saam te stel.

5.2.2.3 Gebruik van die Likert-skaal

Met die Likert-skaal word 'n vaste aantal alternatiewe response aan die respondente, in hierdie geval die domeinkundiges, voorgehou (Lo Biondo-Wood 1990:235). Die lys van keuses is:

- stem beslis saam
- stem saam
- twyfel
- stem nie saam nie
- stem beslis nie saam nie

Aangesien die respondente slegs hul keuses moes omkring, is hul taak aansienlik vergemaklik omdat daar nie van hulle verwag is om 'n mening neer te skryf nie. Die gebruik van die Likert-skaal hou ook voordele vir die navorser in. Die analisering van numeriese data is makliker as die ontleding van inhoudelike data, in hierdie geval menings.

5.3 VOORLOPIGE VERPLEEGKUNDIGE BEGELEIDINGSPROGRAM

Nadat 'n intensiewe literatuurstudie gedoen is, is die items wat moontlik in 'n begeleidingsprogram ingesluit behoort te wees, saamgestel. Hierdie items is in drie afdelings verdeel (kyk Bylaag B). In Afdeling A word feitelike kennis oor VIGS aangespreek terwyl Afdeling B die items wat verband hou met die psigososiale gevolge van 'n vermoede van HIV infektering en die verpleegkundige hantering

daarvan, insluit. In Afdeling C word aandag geskenk aan die motivering van persone wat HIV infektering vermoed tot die toepaslike verandering van risikogedrag.

5.4 EVALUERINGSINSTRUMENT

Die evalueringsinstrument aan die hand waarvan die voorlopige begeleidingsprogram geëvalueer is, is in drie afdelings verdeel (kyk Bylaag A).

In Afdeling A word feitelike inligting oor VIGS aangespreek. Daar word van die domeinkundiges verwag om aan te toon of spesifieke inligting oor die oorsprong, patogenese, epidemiologie, spektrum, oordraging sowel as kliniese tekens en simptome van VIGS in 'n begeleidingsprogram ingesluit behoort te word. Hierdie gedeelte is ingesluit sodat die persoon wat HIV infektering vermoed feitelike inligting in verband met VIGS kan bekom. Hierdeur kan hy hom vergewis van die ontstaan en verloop van die siekte terwyl hy ook bewus word van die gevare as hy nie sy risikogedrag staak nie.

In Afdeling B word die reaksies van 'n persoon wat HIV infektering vermoed, sowel as die verpleegkundige ondersteuning van hierdie persone ingesluit. In hierdie afdeling word daar van die domeinkundiges verwag om aan te toon of hulle daarmee saamstem dat die unieke kliëntreaksies soos wat uit literatuur verkry is, deel van 'n begeleidingsprogram behoort te vorm.

Die doel hiervan is om die kliënt wat begelei word daarop te kan wys dat reaksies wat hy ervaar "normaal" is binne die gegewe omstandighede. Verder kan hy ook gewys word op moontlike reaksies wat hy mag ervaar. Sodoende word hy daarop voorberei.

Die hantering van kliënt reaksies vorm ook deel van Afdeling B. Die ondersteuningstegnieke wat verpleegkundiges in die hantering van kliëntreaksies mag gebruik is hier uiteengesit. Van die domeinkundiges is verwag om aan te toon watter tegnieke relevant is en deel van die begeleidingsprogram behoort te vorm.

Afdeling C sentreer rondom die motivering van persone wat HIV infektering vermoed. Die Gesondheidsoortuigingsmodel soos aangepas deur Pender, word as die uitgangspunt vir die motivering van gedragsveranderinge gebruik. Die drie hoof kategorieë van die model, naamlik die modifiserende en individuele faktore, sowel

as die waarskynlikheid van handeling word hier uiteengesit. Daar word spesifiek aangetoon hoe die modifiserende faktore die individuele persepsies beïnvloed wat weer op hulle beurt die waarskynlikheid van handeling bepaal. In hierdie afdeling word daar van die domeinkundiges verwag om die faktore wat van toepassing is in die beraming van persone om hulle weerstand vir, of oorreedbaarheid tot VIGS voorkomende gedrag te bepaal, aan te toon. Die domeinkundiges moes ook aantoon of die spesifieke faktore wat persone se motivering tot VIGS voorkomende gedrag beïnvloed in die begeleidingsprogram ingesluit behoort te word. Daarna is VIGS voorkomende gedragspatrone aan die domeinkundiges voorgehou. Hulle moes die gedragspatrone wat in die begeleidingsprogram ingesluit behoort te wees, aantoon.

Aan die begin van elke afdeling is 'n kort uiteensetting van die rasionaal vir die inhoud van die betrokke afdeling verskaf om sodoende die afdeling binne breër perspektief te plaas (kyk Bylaag A). Hierdeur is gepoog om die taak van die domeinkundiges te vergemaklik. Verder is 'n brief wat die evalueringsinstrument toelig en wat ook die instruksies vir die domeinkundiges bevat, saam met elke evalueringsinstrument uitgestuur. Die brief bevat ook 'n kort verduideliking van die beoogde verpleegkundige begeleidingsprogram (kyk Bylaag C).

5.5 NAVORSINGSVERLOOP

'n Intensiewe literatuurstudie ten opsigte van VIGS is gedoen. Reaksies wat moontlik by persone wat infektering met HIV vermoed, is in die literatuur nagevors asook die verandering van gedrag deur middel van die Gesondheidsoortuigingsmodel om sodoende HIV verspreiding te beperk.

'n Voorlopige verpleegkundige begeleidingsprogram en gepaardgaande evalueringsinstrument is aan die hand van die literatuurstudie opgestel. Daarna is die evalueringsinstrument, wat die program insluit, aan 'n paneel van nege verpleegkundiges voorgelê. Hierdie persone is besonder kundig in verpleegnavorsing en gemeenskapsverpleegkunde.

Die opdrag aan die paneel was om die evalueringsinstrument wat die program insluit te evalueer ten opsigte van:

- duidelikheid van instruksies,
- logiese groepering en opeenvolging van items,
- toepaslikheid van die items, en

- algemene formulering van die items wat deel van 'n begeleidingsprogram behoort te vorm.

Nadat konsensus oor die evalueringsinstrument bereik is, is dit volgens die Delphi-tegniek aan domeinkundiges uitgepos. Die domeinkundiges was nie bewus van mekaar nie.

Met die analisering van die data wat verkry is uit die response op die evalueringsinstrument is hoofsaaklik ooreenkomste waargeneem. Op aanbeveling van 'n navorsingskundige en statistikus is die proses gestaak en die data met beskrywende statistiek verwerk. Daarna is die verpleegkundige begeleidingsprogram vir persone wat HIV infeksie vermoed saamgestel.

5.5.1 Seleksie van domeinkundiges

Die seleksie van die domeinkundiges was doelgerig. Die kriterium wat hier gegeld het was kundigheid. Twaalf domeinkundiges is geselekteer op grond van hulle kennis van VIGS sowel as hulle praktiese ervaring in die begeleiding van persone wat infeksie met die Menslike Immuniteitsgebrek virus vermoed.

5.5.2 Betroubaarheid van die studie

Volgens Huysamen (1980:48) is betroubaarheid die konsekwentheid waarmee 'n meetinstrument meet. Betroubare meting veronderstel nie noodwendig geldige meting nie, want 'n meetinstrument is geldig indien dit aan die doel waarvoor dit gebruik is, voldoen. Betroubaarheid word dus gesien as 'n noodsaaklike, maar nie 'n voldoende vereiste vir geldigheid nie.

Aangesien daar slegs een instrument uitgestuur is en volgens die Delphi-tegniek hanteer is en hoofsaaklik ooreenkomste gevind is, is fouttelling uitgeskakel. Daar bestaan ook homogeniteit tussen die domeinkundiges omdat almal kundiges met betrekking tot VIGS is.

Die betroubaarheid van die bevindinge van die studie is verder verhoog deur te verseker dat die instruksies aan die domeinkundiges baie duidelik is. 'n Paneel verpleegkundiges het dit geëvalueer alvorens die instrument aan die domeinkun-

diges uitgepos is. Hierdie paneel het ook die formulering van die evaluerings-instrument nagegaan. Onduidelikhede is daardeur uitgeskakel.

Die feit dat die domeinkundiges nie van mekaar bewus was nie en mekaar dus nie kon beïnvloed nie verhoog ook die betroubaarheid van die bevindinge.

Die betroubaarheid van die bevindinge is verder bepaal deur die berekening van die alfa-koëffisiënt met betrekking tot elke kategorie in die evalueringsinstrument.

5.5.3 Geldigheid van die studie

Die inhouds- en voorkomsgeldigheid van die evalueringsinstrument word bevestig deur die omvattende, intensiewe literatuurstudie wat gedoen is. Dit is ook aan 'n paneel verpleegkundiges voorgelê wat die instrument met betrekking tot voorkoms en inhoud bespreek het. Nadat hulle konsensus daaroor bereik het, is die instrument aan domeinkundiges uitgestuur.

5.6 DATA-ANALISE METODES

In die verwerking van die data is van beskrywende statistiek gebruik gemaak. Die verwerking is hoofsaaklik aan die hand van frekwensie tabelle gedoen.

HOOFSTUK 6

BEVINDINGS EN INTERPRETASIE VAN DATA

6.1 INLEIDING

Data soos verkry deur die navorsing sal onder die volgende opskrifte bespreek word, naamlik die betroubaarheid van die evalueringsinstrument en die beskrywende statistiese ontleding. Die interpretasie en die gevolgtrekking sal gelyktydig hanteer word. Hoewel net 12 respondente betrokke is, word van absolute sowel as relatiewe en kumulatiewe frekwensies gebruik gemaak om 'n duidelik geheelbeeld te verkry.

6.2 BETROUBAARHEID VAN DIE EVALUERINGSINSTRUMENT

Die Alfa-koëffisiënt is vir die doel van die studie gebruik om die betroubaarheid van die evalueringsinstrument aan te toon. Huysamen (1980:66) beskryf die Alfa-koëffisiënt as 'n koëffisiënt wat 'n maatstaf van homogeniteit of interne konsekwentheid, wat algebraïes gelyk aan die gemiddelde van die halveringskoëffisiënt wat deur middel van die Guttmanformule op alle moontlike verdelings van die toets bereken sou kon word, verskaf.

Soos afgelei kan word uit tabel 6.1 blyk die betroubaarheid van die bevindings soos verkry met die evalueringsinstrument besonder hoog. Slegs een waarde is laer as 0.5.

6.3 KWALIFIKASIES EN ONDERVINDING VAN DIE DOMEINKUNDIGES

Die onderstaande inligting met betrekking tot die domeinkundiges is bekend:

DOMEINKUNDIGE A

Posbenaming: Senior dosent

Registrasie by die S.A. Raad op Verpleging in:

- Algemene Verpleegkunde
- Verloskunde
- Psigiatrisie Verpleegkunde

- Gemeenskapsverpleegkunde
- Verpleegonderrig
- Verpleegadministrasie

Hoogste akademiese kwalifikasie: Hons.B.Sos.Sc Verpleegkunde

Aantal jare onderrig-ervaring met betrekking tot VIGS: vier jaar

TABEL 6.1: Betroubaarheid van die evalueringsinstrument

KATEGORIEË VAN EVALUERINGSINSTRUMENT	Alfa-koëffisiënt
Oorsprong van VIGS	0.5636
Patogenese van VIGS	0.8710
Epidemiologie van VIGS	0.7510
Spektrum t.o.v. VIGS	0.9497
Kliniese tekens en simptome	0.9049
Oordraging van VIGS	0.6761
Hoë risikogedrag	0.8576
Unieke kliënt reaksies	0.9850
Hantering van kliënt reaksie	0.9672
Faktore t.o.v. weerstand vir/of oorreedbaarheid tot VIGS voorkomende gedrag	0.9415
Faktore in die motivering van persone tot VIGS voorkomende gedrag	0.9365
Invloed van massa media	0.8597
Verandering van gevestigde gedrag	0.0430
VIGS voorkomende gedrag	0.6123

DOMEINKUNDIGE B

Posbenaming: Verpleegdiensbestuurder

Registrasie by die S.A. Raad op Verpleging in:

- Algemene Verpleegkunde
- Verloskunde
- Gemeenskapsverpleegkunde
- Verpleegadministrasie

Hoogste akademiese kwalifikasie: Diploma in Verpleegkunde

Aantal jare onderrig-ervaring met betrekking tot VIGS: vier jaar

Aantal jare praktykervaring met betrekking tot VIGS: twee jaar

DOMEINKUNDIGE C

Posbenaming: Senior Verpleegkundige

Registrasie by die S.A. Raad op verpleegkunde:

- Algemene Verpleegkunde
- Verloskunde
- Psigiatrisie Verpleegkunde
- Gemeenskapsverpleegkunde
- Verpleegonderrig
- Beroepsverpleegkunde

Hoogste akademiese kwalifikasie: B.Cur.

Aantal jare praktykondervinding met betrekking tot VIGS: vier jaar

DOMEINKUNDIGE D

Posbenaming: Senior lektor

Registrasie by die S.A. Raad op Verpleegkunde in:

- Algemene Verpleegkunde
- Verloskunde
- Gemeenskapsverpleegkunde
- Verpleegonderrig
- Verpleegadministrasie
- Teater tegniek

Hoogste akademiese kwalifikasie: D.Litt.et.Phil. Verpleegkunde

Aantal jare onderrig-ervaring met betrekking tot VIGS: ses jaar

DOMEINKUNDIGE E

Posbenaming: lektor

Registrasie by die S.A. Raad op Verpleegkunde in:

- Algemene Verpleegkunde
- Verloskunde
- Psigiatrisie Verpleegkunde
- Gemeenskapsverpleegkunde
- Verpleegonderrig

Hoogste akademiese kwalifikasie: B.Cur.

Aantal jare onderrig-ervaring met betrekking tot VIGS: drie jaar

DOMEINKUNDIGE F

Posbenaming: Verpleegdiensbestuurder

Registrasie by die S.A. Raad op Verpleging in:

- Algemene Verpleegkunde
- Verloskunde
- Gemeenskapsverpleegkunde

Hoogste akademiese kwalifikasies: Diploma in verpleegkunde

Aantal jare onderrig-ervaring met betrekking tot VIGS: twee jaar

Aantal jare praktykervaring met betrekking tot VIGS: twee jaar

DOMMEINKUNDIGE G

Posbenaming: Senior Verpleegdiensbestuurder

Registrasie by die S.A. Raad op Verpleging in:

- Algemene Verpleegkunde
- Verloskunde
- Verpleegadministrasie

Hoogste akademiese kwalifikasie: Diploma in verpleegkunde

Aantal jare onderrig-ervaring met betrekking tot VIGS: drie jaar

DOMEINKUNDIGE H

Posbenaming: Senior Verpleegkundige

Registrasie by die S.A. Raad op Verpleging in:

- Algemene Verpleegkunde
- Verloskunde
- Gemeenskapsverpleegkunde

Hoogste akademiese kwalifikasies: Diploma in verpleegkunde

Aantal jare praktykervaring met betrekking tot VIGS: twee jaar

DOMEINKUNDIGE I

Posbenaming: Verpleegkundige

Registrasie by die S.A. Raad op Verpleging in:

- Algemene Verpleegkunde
- Verloskunde
- Psigiatrisie Verpleegkunde
- Gemeenskapsverpleegkunde

Hoogste akademiese kwalifikasies: Diploma in Verpleegkunde

Aantal jare praktykervaring met betrekking tot VIGS: drie jaar

DOMEINKUNDIGE J

Posbenaming: Lektor

Registrasie by die S.A. Raad op Verpleging in:

- Algemene Verpleegkunde
- Verloskunde
- Gemeenskapsverpleegkunde
- Verpleegonderrig

Hoogste akademiese kwalifikasies: B.Cur.

Aantal jare onderrig- ervaring met betrekking tot VIGS: 5 jaar

DOMEINKUNDIGE K

Posbenaming: Senior Verpleegkundige

Registrasie by die S.A. Raad op Verpleging in:

- Algemene Verpleegkunde
- Verloskunde
- Gemeenskapsverpleegkunde

Hoogste akademiese kwalifikasies: Diploma in Verpleegkunde

Aantal jare onderrig-ervaring met betrekking tot VIGS: ses jaar

Aantal jare praktykervaring met betrekking tot VIGS: vier jaar

DOMEINKUNDIGE L

Posbenaming: Hoofverpleegkundige

Registrasie by die S.A. Raad op Verpleging in:

- Algemene Verpleegkunde
- Verloskunde
- Psigiatryse Verpleegkunde
- Verpleegadministrasie

- Gemeenskapsverpleegkunde

Hoogste akademiese kwalifikasies: Diploma in Verpleegkunde

Aantal jare praktykervaring met betrekking tot VIGS: vier jaar

6.4 BESKRYWENDE STATISTIESE ONTLEDINGS VAN DATA VERKRY MET EVALUERING VAN VOORLOPIGE BEGELEDINGSPROGRAM

Die evalueringsinstrument is in drie afdelings verdeel naamlik:

- Afdeling A: feitelike kennis oor VIGS
- Afdeling B: reaksies van persone wat HIV infeksie vermoed en die verpleegkundige ondersteuning van hierdie persone, en
- Afdeling C: motivering tot gedragsverandering aan die hand van die Gesondheidsoortuigingsmodel.

6.4.1 Afdeling A van die evalueringsinstrument: Inligting oor VIGS

Oorsprong van VIGS

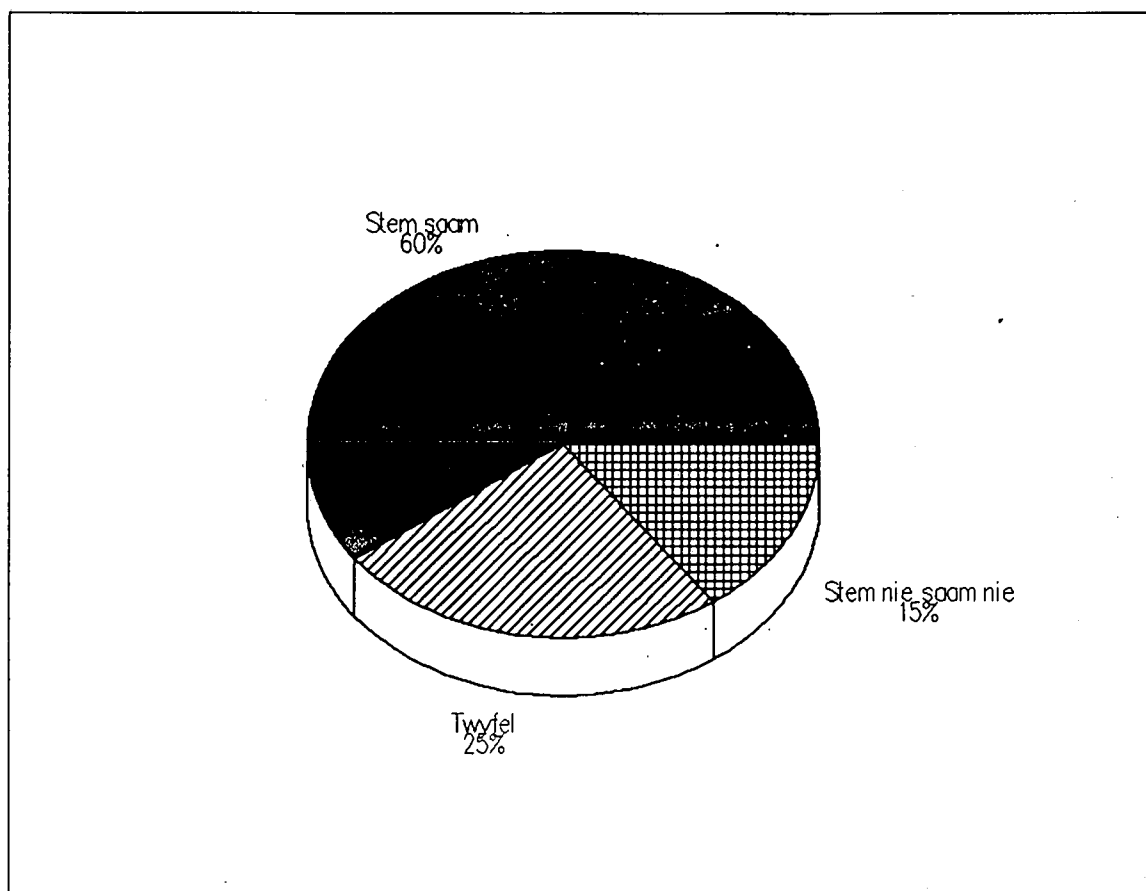
Tabel 6.2 toon die ontleding van die respondente se menings aangaande die inligting oor die oorsprong van VIGS wat in die begeleidingsprogram ingesluit behoort te word, aan. Een respondent (8,3 persent) stem beslis nie saam met die aanduiding dat VIGS moontlik in Sentraal-Afrika ontstaan het, in 'n verpleegkundige begeleidingsprogram ingesluit behoort te word nie. Uit eie praktykondervinding het die navorser gevind dat kliënte dikwels die vraag opper in verband met die ontstaan en oorsprong van VIGS. Essex (1988:64) beskryf ook in die literatuur dat daar 'n sterk aanduiding is dat HIV sy oorsprong in Sentraal-Afrika gehad het.

Vier respondente (33 persent) stem egter nie saam met die feit dat HIV vanaf Haïti na Amerika versprei het in die begeleidingsprogram ingesluit behoort te word nie. Dit kan toegeskryf word aan die redelik onbekende feit dat werkers vanaf Haïti vir lang periodes in Sentraal-Afrika werksaam was en daarna terug na Haïti gekeer het. Gedurende hierdie periode was Haïti 'n gewilde vakansie-oord vir Amerikaanse homoseksuele mans, wat dan waarskynlik deur die teruggekeerde persoon met HIV geïnfekteer is (Farthing 1988:14).

TABEL 6.2: Domeinkundiges se evaluering van begeleidingsprogram: Oorsprong van VIGS

OORSPRONG VAN VIGS	Domeinkundiges (N=12) se menings														
	Stem beslis saam			Stem saam			Twyfel			Stem nie saam nie			Stem beslis nie saam nie		
	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %
HIV is verwant aan retrovirusse d.w.s. HIV ondergaan mutasies	8	66.7	66.7	2	16.7	83.3	2	16.7	100	-	-	-	-	-	-
HIV het sy oorsprong moontlik in Sentraal-Afrika gehad	4	33.3	33.3	5	41.7	75	1	8.3	83.3	1	8.3	91.7	1	8.3	100
HIV is van Haïti na Amerika versprei	1	8.3	8.3	4	33.3	41.7	3	25	66	4	33.3	100	-	-	-
Persone is van Europa en Australië in Amerika met HIV geïnfecteer	1	8.3	8.3	4	33.3	41.7	6	50	90.7	1	8.3	100	-	-	-

Tien respondente (83,4 persent) het egter aangetoon dat dit wel nodig is om die aspek dat HIV muteer met die pasiënt te bespreek. Dit is van belang aangesien die persoon met verskeie mutasies geïnfekteer kan word. Die een mutasie lewer nie immuniteit teen 'n ander mutasie nie.



FIGUUR 6.1: Oorsprong van VIGS: Verdeling van totale aantal response (N=48)

In hierdie gedeelte van die evalueringsinstrument bestaan die moontlikheid van 48 response wanneer in ag geneem word dat 12 respondente elkeen een keuse ten opsigte van vier items moes maak. Deur te let op die aantal positiewe response, kan 'n aanduiding van die belangrikheid van die oorsprong van VIGS in 'n begeleidingsprogram, bepaal word.

Volgens figuur 6.1 dui sestig persent van die response op insluiting van inligting oor die oorsprong van VIGS in die begeleidingsprogram. Slegs een persent dui op twyfel en 25 persent op weglating van inligting oor die oorsprong van VIGS.

Patogenese van VIGS

In tabel 6.3 word die menings van respondente oor die insluiting van inligting oor patogenese van VIGS in die begeleidingsprogram weergegee.

Twee respondente (16,7 persent) het gevoel dat die feit dat makrofage en monosiete HIV na die brein vervoer, onnodig is. Hierteenoor het 11 respondente (91,7 persent) egter gevoel dat dit wel nodig is om die kliënt in te lig dat 60 persent van alle HIV geïnfekteerde persone neuro-psigiatryse abnormaleiteite ondervind. Om hierdie stelling te verklaar is dit wel nodig dat die vervoer van HIV na die brein in die begeleidingsprogram ingesluit word (Fauci 1988:617; Koenig 1988:1089; en Streichan 1986:2390).

Elf (91,7 persent) respondente het saamgestem dat die persoon wat HIV infeksie vermoed ingelig moet word oor die feit dat HIV 'n terminale siekte veroorsaak. Die groter meerderheid van respondente (91,7 persent) het saamgestem dat die wyse waarop HIV die immuunsisteem infekteer en aftakel aan die kliënt verduidelik moet word (kyk tabel 6.3). *Pneumocystis carinii* is die belangrikste oorsaak van dood by die VIGS pasiënt. Elf respondente (91,7 persent) het saamgestem dat die feit aan die kliënt genoem moet word, waarvan vyf respondente beslis daaroor was.

Sewe respondente (58,3 persent) het beslis saamgestem dat die teenwoordigheid van teenliggame teen HIV, sowel as die onvermoë van die teenliggame om beskerming teen VIGS te verleen onder die persoon se aandag gebring moet word. Meer repondente (25 persent) het met die stelling saamgestem, maar was nie so beslis nie (kyk tabel 6.3).

Van die 155 moontlike response dui 85 persent op die insluiting van inligting oor patogenese van VIGS terwyl 12 persent op twyfel en drie persent op weglating dui.

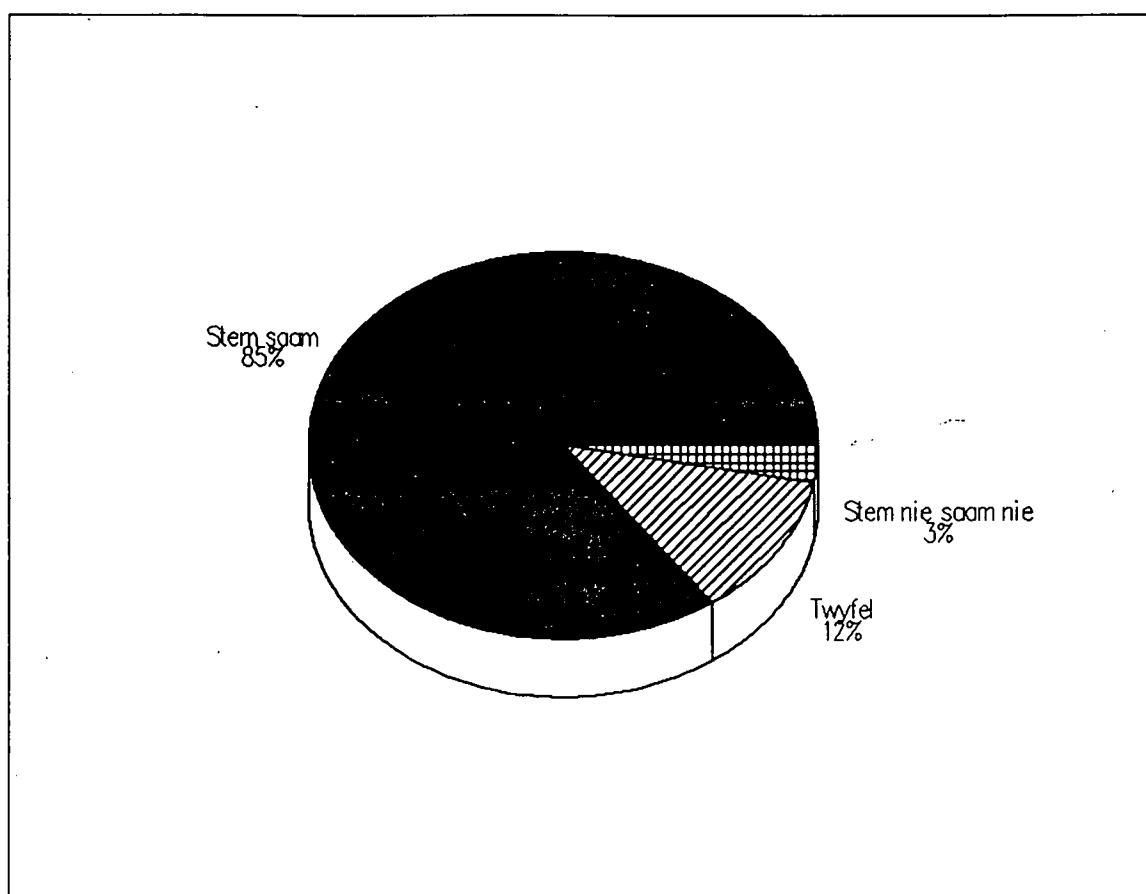
Hieruit kan dus afgelei word dat hoewel daar respondente is wat oor die items van patogenese verskil het die respondente oor die algemeen oor die insluiting van patogenese van VIGS saamgestem (kyk figuur 6.2).

TABEL 6.3: Domeinkundiges se evaluering van begeleidingsprogram: Patogenese van VIGS

PATOGENESE VAN VIGS	Domeinkundiges (N=12) se menings														
	Stem beslis saam			Stem saam			Twyfel			Stem nie saam nie			Stem beslis nie saam nie		
	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %
HIV is lid van virusse wat progressiewe onomkeerbare terminale siektes veroorsaak	7	58.3	58.3	4	33.3	91.7	1	8.3	100	-	-	-	-	-	-
T-sel aktivering stimuleer HIV sintese d.w.s. enige infeksies sal HIV vermeerdering in die menslike liggaam bevorder	6	50	50	5	41.7	91.7	1	8.3	100	-	-	-	-	-	-
Deur T ₄ -selle selektief te infekteer beskadig HIV die spesifieke sel wat normaalweg virus uitwissing beheer	7	58.3	58.3	4	33.3	91.7	1	8.3	100	-	-	-	-	-	-
Die progressiewe uitwissing van T ₄ -selle is die basis van immunologiese abnormaleite wat met VIGS gevind word	7	58.3	58.3	5	41.7	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Infeksie van die CD4 T-sel deur HIV word veroorsaak deur die binding van die CD4 reseptor met die glukoproteïen 120 van HIV	4	33.3	33.3	2	25	58.3	4	33.3	91.7	1	8.3	100	-	-	-
HIV infektering veroorsaak infeksie van die alveolêre makrofag wat kan lei tot <i>Pneumocystis carinii</i> pneumonic	5	41.7	41.7	6	50	91.7	1	8.3	100	-	-	-	-	-	-
Kagektin ('n faktor wat deur beskadigde monosiete vrygestel word) kan 'n rol speel in die gewigsverlies by die VIGS pasiënt	2	16.7	16.7	5	41.7	58.3	4	33.3	91.7	1	8.3	100	-	-	-

TABEL 6.3: Domeinkundiges se evaluering van begeleidingsprogram: Patogenese van VIGS (vervolg)

PATOGENESE VAN VIGS	Domeinkundiges (N=12) se menings														
	Stem beslis saam			Stem saam			Twyfel			Stem nie saam nie			Stem beslis nie saam nie		
	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %
Epstein-Barr virus infeksie kom dikwels by die VIGS pasiënt voor	4	33.3	33.3	6	50	83.3	2	16.7	100	-	-	-	-	-	-
HIV infeksie het indirekte patologiese effek op die sentrale senuweestelsel	5	41.7	41.7	7	58.3	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-
60% van alle VIGS pasiente ondervind neuropsigiatrise abnormaleite	4	33.3	33.3	7	58.3	91.7	1	8.3	100	-	-	-	-	-	-
Monosiete en makrofae vervoer HIV na die brein	3	25	25	5	41.7	66.7	2	16.7	83.3	2	16.7	100	-	-	-
Die menslike liggaam is in staat om teenliggame teen HIV te vervaardig	7	58.3	58.3	3	25	83.3	1	8.3	91.7	1	8.3	100	-	-	-
Die teenliggame bied egter nie beskerming teen die ontwikkeling van VIGS nie	7	58.3	58.3	4	33.3	91.7	1	8.3	100	-	-	-	-	-	-



FIGUUR 6.2: Patogenese van VIGS: Verdeling van totale aantal response (N=155)

Epidemiologie van VIGS

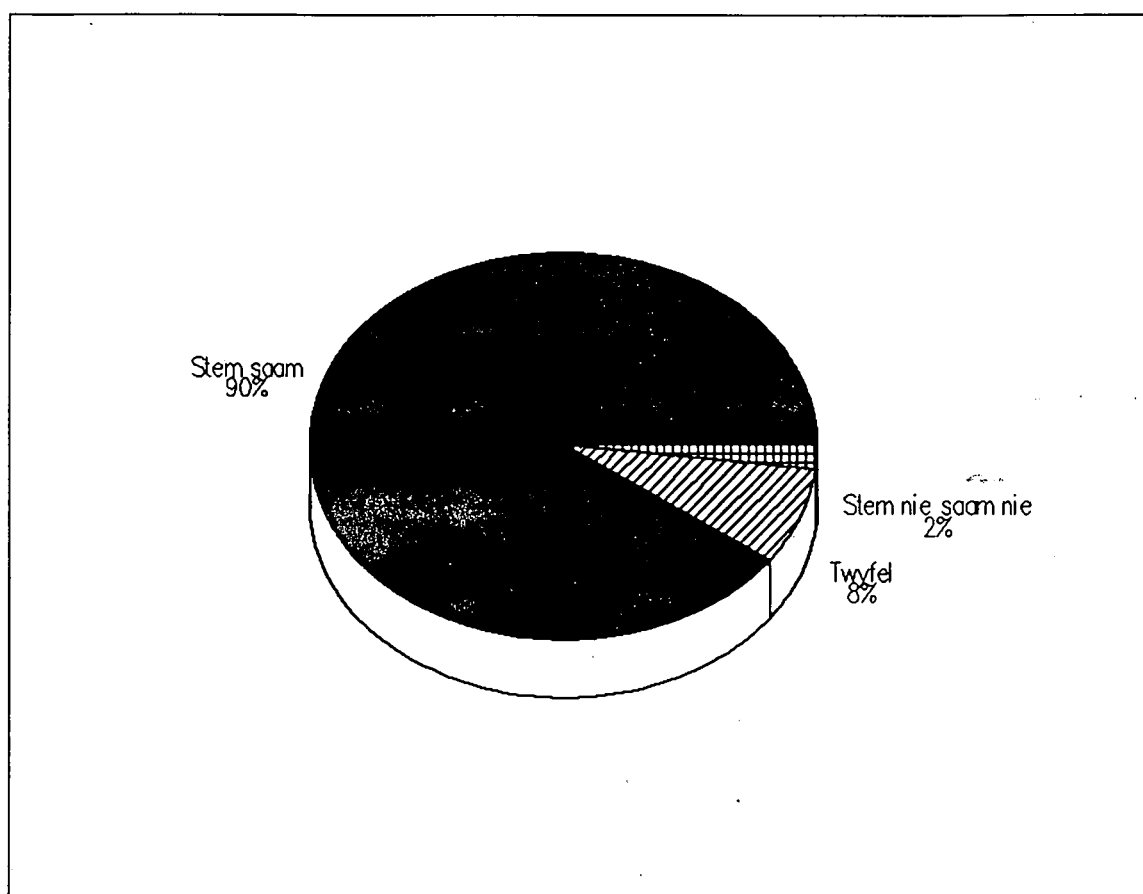
Twee respondente (16,7 persent) het aangetoon dat daar twyfel bestaan of dit nodig is om aan die kliënte te noem dat daar twee vorms van HIV bestaan (kyk tabel 6.4). Aangesien 'n persoon met beide vorms gelyktydig geïnfekteer kan wees, is dit wel nodig om die feit aan die bekommerde persoon te noem (Miller 1988:36).

Daar was groot ooreenstemming deur die respondente (91,7 persent) dat die verpleegkundige moet weet wanneer die eerste VIGS geval in Suid-Afrika gediagnoseer is, aangesien dit dikwels deur die kliënt aan haar gevra word.

Die respondente het almal saamgestem dat dit duidelik gestel moet word dat dit nie net homoseksuele blanke mans is wat met HIV geïnfekteer kan word nie, maar dat dit juis die heteroseksuele bevolking is wat tans die VIGS toneel in Suid-Afrika oorheers.

TABEL 6.4: Domeinkundiges se evaluering van begeleidingsprogram: Epidemiologie van VIGS

EPIDEMIOLOGIE VAN VIGS	Domeinkundiges (N=12) se menings														
	Stem beslis saam			Stem saam			Twyfel			Stem nie saam nie			Stem beslis nie saam nie		
	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %
Die eerste VIGS geval is in 1981 gediagnoseer	4	33.3	33.3	5	41.7	75	2	16.7	91.7	1	8.3	100	-	-	-
Die eerste Suid-Afrikaanse VIGS geval is in 1982 geïdentifiseer	5	41.7	41.7	6	50	91.7	1	8.3	100	-	-	-	-	-	-
Homoseksuele blanke mans het aanvanklik die VIGS toneel in S.A. oorheers	8	66.7	66.7	4	33.3	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Die VIGS toneel in S.A. word tans deur heteroseksuele persone oorheers	7	58.3	58.3	5	41.7	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Twee vorms van HIV is al geïdentifiseer, nl. HIV- ₁ en HIV- ₂	6	50	50	4	33.3	83.3	2	16.7	100	-	-	-	-	-	-
Kinders kan ook met HIV geïnfekteer word	7	58.3	58.3	5	41.7	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Heteroseksuele persone kan ook VIGS opdoen	8	66.7	66.7	4	33.3	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VIGS onder die homoseksuele mans toon 'n afplatting sedert 1988	6	50	50	4	33.3	83.3	2	16.7	100	-	-	-	-	-	-
Die mate van toename van HIV positiewe gevalle in S.A. kom ooreen met dié van Sentraal- en Oos-Afrika	5	41.7	41.7	4	33.3	75	2	16.7	91.7	1	8.3	100	-	-	-



FIGUUR 6.3: Epidemiologie van VIGS: Verdeling van totale response verkry (N=108)

Negentig persent van die response was positief met betrekking tot die insluiting van epidemiologie van VIGS in 'n begeleidingsprogram. Twyfel het agt persent response uitgemaak en drie persent het die "stem nie saam" mening verteenwoordig.

Spektrum van VIGS

Soos aangetoon in tabel 6.5 het die respondente besonder saamgestem dat die genoemde komponente in 'n begeleidingsprogram ingesluit moet word.

Insluiting van die groepsverdeling van die verskillende stadiums waarin HIV infektering verdeel word, het veral groot ooreenstemming uitgelok.

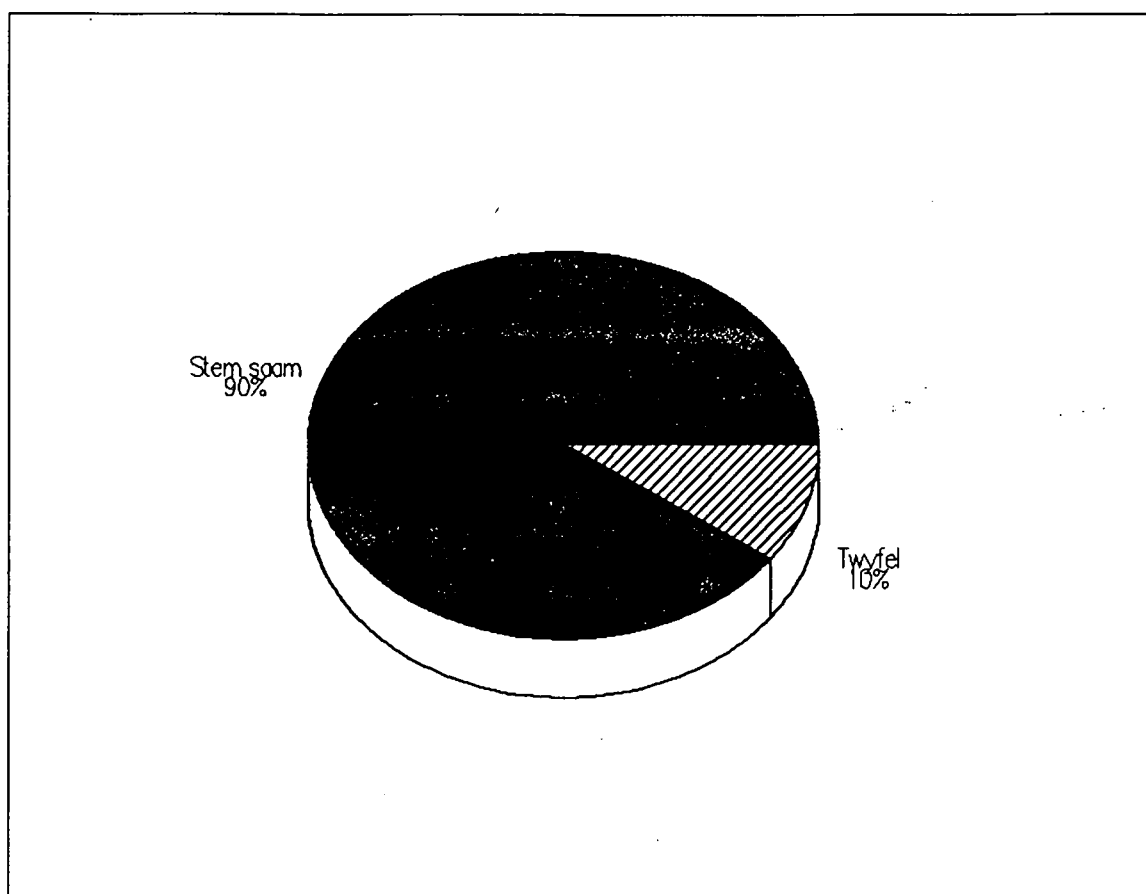
Die aspek dat VIGS pasiënte dikwels las van fungusinfeksies ondervind, is volgens die respondente 'n belangrike item in 'n begeleidingsprogram vir persone wat HIV infektering vermoed (kyk tabel 6.5).

TABEL 6.5: Domeinkundiges se evaluering van begeleidingsprogram: Spektrum van VIGS

SPEKTRUM VAN VIGS	Domeinkundiges (N=12) se menings														
	Stem beslis saam			Stem saam			Twyfel			Stem nie saam nie			Stem beslis nie saam nie		
	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %
HIV infeksie met die afwesigheid van opportunistiese siektes word nie as VIGS geïdentifiseer nie	5	41.7	41.7	5	41.7	83.3	2	16.7	100	-	-	-	-	-	-
HIV geïnfekteerde persone kan in vier groepe verdeel word	6	50	50	6	50	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Groep I is diegene met 'n akute HIV infeksie	6	50	50	6	50	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Groep II is diegene met 'n asimptomatiese infeksie	6	50	50	6	50	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Groep III is diegene met algemene limfadenopatie	6	50	50	6	50	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Groep IV is diegene met ander siektes	6	50	50	6	50	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Anemie kom soms tydens die simptoombvrye stadium voor	4	33.3	33.3	6	50	83.3	2	16.7	100	-	-	-	-	-	-
Die normale T ₄ -seltelling is 800/mm ³ bloed	4	33.3	33.3	4	33.3	66.7	4	33.3	100	-	-	-	-	-	-
Wanneer die T ₄ -seltelling daal tot 400/mm ³ bloed dui dit op 'n afname van die doeltreffendheid van die immuunfunksie	5	41.7	41.7	3	25	66.7	4	33.3	100	-	-	-	-	-	-

TABEL 6.5: Domeinkundiges se evaluering van begeleidingsprogram: Spektrum van VIGS (vervolg)

[illegible]



FIGUUR 6.4: Spektrum van VIGS: Verdeling van totale aantal response (N=168)

Negentig persent van die response (kyk figuur 6.4) het gedui op die insluiting van inligting tot die spektrum van VIGS in die begeleidingsprogram. Geen negatiewe response is verkry nie. Die twyfelresponse het 10 persent van die totale 168 response gevorm.

Kliniese tekens en simptome van VIGS

Twee respondente (16,7 persent) het aangetoon dat hul nie saamstem oor die feit dat die bekommerde persoon moet weet dat die voorkoms van sifilis 'n wesentlike probleem by die HIV geïnfekteerde persoon is nie. Volgens Tramont (1987:1699) kom sifilis egter by 'n groot persentasie persone wat HIV geïnfekteerd is voor aangesien beide siektes deur seksuele kontak oorgedra word. Dit is dus nodig om wel daarna in 'n begeleidingsprogram vir hierdie persone te verwys (kyk tabel 6.6).

Tien respondente, dit wil sê 'n kumulatiewe persentasie van 83,3 persent, waarvan sewe beslis saamgestem het, stem saam dat die persoon ingelig behoort te word

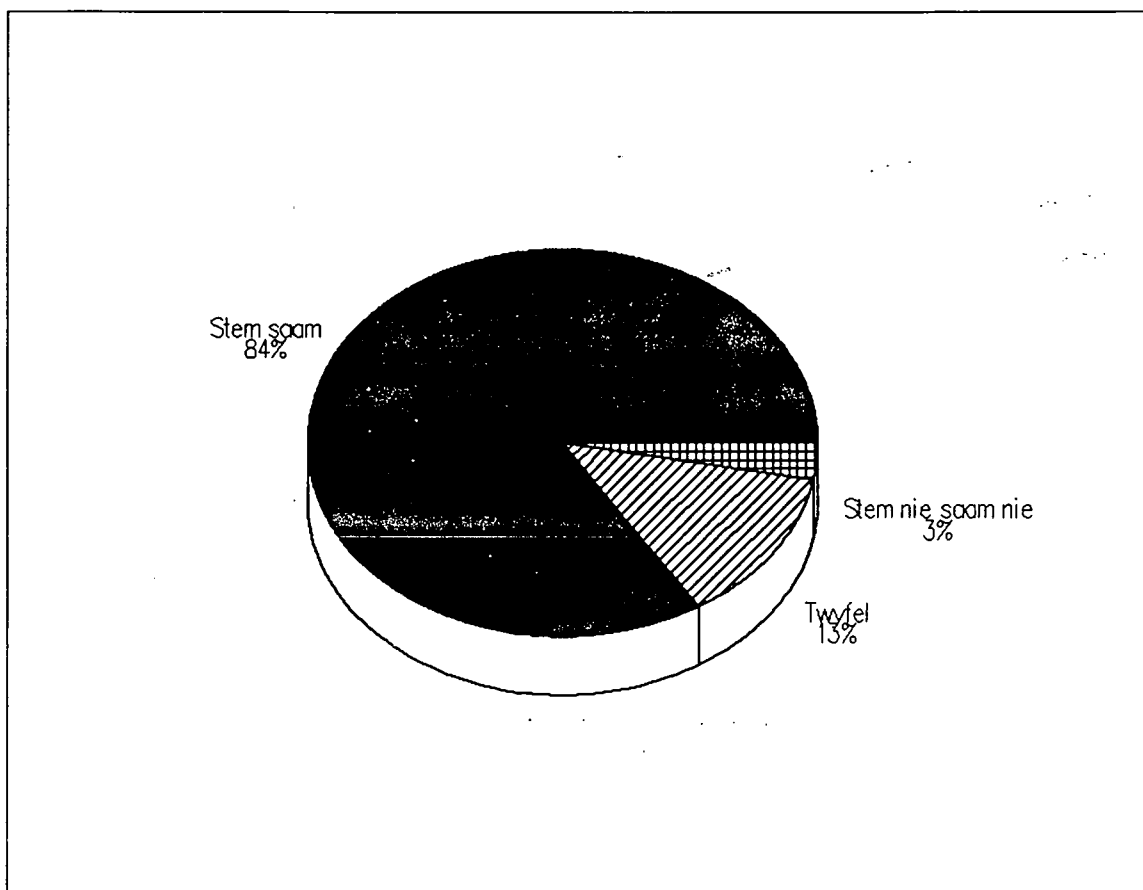
TABEL 6.6: Domeinkundiges se evaluering van begeleidingsprogram: Kliniese tekens en simptome van VIGS

KLINIESE TEKENS EN SIMPTOME VAN VIGS	Domeinkundiges (N=12) se menings														
	Stem beslis saam			Stem saam			Twyfel			Stem nie saam nie			Stem beslis nie saam nie		
	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %
'n Klierkoorsagtige toestand kom direk na HIV infektering voor	7	58.3	58.3	3	25	83.3	4	2	100	-	-	-	-	-	-
Teenliggame teen HIV kan vanaf drie weke tot drie maande na serokonversie in die geïnfekteerde persoon se serum opgespoor word	6	50	50	4	33.3	83.3	2	16.7	100	-	-	-	-	-	-
Limfadenopatie kan vir etlike maande met koors en ongesteldheid gepaard gaan	6	50	50	6	50	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Algemene limfadenopatie is 'n voorloper van VIGS	4	33.3	33.3	7	58.7	91.7	1	8.3	100	-	-	-	-	-	-
HIV se invloed op die sentrale senuwee sisteem is die belangrikste indirekte effek van HIV infektering	4	33.3	33.3	4	33.3	66.7	4	33.3	100	-	-	-	-	-	-
HIV infeksie van die miokardium veroorsaak kongestiewe kardio-miopatie	4	33.3	33.3	6	50	83.3	1	8.3	91.7	1	8.3	100	-	-	-
Die mees algemene opportunistiese siekte is <i>Pneumocystis carinii</i> pneumonia	6	50	50	5	41.7	91.7	1	8.3	100	-	-	-	-	-	-
Die voorkoms van sifilis is 'n groot probleem by die VIGS pasiënt	4	33.3	33.3	5	41.7	75	1	8.3	83.3	2	16.7	100	-	-	-

TABEL 6.6: Domeinkundiges se evaluering van begeleidingsprogram: Kliniese tekens en simptome van VIGS (vervolg)

KLINIESE TEKENS EN SIMPTOME VAN VIGS	Domeinkundiges (N = 12) se menings														
	Stem beslis saam			Stem saam			Twyfel			Stem nie saam nie			Stem beslis nie saam nie		
	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %
'n Persoon kan meer as een opportunistiese infeksie op 'n gegewe tydstip ondervind	7	58.3	58.3	5	41.7	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-

aangaande 'n klierkoorsagtige toestand wat direk na HIV infektering kan volg. Dit is veral van belang in 'n begeleidingsprogram wanneer daar op gelet word dat dit 'n baie algemene verskynsel is.



FIGUUR 6.5: Kliniese tekens en simptome van VIGS: Verdeling van totale aantal response (N=110)

Volgens figuur 6.5 is aspekte ten opsigte van insluiting van kliniese tekens en simptome in die begeleidingsprogram deur 84 persent response aangedui. Die twyfelresponse het 13 persent van die totale 110 response gevorm en drie persent response het die uitsluiting van die items verteenwoordig.

Oordraging van VIGS

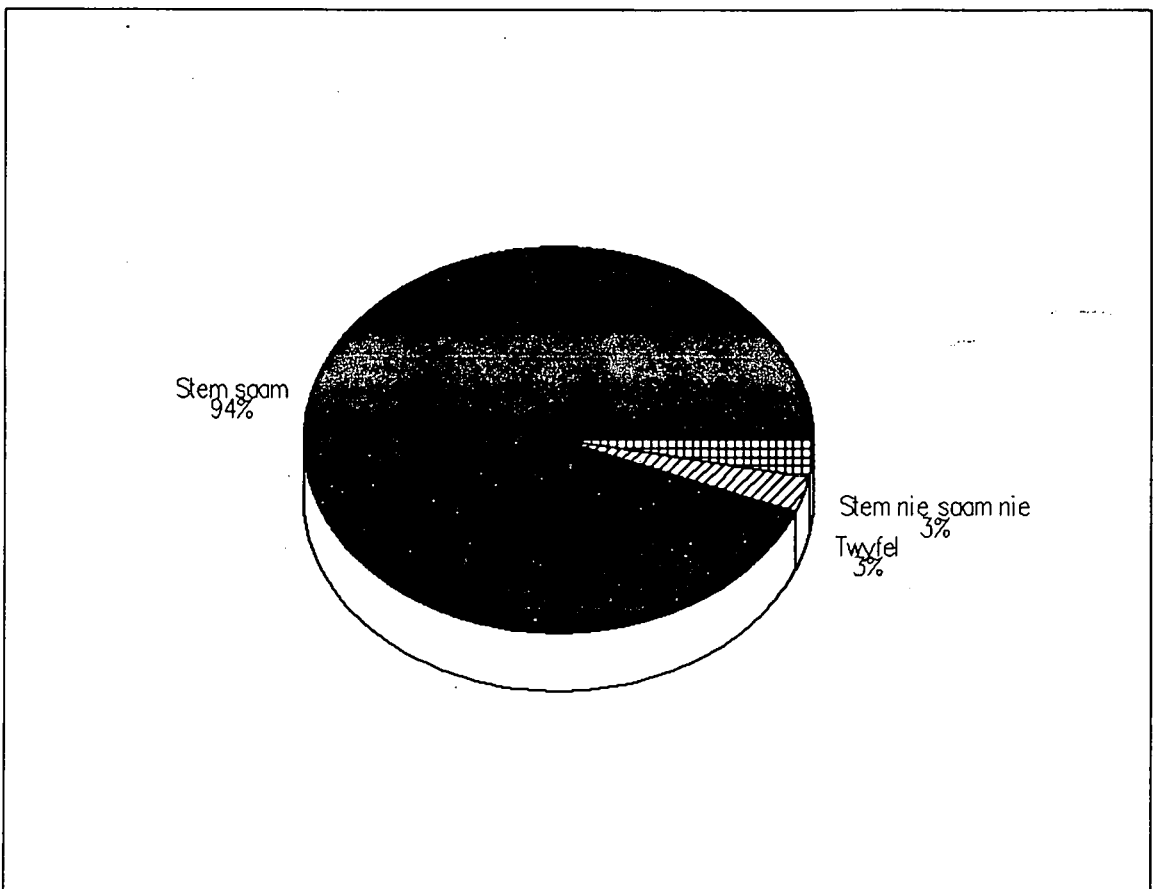
Tabel 6.7 toon 'n groot mate van ooreenstemming tussen die respondente in verband met die insluiting van metodes van oordraging aan.

TABEL 6.7: Domeinkundiges se evaluering van begeleidingsprogram: Oordraging van VIGS

OORDRAGING VAN VIGS	Domeinkundiges (N=12) se menings														
	Stem beslis saam			Stem saam			Twyfel			Stem nie saam nie			Stem beslis nie saam nie		
	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %
HIV word deur bloed en bloedprodukte sowel as vloeistowwe van die geslagsdele versprei	10	83.3	83.3	2	16.7	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-
In S.A. vind meer as 90% van die HIV oordraging deur seksuele kontak plaas	10	83.3	83.3	2	16.7	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HIV kan ook deur borsvoeding oorgedra word	5	41.7	41.7	5	41.7	83.3	1	8.3	91.7	1	8.3	91.7	-	-	-

Slegs een respondent (8,3 persent) het aangetoon dat die bekommerde persoon nie ingelig behoort te word in verband met die feit dat HIV deur borsmelk versprei kan word, nie. Die literatuur onderskryf egter wel die voorligting en wel op die sewende internasionale VIGS kongres (AIDS Unit 1991).

Tien respondente (83,3 persent) het beslis saamgestem dat die oordraging van HIV deur bloed en bloedprodukte, sowel as sekresies van die geslagsdele, en die feit dat 90 persent van HIV oordraging deur seksuele kontak geskied, in 'n begeleidingsprogram ingesluit behoort te word.



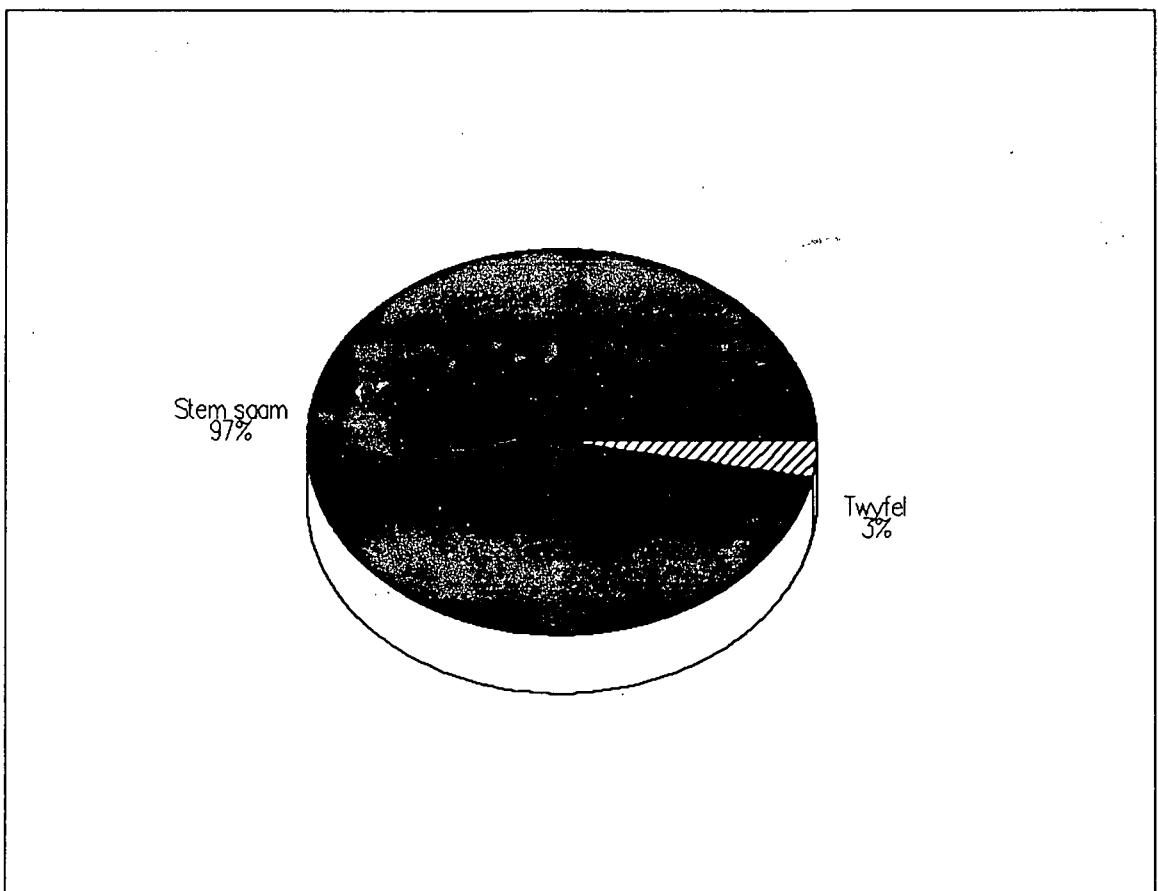
FIGUUR 6.6: Oorsprong van VIGS: Verdeling van totale aantal response (N=36)

In hierdie gedeelte van die evalueringsinstrument bestaan die moontlikheid van 36 response as in ag geneem word dat 12 respondente elkeen een keuse ten opsigte van drie items moes maak (kyk figuur 6.6). Vier en negentig persent van die response was positief met betrekking tot die insluiting van die oorsprong van VIGS in die begeleidingsprogram. Drie persent dui op twyfel en drie persent op weglating van inligting oor die oorsprong van VIGS.

Risiko seksgedrag

In hierdie afdeling was daar geen beduidende verskille tussen die respondente nie (kyk tabel 6.8).

Nege respondente (75 persent) stem beslis saam dat die frekwensie van blootstelling aan HIV die risiko van HIV infektering bepaal aan persone wat HIV infektering vermoed, oorgedra moet word. Hulle stem ook beslis daarmee saam dat die betrokke persone moet weet dat die risiko van HIV infektering verhoog wanneer die seksmaats op hulle beurt veelvuldige seksmaats het.



FIGUUR 6.7: Risikogedrag ten opsigte van VIGS: Verdeling van totale aantal response (N=72)

Van die 72 moontlike response dui 97 persent op die insluiting van die kennis van risikogedrag ten opsigte van VIGS in die begeleidingsprogram terwyl drie persent op twyfel gedui het (kyk figuur 6.7).

TABEL 6.8: Domeinkundiges se evaluering van begeleidingsprogram: Risikogedrag ten opsigte van VIGS

[illegible]

6.4.2 Afdeling B van die evalueringsinstrument: Unieke kliënt reaksies

Tabel 6.8 toon die ontleding van die data aangaande die insluiting van kliënt reaksies in die begeleidingsprogram in.

Daar was geen verskille tussen die menings van die respondente nie. Een respondent het egter voorgestel dat die begeleier ook na die persoon se huislike omstandighede moet gaan kyk om sodoende sy reaksies korrek te begryp.

Die respondente het almal saamgestem dat die feit dat spanning groot probleme kan veroorsaak indien dit nie effektief hanteer word in 'n begeleidingsprogram vir persone wat HIV infektering vermoed, vermeld moet word. Daar moet verder ook op die psigologiese en fisieke uitputting as gevolg van spanning gewys word (kyk tabel 6.9).

Al 12 respondente het saamgestem dat die breë publiek onsimpatiek teenoor die VIGS pasiënt optree en dat dit die persoon wat HIV infektering vermoed moedeloos stem. Hulle is ook van mening dat dit in 'n begeleidingsprogram moet figureer. Sosiale isolasie as gevolg van stigmatisering is eweneens van belang (kyk tabel 6.9).

Nege en negentig persent van die response het gedui op die insluiting van inligting met betrekking tot kliënt reaksies wanneer HIV infektering vermoed word en slegs een persent op twyfel gedui het. Deur te let op die groot aantal positiewe response, kan 'n aanduiding van die belangrikheid van hierdie aspek in die begeleidingsprogram bepaal word (kyk figuur 6.8).

Hantering van kliënt reaksies

Tabel 6.10 toon die ontleding van die data met betrekking tot die insluiting van die hantering van kliënt reaksies aan.

Al die respondente behalwe een het saamgestem oor die hanteringsaspekte van die persoon wat HIV infektering vermoed. Een respondent het egter getwyfel of die bekommerde persoon aangemoedig moet word om met sy seksmaat/s te kommunikeer.

TABEL 6.9: Domeinkundiges se evaluering van begeleidingsprogram: Unieke kliënt reaksies

[illegible]

TABEL 6.9: Domeinkundiges se evaluering van begeleidingsprogram: Unieke kliënt reaksies (vervolg)

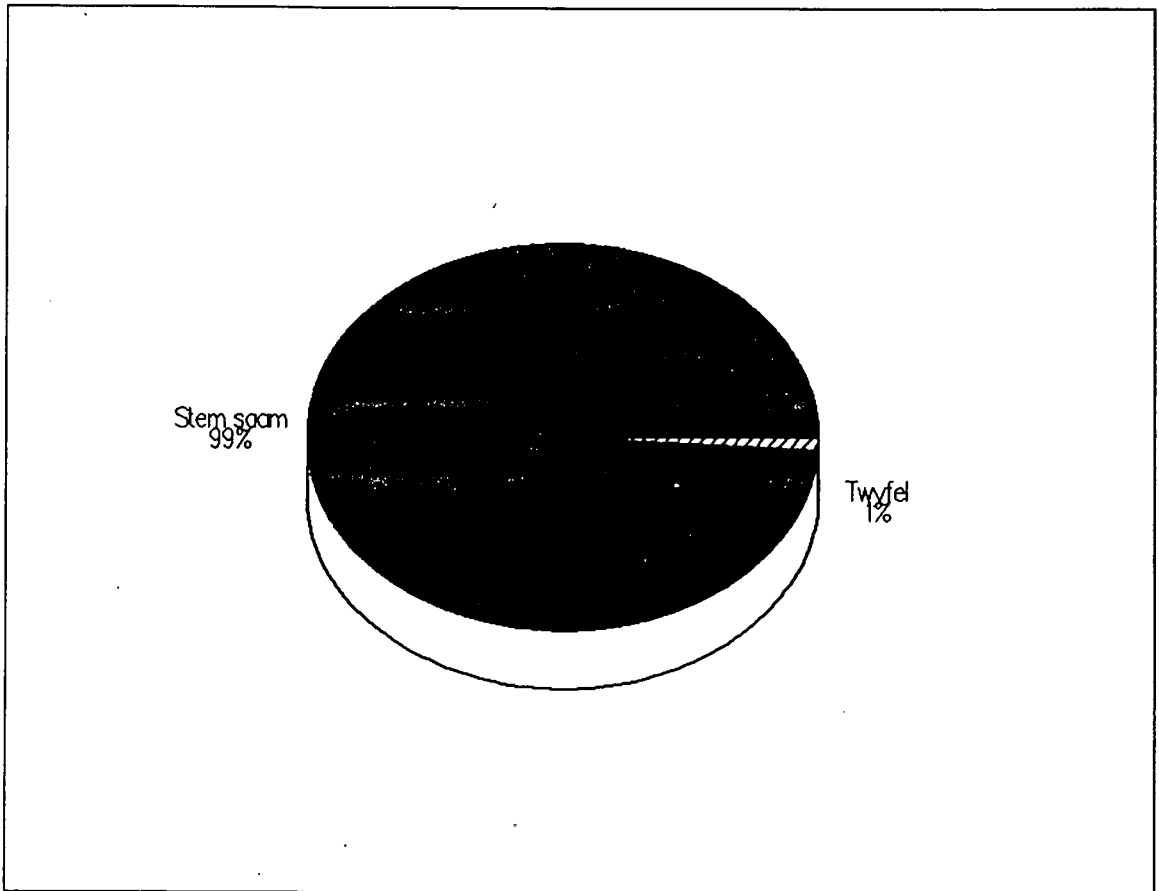
UNIEKE KLIËNT REAKSIES	Domeinkundiges (N=12) se menings														
	Stem beslis saam			Stem saam			Twyfel			Stem nie saam nie			Stem beslis nie saam nie		
	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %
'n Verlies aan konsentrasievermoë kom by die VIGS pasiënt voor	7	58.3	58.3	5	41.7	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Die persoon begin met 'n self ondersoek	8	66.7	66.7	4	33.3	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-
'n Skuldgevoel wat spruit uit selfverwyt, ontstaan	7	58.3	58.3	5	41.7	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Magteloosheid kom algemeen by die HIV positiewe persoon voor	8	66.7	66.7	4	33.3	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Algemene onsimpatieke hantering van 'n persoon met VIGS deur die publiek dra by tot die gevoel van magteloosheid wat die persoon wat HIV infektering vermoed, ondervind	8	66.7	66.7	4	33.3	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Onvermoë om die situasie te beheer wek woede	8	66.7	66.7	3	25	91.7	1	8.3	100	-	-	-	-	-	-
Oordrewe bevraagtekening beklemtoon die persoon se magteloosheid	6	50	50	5	41.7	91.7	1	8.3	100	-	-	-	-	-	-
Vrees vir sosiale isolasie kom by die persoon wat HIV infektering vermoed voor	7	58.3	58.3	5	41.7	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Stigmatisering van die HIV positiewe persoon veroorsaak sosiale isolasie	8	66.7	66.7	4	33.3	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-

TABEL 6.10: Domeinkundiges se evaluering van begeleidingsprogram: Hantering van kliënt reaksies

HANTERING VAN KLIËNT REAKSIES	Domeinkundiges (N=12) se menings														
	Stem beslis saam			Stem saam			Twyfel			Stem nie saam nie			Stem beslis nie saam nie		
	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %
'n Vertrouensverhouding tussen die persoon en die verpleegkundige is noodsaaklik	9	75	75	3	25	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Die persoon moet aangemoedig word om sy probleme te identifiseer	9	75	75	3	25	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Die persoon moet ondersteun word in die gebruik van probleemoplossingstegnieke wat aan hom bekend is en wat voorheen effektief gebruik is	7	58.3	58.3	5	41.7	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nuwe probleemoplossingstegnieke moet saam met die persoon ontwikkel word	9	75	75	3	25	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nie-verbale verpleegkundige ondersteuning is van groot belang	8	66.7	66.7	4	33.3	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fisieke aanraking is 'n effektiewe metode van ondersteuning	9	75	75	3	25	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Die aanmoediging van ontspanningsoefeninge is 'n effektiewe metode van ondersteuning	8	66.7	66.7	4	33.3	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Die persoon behoort tot sosialisering aangemoedig te word	7	58.3	58.3	5	41.7	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-

TABEL 6.10: Domeinkundiges se evaluering van begeleidingsprogram: Hantering van kliënt reaksies (vervolg)

HANTERING VAN KLIËNT REAKSIES	Domeinkundiges (N=12) se menings														
	Stem beslis saam			Stem saam			Twyfel			Stem nie saam nie			Stem beslis nie saam nie		
	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %
Die persoon behoort genoeg tyd tydens ondersteuningsgeleentheid te word, sodat hy sy gedagtes en probleme kan formuleer en bespreek	8	66.7	66.7	4	33.3	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Verbalisering van probleme is 'n noodsaaklike hanteringstegniek by persone wat HIV infeksie vermoed	9	75	75	3	25	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kommunikasie met die persoon se seksmaats is belangrik	9	75	75	2	16.7	91.7	1	8.3	100	-	-	-	-	-	-
Die persoon wat HIV infeksie vermoed behoort op die negatiewe effek van spanning gewys te word	8	66.7	66.7	4	33.3	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tydens begeleiding behoort die persoon deurentyd gemaklik teenoor die verpleegkundige te voel	7	58.3	58.3	5	41.7	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-

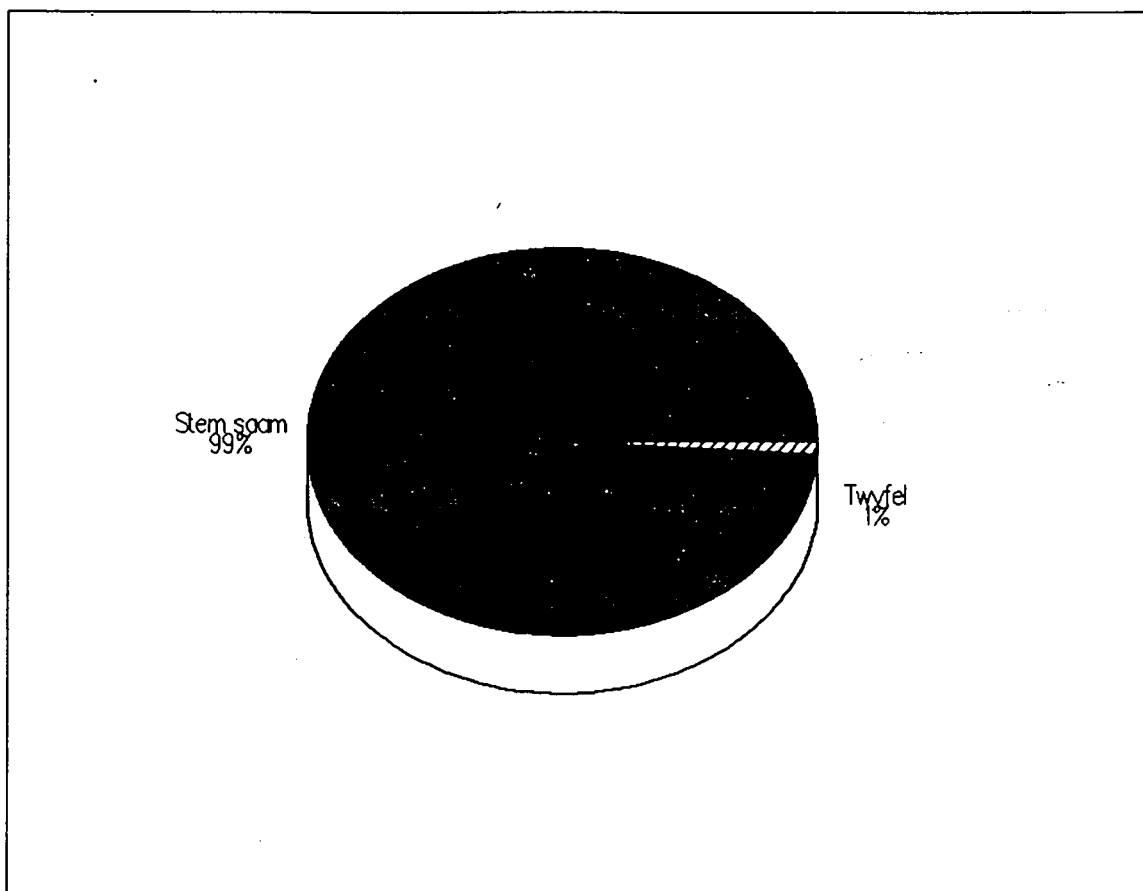


FIGUUR 6.8: Unieke kliënt reaksies wat voorkom wanneer infektering met HIV vermoed word: Verdeling van totale aantal response (N=228)

Nege respondente, verteenwoordig deur 'n kumulatiewe persentasie van 75 persent, het beslis saamgestem dat 'n vertrouensverhouding tussen die verpleegkundige en die persoon wat HIV infektering vermoed noodsaaklik is, terwyl drie respondente (25 persent) slegs met die aspek saamgestem het (kyk tabel 6.10).

Al twaalf die respondente het saamgestem dat nie-verbale verpleegkundige ondersteuning soos byvoorbeeld fisieke aanraking van groot belang in die begeleidingsprogram is.

Nege persone (75 persent) het beslis saamgestem dat die identifisering van probleme noodsaaklik is vir effektiewe hantering van die probleme (kyk tabel 6.10).

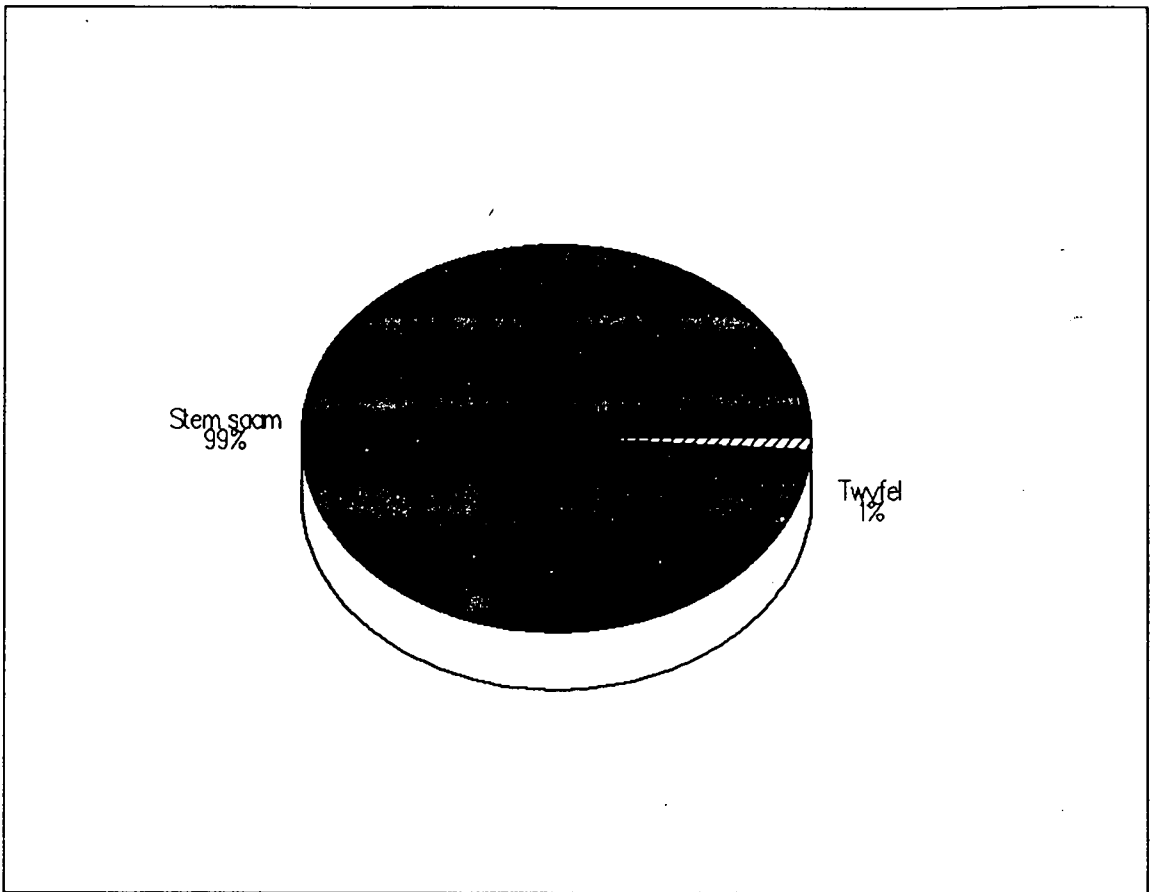


FIGUUR 6.8: Unieke kliënt reaksies wat voorkom wanneer infeksie met HIV vermoed word:
Verdeling van totale aantal response (N=228)

Nege respondente, verteenwoordig deur 'n kumulatiewe persentasie van 75 persent, het beslis saamgestem dat 'n vertrouensverhouding tussen die verpleegkundige en die persoon wat HIV infeksie vermoed noodsaaklik is, terwyl drie respondente (25 persent) slegs met die aspek saamgestem het (kyk tabel 6.10).

Al twaalf die respondente het saamgestem dat nie-verbale verpleegkundige ondersteuning soos byvoorbeeld fisieke aanraking van groot belang in die begeleidingsprogram is.

Nege persone (75 persent) het beslis saamgestem dat die identifisering van probleme noodsaaklik is vir effektiewe hantering van die probleme (kyk tabel 6.10).



FIGUUR 6.9: Hantering van kliënt reaksies: Verdeling van totale aantal response (N=156)

Van die 156 moontlike response was 99 persent ten gunste van die insluiting van hantering van kliënt reaksies in die begeleidingsprogram en slegs een persent het op twyfel gedui (kyk figuur 6.9). Dit blyk dus dat hierdie aspek as deel van 'n begeleidingsprogram besonder belangrik is.

6.4.3 Afdeling C van die evalueringsinstrument: Gedragsverandering aan die hand van die gesondheidsoortuigingsmodel

Weerstand vir/of oorreedbaarheid tot VIGS voorkomende gedrag

Die ontleding van hierdie afdeling word in tabel 6.11 getoon. Al die respondente het saamgestem dat die model 'n goeie struktuur/model is om gesondheidsverandering vir gesondheidsbevordering te motiveer (kyk tabel 6.11).

Slegs een respondent (8,3 persent) het getwyfel oor die feit dat die demografiese faktor, geslag, 'n rol speel in die motivering van gedragsverandering, teenoor die

TABEL 6.11: Domeinkundiges se evaluering van begeleidingsprogram: Beraming van persone om hul oorreedbaarheid en/of weerstand tot VIGS voorkomende gedrag te bepaal

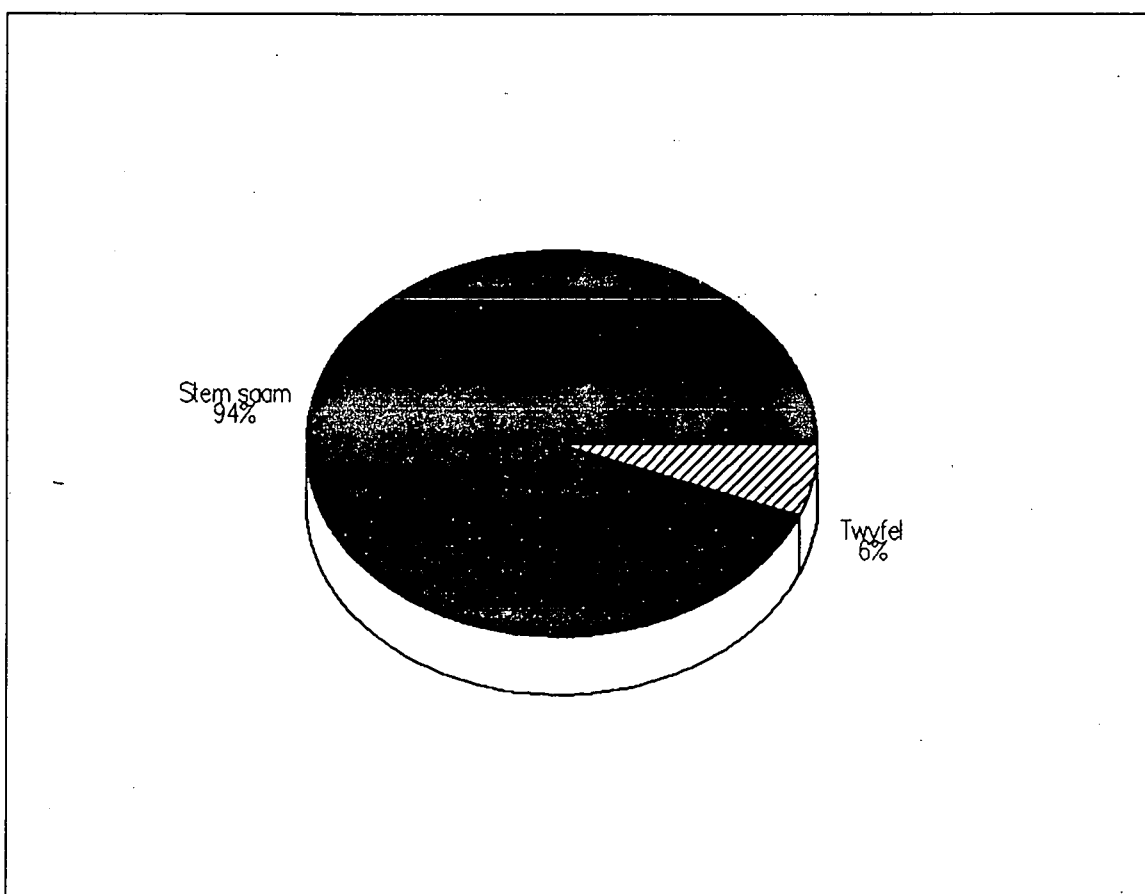
BERAMING VAN PERSONE OM HUL OORREEDBAARHEID EN/OF WEERSTAND TOT VIGS VOORKOMENDE GEDRAG TE BEPAAL	Domeinkundiges (N = 12) se menings														
	Stem beslis saam			Stem saam			Twyfel			Stem nie saam nie			Stem beslis nie saam nie		
	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %
Demografiese faktore															
Geslag	8	66.7	66.7	3	25	91.7	1	8.3	100	-	-	-	-	-	-
Ouderdom	8	66.7	66.7	4	33.3	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Geografiese faktore															
Platteland	8	66.7	66.7	2	16.7	83.3	2	16.7	100	-	-	-	-	-	-
Stedelik	8	66.7	66.7	2	16.7	16.7	2	16.7	100	-	-	-	-	-	-
Seksuele voorkeure															
Homoseksualiteit	8	66.7	66.7	4	33.3	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Heteroseksualiteit	8	66.7	66.7	4	33.3	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-

TABEL 6.11: Domeinkundiges se evaluering van begeleidingsprogram: Beraming van persone om hul oorreedbaarheid en/of weerstand tot VIGS voorkomende gedrag te bepaal (vervolg)

BERAMING VAN PERSONE OM HUL OORREEDBAARHEID EN/OF WEERSTAND TOT VIGS VOORKOMENDE GEDRAG TE BEPAAL	Domeinkundiges (N = 12) se menings														
	Stem beslis saam			Stem saam			Twyfel			Stem nie saam nie			Stem beslis nie saam nie		
	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %
Sosio-ekonomiese faktore															
Laer sosio-ekonomiese status	8	66.7	66.7	4	33.3	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hoër sosio-ekonomiese status	8	66.7	66.7	4	33.3	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Groepvorming in groepsdruk															
Kennis oor VIGS	8	66.7	66.7	4	33.3	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Druk om seksueelaktief te verkeer	7	58.3	58.3	5	41.7	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tieners gaan die belangrikste groep wees wat VIGS in die toekoms gaan versprei	6	50	50	3	25	75	3	25	100	-	-	-	-	-	-

twee respondente (16,7 persent) wat getwyfel het oor die moontlikheid dat geografiese faktore 'n rol kan speel in die motivering van gedragsverandering.

Die respondente was dit almal eens dat seksuele voorkeure wel 'n rol speel in die motivering van gedragsverandering (kyk tabel 6.11). So ook was die respondente eens dat hoë sosio-ekonomiese klas en positiewe groepsvorming in groepsdruk VIGS voorkomende gedrag sal bevorder. Volgens die respondente behoort hierdie items in 'n begeleidingsprogram ingesluit te word.



FIGUUR 6.10: Faktore in die beraming van persone om hul weerstand vir/of oorreedbaarheid tot VIGS voorkomende gedrag te bepaal: Verdeling van totale aantal response (N = 132)

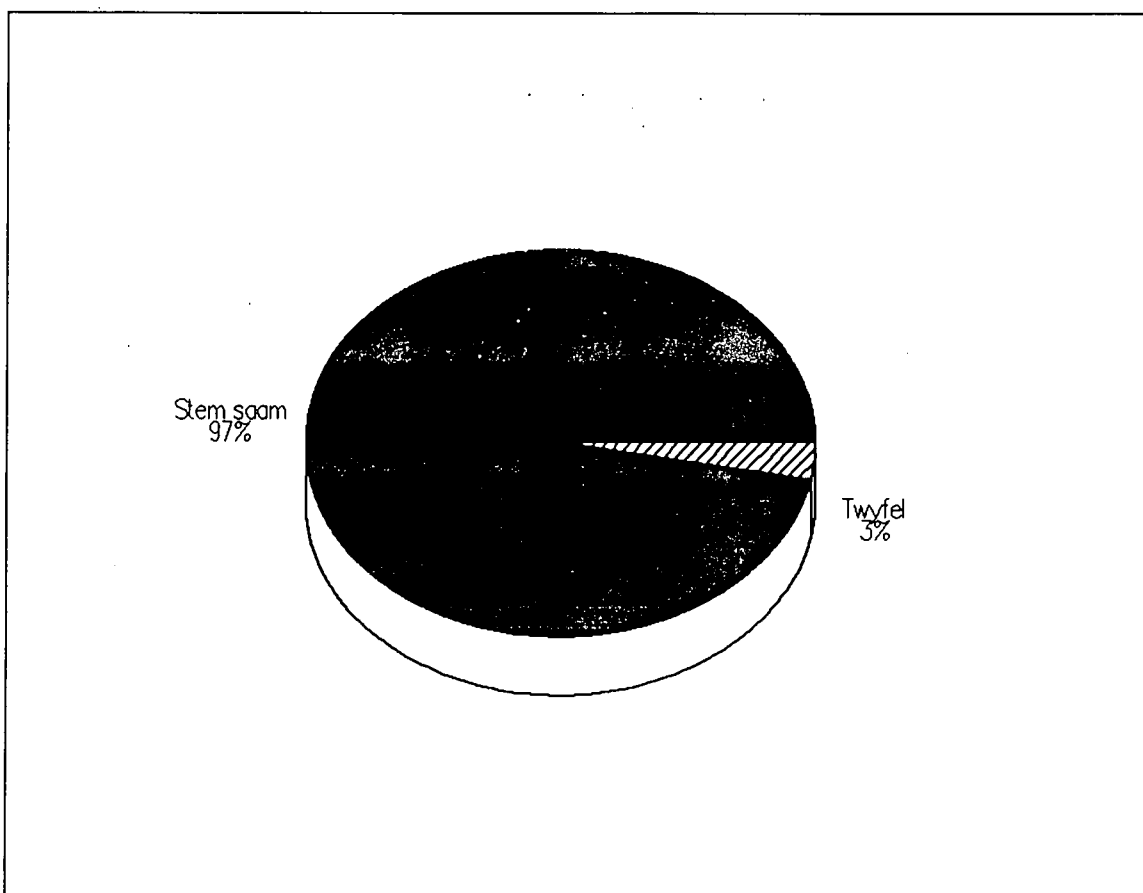
Volgens figuur 6.10 dui 94 persent van die response op die insluiting van die bepaling van weerstand vir/of oorreedbaarheid tot VIGS voorkomende gedrag in die begeleidingsprogram terwyl ses persent op twyfel van insluiting in die begeleidingsprogram gedui het.

Motivering tot voorkomende gedrag

In tabel 6.12 word die respondente se mening oor die insluiting van die motiveringsfaktore in die begeleidingsprogram aangetoon.

Een respondent (8,3 persent) het getwyfel of die stigma verbonde aan VIGS die persoon sal beïnvloed ten opsigte van die voortsetting van risikogedrag, terwyl nog 'n persoon getwyfel het of sosiale isolasie 'n bekommerde persoon sal motiveer tot VIGS voorkomende gedragsverandering. Hierdie twee respondente het dus getwyfel of hierdie aspekte in 'n begeleidingsprogram tuishoort (kyk tabel 6.12).

Die respondente was dit egter eens dat meer as een seksmaat of 'n seksmaat wat op sy beurt meer as een seksmaat het tot blootstelling aan HIV kan lei en dat dit in 'n begeleidingsprogram behoort te figureer. So ook het nege respondente (75 persent) beslis saamgestem dat die deel van seksapparate wat tot HIV infeksie lei, in die begeleidingsprogram tuishoort (kyk tabel 6.12).



FIGUUR 6.11: Faktore vir motivering tot voorkomende gedrag: Verdeling van totale aantal response (N=96)

TABEL 6.12: Domeinkundiges se evaluering van begeleidingsprogram: Faktore vir motivering tot voorkomende gedrag

FAKTORE VIR MOTIVERING TOT VOORKOMENDE GEDRAG	Domeinkundiges (N = 12) se menings														
	Stem beslis saam			Stem saam			Twyfel			Stem nie saam nie			Stem beslis nie saam nie		
	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %
VIGS en blootstelling aan VIGS	8	66.7	66.7	4	33.3	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Stigma verbonde aan VIGS	7	58.7	58.7	4	33.3	91.7	1	8.3	100	-	-	-	-	-	-
Sosiale isolasie a.g.v. VIGS	7	58.7	58.7	4	33.3	91.7	1	8.3	100	-	-	-	-	-	-
Ongeneesbaarheid van VIGS	9	75	75	3	25	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Meer as een seksmaat lei tot blootstelling aan VIGS	9	75	75	3	25	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-
'n Seksmaat met meer as een seksmaat is 'n risikopersoon vir VIGS	9	75	75	3	25	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Verwerping van die VIGS pasiënt deur die algemene publiek	7	58.3	58.3	4	33.3	91.7	1	8.3	100	-	-	-	-	-	-
Die deel van seksapparate (sex-toys) kan HIV oordra	9	75	75	3	25	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Van die moontlike 96 response dui 97 persent op die insluiting van inligting oor die motivering van VIGS voorkomende gedrag in die begeleidingsprogram. Die twyfelrespons het slegs drie persent van die totale aantal response gevorm (kyk figuur 6.11).

Invloed van die massa media

Tabel 6.13 toon die data met betrekking tot die menings oor die insluiting van die invloed van massa media in 'n begeleidingsprogram aan.

Vyf uit 24 respondente was negatief ten opsigte van die rol wat die media in VIGS voorligting en gesindheidsveranderinge speel. Aangesien dit slegs 'n klein persentasie is sal die aspekte in die begeleidingsprogram gelaat word.

Elf respondente (91,7 persent) het saamgestem dat die media wel VIGS feite aan die publiek verskaf. Dit impliseer dat feite aangaande VIGS bekend word en dat die publiek daardeur op die gevare van die siekte gewys sal word en dus VIGS voorkomend sal optree (kyk tabel 6.13). Die invloed van die massa media behoort dus in 'n begeleidingsprogram vir persone wat HIV infektering vermoed, verreken te word.

Twee en sewentig persent van die response was positief met betrekking tot die insluiting van die invloed van massa media op VIGS voorkomende gedrag in die begeleidingsprogram (kyk figuur 6.12). Twyfel het 14 persent response uitgemaak en 14 persent het die "stem nie saam" mening verteenwoordig. Hieruit kan afgelei word dat hoewel daar respondente is wat oor items van die invloed van massa media op VIGS voorkomende gedrag verskil die respondente oor die algemeen oor die insluiting van die invloed van die massa media op VIGS voorkomende gedrag, saamstem.

Weerstand teen gedragsverandering

Een respondent het nie saamgestem dat seksuele gedrag verander kan word nie (kyk tabel 6.14). Martin (1986:347) het bewys dat alhoewel dit 'n tydsame proses is, dit wel suksesvol gedoen kan word. In aansluiting met die gegewens het tien respondente (83,3 persent) saamgestem dat verandering van reeds bestaande

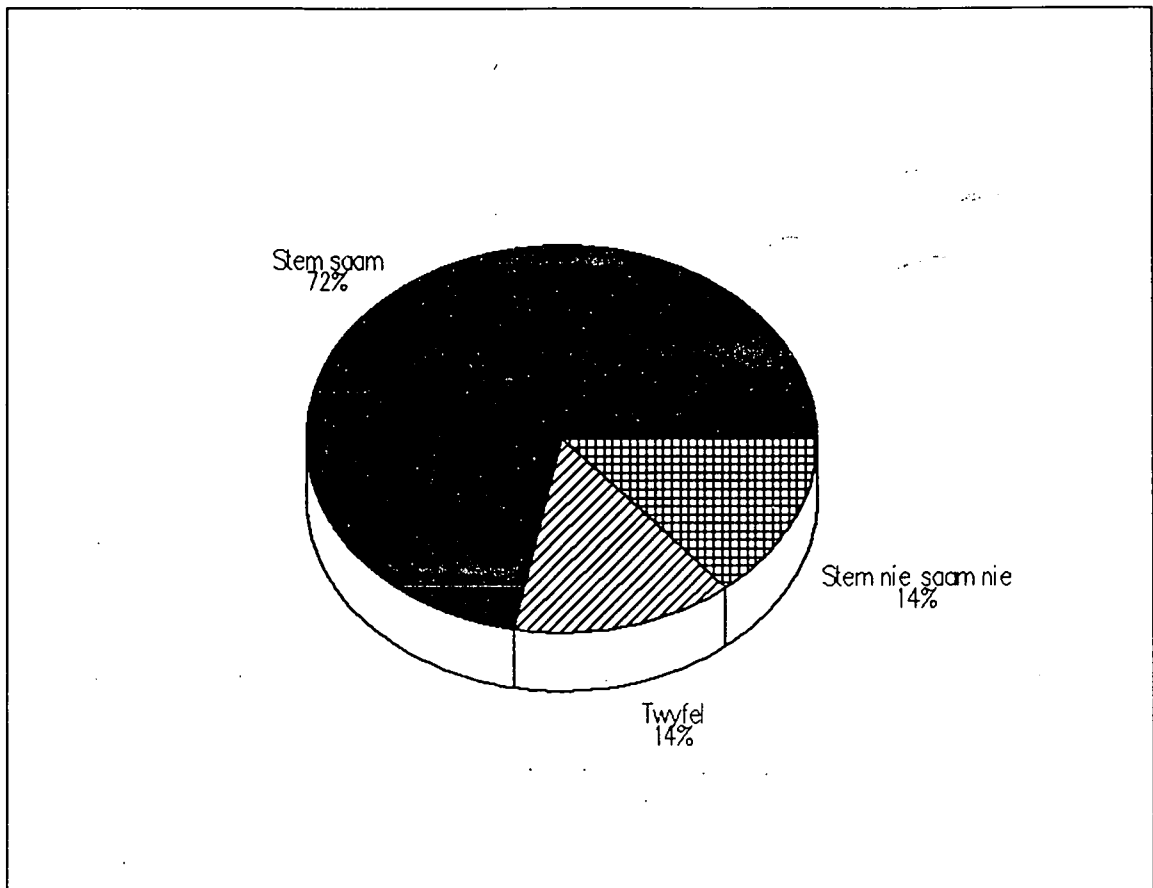
TABEL 6.13: Domeinkundiges se evaluering van begeleidingsprogram: Invloed van massa media op VIGS voorkomende gedrag

INVLOED VAN MASSA MEDIA OP VIGS VOORKOMENDE GEDRAG	Domeinkundiges (N=12) se menings														
	Stem beslis saam			Stem saam			Twyfel			Stem nie saam nie			Stem beslis nie saam nie		
	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %
Die media verskaf VIGS feite aan die publiek	5	41.7	41.7	6	50	91.7	1	8.3	100	-	-	-	-	-	-
Lewensstyl opvoeding deur die media verminder risikogedrag	5	41.7	41.7	3	25	66.7	2	16.7	83.3	2	16.7	100	-	-	-
Inligting in die massa media verander die publiek se houding teenoor die VIGS pasiënt	4	33.3	33.3	3	25	58.3	2	16.7	75	3	25	100	-	-	-

TABEL 6.14: Domeinkundiges se evaluering van begeleidingsprogram: Weerstand teen verandering van gevestigde seksuele gedrag

WEERSTAND TEEN VERANDERING VAN GEVESTIGDE SEKSUELE GEDRAG	Domeinkundiges (N=12) se menings														
	Stem beslis saam			Stem saam			Twyfel			Stem nie saam nie			Stem beslis nie saam nie		
	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %
'n Struikelblok in oorreding van die persoon wat HIV infektering vermoed tot veiliger sekspraktyke is weerstand teen die aanleer van nuwe gedrag	6	50	50	6	50	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Reeds bestaande seksuele gedrag kan wel verander word	3	25	25	5	41.7	66.7	2	16.7	83.3	1	8.3	91.7	1	8.3	100
Verandering van reeds bestaande seksuele gedrag is 'n tydsame proses	7	58.3	58.3	3	25	83.3	2	16.7	100	-	-	-	-	-	-

seksuele gedrag 'n tydsame proses is en dat dit tog tuisshoort in 'n begeleidingsprogram vir persone wat HIV infeksie vermoed (kyk tabel 6.14).



FIGUUR 6.12: Die invloed van massa media op VIGS voorkomende gedrag: Verdeling van totale aantal response (N=36)

Drie en tagtig persent van die response het gedui op die insluiting van inligting met betrekking tot die weerstandigheid van 'n persoon om sy gevestigde seksuele gedrag te verander in die begeleidingsprogram. Elf persent het op twyfel en ses persent op weglating gedui (kyk figuur 6.13).

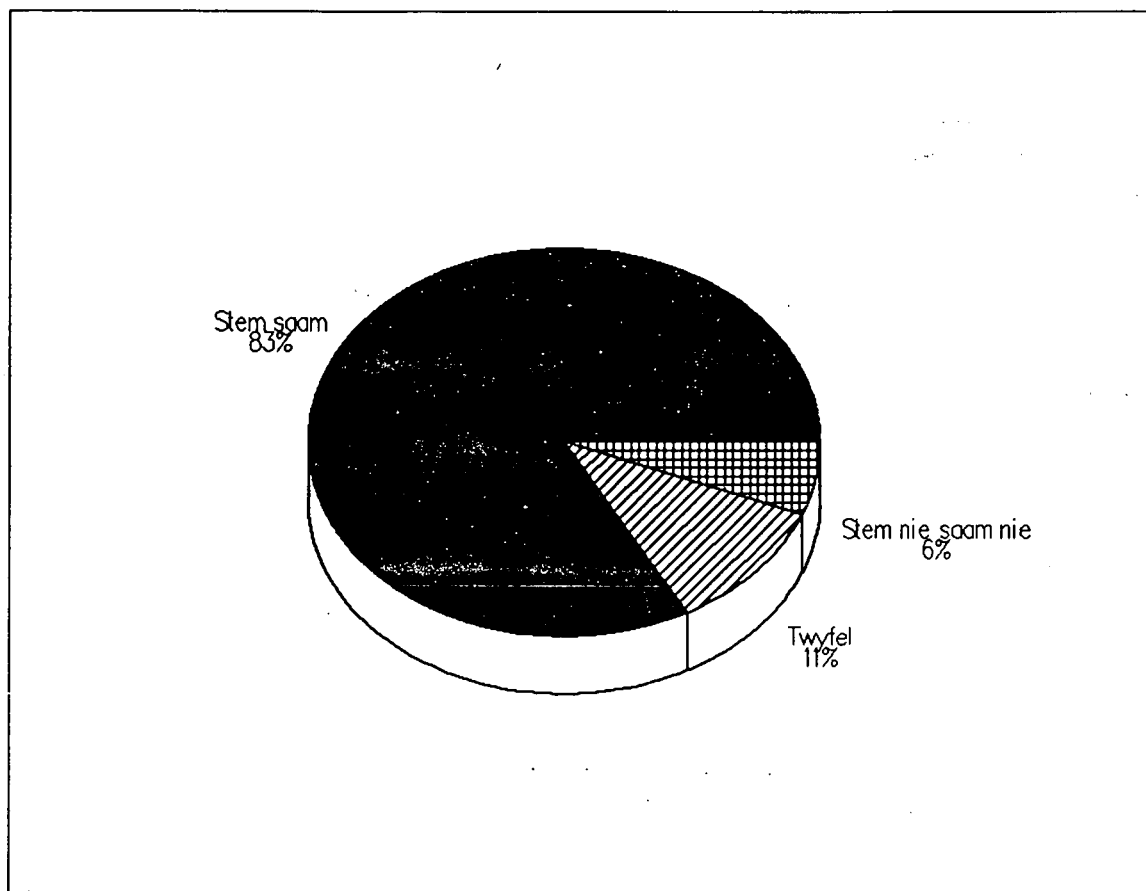
VIGS voorkomende gedrag

Al 12 respondente (kyk tabel 6.15) het daarmee saamgestem dat die aanmoediging van seks binne monogame huweliksverband in die begeleidingsprogram ingesluit behoort te word. Agt van die respondente (66,7 persent) het beslis saamgestem. Tien respondente (83,3 persent) het beslis daarmee saamgestem dat persone daarop gewys moet word dat seksapparaat nie gedeel mag word nie, terwyl nege

TABEL 6.15: Domeinkundiges se evaluering van begeleidingsprogram: Faktore wat deel van VIGS voorkomende gedragspatrone behoort te vorm

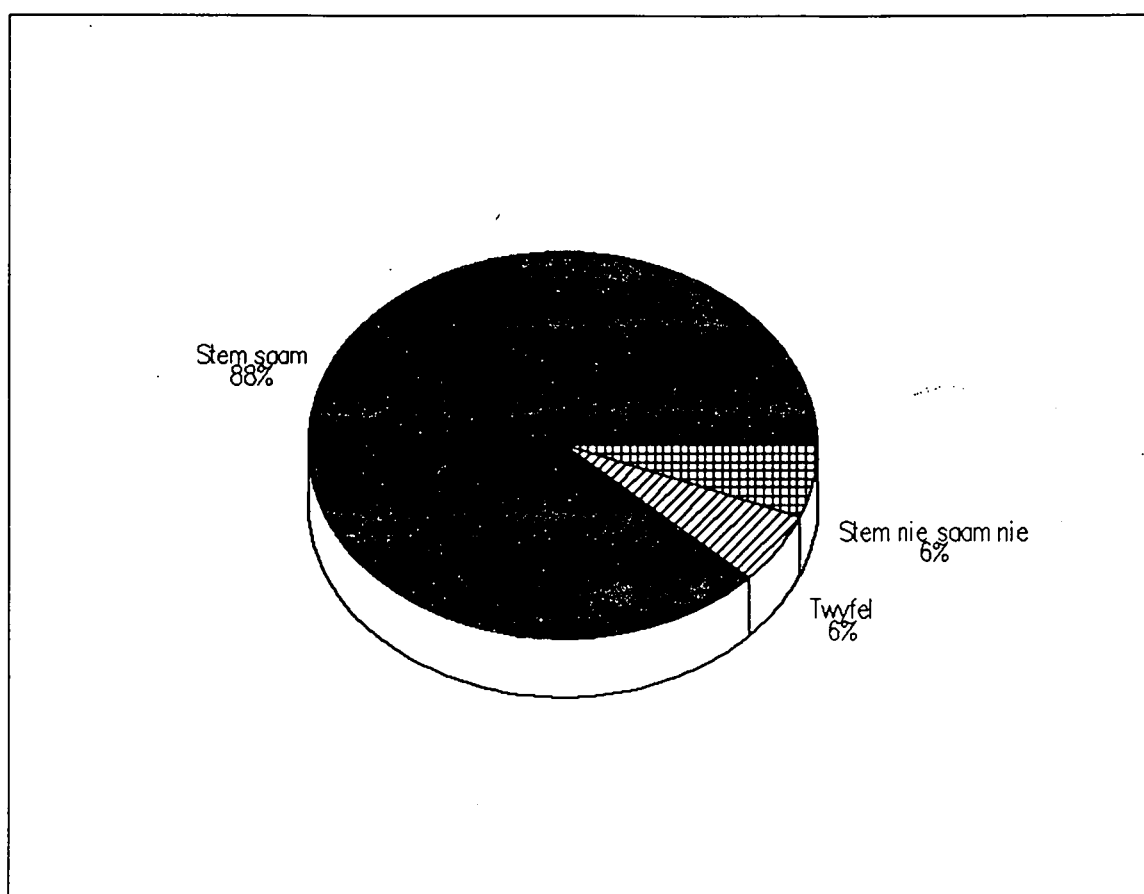
FAKTORE WAT DEEL VAN VIGS VOORKOMENDE GEDRAGSPATRONE BEHOORT TE VORM	Domeinkundiges (N = 12) se menings														
	Stem beslis saam			Stem saam			Twyfel			Stem nie saam nie			Stem beslis nie saam nie		
	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %	Abs frek	Rel frek %	Kum frek %
Seks behoort slegs binne 'n monogame huwelik plaas te vind	8	66.7	66.7	4	33.3	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Seksapparaat (sex toys) behoort nie gedeel te word nie	10	83.3	83.3	2	16.7	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Wanneer die persoon meer as een seksmaat het behoort hy 'n kondoom te gebruik	9	75	75	3	25	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vermyn penetrerende seks buite 'n monogame huwelik	5	41.7	41.7	5	41.7	83.3	1	8.3	91.7	1	8.3	100	-	-	-
Massering wat die geslagsdele uitsluit behoort seksuele gemeenskap buite 'n monogame huwelik te vervang	5	41.7	41.7	1	8.3	50	1	8.3	58.3	3	25	83.3	2	16.7	100
Masturbasie kan as 'n metode van veiliger seks beskou word	5	41.7	41.7	7	58.3	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mondslymvliese bied dikwels 'n ingangroete vir HIV tydens orale seks	7	58.3	58.3	4	33.3	91.7	1	8.3	100	-	-	-	-	-	-
Manuele masturbasie van 'n seksmaat mag alleen geskied wanneer latex handskoene gedra word	4	33.3	33.3	5	41.7	75	3	25	100	-	-	-	-	-	-

respondente (75 persent) beslis daarmee saamgestem het dat persone op korrekte en toepaslike gebruik van kondome gewys moet word (kyk tabel 6.15).



FIGUUR 6.13: Weerstand van persone teen die verandering van gevestigde seksuele gedrag: Verdeling van totale aantal response (N=36)

Van die 96 moontlike response dui 88 persent op die insluiting van inligting in verband met VIGS voorkomende gedrag in die begeleidingsprogram terwyl ses persent op twyfel en ses persent op weglating dui. Die oorweldigende aantal positiewe response dui op die insluiting van dié komponent in die begeleidingsprogram (kyk figuur 6.14).



FIGUUR 6.14: Faktore wat deel van VIGS voorkomende gedrag behoort te vorm: Verdeling van totale aantal response (N=96)

6.5 SAMEVATTING

Uit die voorafgaande besprekings van die navorsingsbevindinge blyk dit dat daar tot 'n groot mate eenstemmigheid onder die respondente is oor die inhoud van die voorgestelde begeleidingsprogram vir persone wat HIV infektering vermoed.

HOOFTUK 7

AANBEVELINGS EN SAMEVATTING

7.1 INLEIDING

Persone wat infektering met die Menslike Immunitetsgebrekvirus vermoed benodig verpleegsorg. Hulle het met aanmelding vir evaluering ter bevestiging van hulle vermoedens reeds 'n behoefte aan verpleegkundige ondersteuning. Deur gebruik te maak van 'n omvattende verpleegkundige begeleidingsprogram wat deur empiriese navorsing saamgestel is, kan verseker word dat hierdie persone die nodige ondersteuning ontvang.

7.2 'n VERPLEEGKUNDIGE BEGELEIDINGSPROGRAM VIR PERSONE WAT INFEKTERING MET DIE MENSLIKE IMMUNITEITSGEBREK-VIRUS VERMOED

Die doel van 'n verpleegkundige begeleidingsprogram is om omvattende verpleegsorg aan persone, in hierdie geval persone wat HIV infektering vermoed, te verskaf. Hierdie persone benodig kennis oor VIGS om sodoende wanopvattinge en mites uit die weg te ruim. Dit kan egter ook dien as motivering tot gedragsverandering.

Omdat hierdie persone by aanmelding vir evaluering ter bevestiging van hulle vermoedens reeds kommer oor hulle fisieke toestand ervaar, ondervind hulle verskeie reaksies soos gemoedsversteurings en onsekerheid. In die begeleiding van hierdie persone behoort die reaksies wat mag voorkom, sowel as die ondersteuning van hierdie persone dus aandag te geniet¹.

'n Verdere aspek van die begeleiding behoort die motivering tot gedragsverandering in te sluit. Indien hierdie persone met hoë risikogedrag sou voortgaan sal hulle indien hulle nog nie HIV geïnfekteerd is nie die virus wel opdoen of indien hulle reeds HIV geïnfekteerd is, die virus versprei. Gedragsverandering is egter 'n baie

¹ Die psigososiale gevolge van 'n vermoede van HIV infektering sowel as die toepaslike verpleegkundige ondersteuning is in die voorlopige program en evalueringsinstrument saamgegroepeer om verwarring by die domeinkundiges uit te skakel en so hul taak te vergemaklik.

moeilike en langsame proses. Deur gebruik te maak van die Gesondheids-oortuigingsmodel kan besondere struktuur aan die proses verleen word.

Die begeleidingsprogram bestaan uit drie afdelings. Afdeling A het betrekking op alle feitelike inligting aangaande VIGS terwyl afdeling B dekking bied aan die psigososiale gevolge wat 'n vermoede van HIV infektering inhou. In afdeling C word motivering tot gedragsverandering aan die hand van die Gesondheidsoortuigingsmodel uiteengesit. Die hantering van die psigososiale reaksies wat persone wat HIV infektering vermoed ervaar, word ook in hierdie afdeling aangespreek.

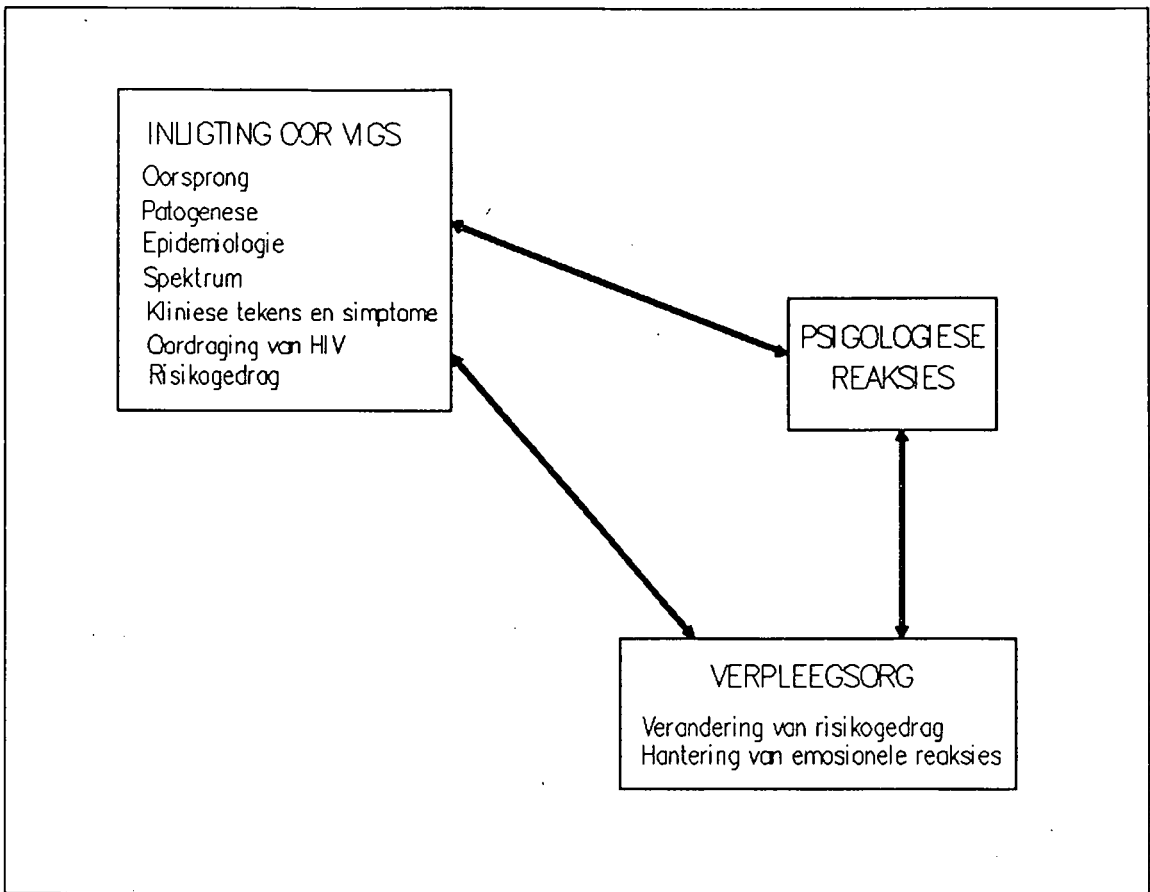
Gebruik van die program

Die verpleegkundige begeleidingsprogram kan in klinieke, hospitale of enige situasie waar 'n persoon infektering met HIV vermoed, gebruik word.

Die begeleidingsprogram is 'n hulpmiddel vir die verpleegkundige wat die begeleiding hanteer. Dit word dus nie as 'n inligtingstuk aan die kliënt beskikbaar gestel nie. Die inligting wat in die program verskaf word, moet deur die verpleegkundige geïnterpreteer word en aan die kliënt op 'n vlak wat hy begryp, weergegee word. Slegs gedeeltes van toepassing op 'n betrokke persoon word gebruik en nie noodwendig die hele begeleidingsprogram nie.

Die volgorde waarin die begeleiding geskied mag ook van dié in die program verskil, as gevolg van die verweefdheid van die program (kyk figuur 7.1). Aangesien elke mens 'n individu is moet die verpleegkundige die pasiënt beraam en self besluit watter dele van die begeleidingsprogram van toepassing is en hoe sy dit gaan toepas. Dit mag selfs nodig wees om die program in meer as een sessie toe te pas, aangesien die inligting in die program te veel mag wees vir die kliënt om in een sessie te absorbeer.

In die begeleidingsprogram word nie net items van belang verskaf nie, maar ook die rasionaal daarvan. Die rasionaal omskryf die items en verseker groter duidelikheid. Dit vergemaklik ook die verduideliking aan die kliënt.



FIGUUR 7.1: Verweeftheid van die komponente van die verpleegkundige begeleidingsprogram

Belang van Gesondheidsoortuigingsmodel

Die uitgangspunt van die Gesondheidsoortuigingsmodel moet begryp word, naamlik dat indien kliënte se gesondheid vir hulle van belang is hulle gesondheidsbevorderend sal optree. Dit is dus die taak van die verpleegkundige om die belang van die kliënt se gesondheid aan hom uit te wys en sy moet seker maak dat hy dit wel begryp.

Gedurende die begeleiding moet die verpleegkundige die kliënt daarop wys dat gedragsverandering 'n moeilike proses is en dat hy nie moet verwag dat dit oornag sal geskied nie.

'N VERPLEEGKUNDIGE BEGELEIDINGSPROGRAM VIR PERSONE WAT INFEKTERING MET DIE MENSLIKE IMMUNITEITSGEBREKVIRUS VERMOED

DOELSTELLING VAN DIE PROGRAM

- Om struktuur aan die verpleegkundige begeleiding te gee.

INSTRUKSIES AAN VERPLEEGKUNDIGES

- Gebruik die program as hulpmiddel. Dit is nie 'n voorligtingstuk wat aan kliënte gegee kan word nie.
- Beraam die kliënt ten einde sy behoeftes te bepaal.
- Interpreteer en verduidelik dan toepaslike gedeeltes aan die kliënt.
- Let op die verweefdheid van die program. Gedeeltes uit al die afdelings of uit slegs een afdeling kan saamgevoeg word om in 'n behoefte van 'n kliënt te voorsien. Die program word dus nie van die begin tot die einde in die volgorde soos dit saamgestel is, deurgewerk nie.

AFDELING A: INLIGTING OOR VIGS

Die volgende inligting oor die oorsprong van VIGS is van belang:

- *HIV is verwant aan retrovirusse, dit wil sê HIV ondergaan mutasies.*

As gevolg van die feit dat HIV muteer is dit tot op hede onmoontlik om 'n entstof daarteen te vervaardig aangesien 'n entstof slegs teen 'n spesifieke mutasie immuniteit sou bied en die persoon moontlik met 'n ander mutasie geïnfecteer kan word. In hierdie geval sou geen immuniteit deur die entstof aan die persoon verleen word nie. Die gebrek aan 'n entstof en die moontlikheid om met meer as een mutasie gelyktydig geïnfecteer te wees spel die gevaar van HIV infeksie aan die kliënt uit.

- *HIV het moontlik sy oorsprong in Sentraal-Afrika gehad.*

Aangesien daar soveel kontroversie in verband met die ontstaan van HIV en VIGS bestaan is dit belangrik om die feit aan die persoon te verklaar.

- *HIV is vanaf Haïti na Amerika versprei.*

Dit is nodig dat persone ook ingelig word hoe die virus vanaf Afrika versprei het.

- *Persone van Europa en Australië is in Amerika met HIV geïnfecteer.*

Deur hierdie feit word verdere verspreiding van die virus verduidelik.

Die volgende inligting oor die patogenese van VIGS is van belang:

- *HIV is lid van 'n groep virusse wat progressiewe onomkeerbare terminale siektes veroorsaak.*

Hierdie stelling onderstreep die belang van VIGS voorkoming deurdat HIV infektering noodwendig ontwikkel tot 'n terminale siekte.

- *T-sel aktivering stimuleer HIV sintese, dit wil sê enige infeksie sal HIV vermeerdering in die menslike liggaam bevorder.*

Aangesien HIV infektering 'n afbraak van die immuunsisteem tot gevolg het moet die persoon daarop gewys word dat enige infeksie die siekteverloop sal versnel. Dit is nodig dat die bekommerde persoon reeds die inligting sal besit ter afwagting van 'n uitslag om sodoende moontlike infeksies te vermy.

- *Deur T₄-selle selektief te infekteer beskadig HIV die spesifieke sel wat normaalweg virusuitwissing beheer.*

'n Kykie in die normale werking van die immuunsisteem verduidelik die werking van HIV aan die persoon en sodoende word dit vir hom duidelik waarom HIV infektering tot 'n terminale siekte lei.

- *Die progressiewe uitwissing van T₄-selle is die basis van immunologiese abnormaleite wat met VIGS gevind word.*

T₄-selle speel 'n onontbeerlike rol in die funksie van die immuunsisteem en aangesien beskadigde of dooie T₄-selle nie weer vervang kan word nie ontwikkel immunologiese abnormaleite.

- *Infeksie van die CD T₄-sel deur HIV word veroorsaak deur die binding van die CD₄-reseptor met die glukoproteïen-120 van HIV.*

Aangesien die bekommerde persoon ingelig word aangaande die normale immuunfunksies is dit ook nodig om aan hom te verduidelik op watter wyse die belangrike T₄-sel deur HIV geïnfecteer word.

- *HIV infektering veroorsaak infeksie van alveolêre makrofage wat kan lei tot Pneumocystis carinii pneumonie.*

Pneumocystis carinii pneumonie is die grootste oorsaak van dood by HIV geïnfecteerde persone. 'n Persoon wat infektering vermoed moet reeds op sulke feite gewys word indien hy reeds sulke simptome ondervind.

- *Kagektien ('n faktor wat deur beskadigde monosiete vrygestel word) kan 'n rol speel in die gewigsverlies van VIGS pasiënte.*

VIGS staan ook bekend as die Maermaaksiekte. Die bekommerde persoon het dikwels vrae rondom gewigsverlies en soek na 'n verklaring daarvoor.

- *Epstein-Barr-virus infeksie kom dikwels by VIGS pasiënte voor.*

Hierdie infeksie veroorsaak weer op sy beurt 'n B-sel wanfunksie wat nadelig is vir 'n persoon met 'n immuunonderdrukkende siekte.

- *HIV infeksie het 'n direkte patologiese effek op die sentrale senuweestelsel.*

Afwykinge van die sentrale senuweestelsel kan moontlik op HIV infeksie dui indien die persoon aan risikogedrag deelgeneem het.

- *Sestig persent van alle VIGS pasiënte ondervind neuropsigiatriese abnormaleite.*

'n Hoë persentasie van alle VIGS pasiënte ondervind neuropsigiatriese afwykinge. Die bekommerde persoon moet daarop gewys word.

- *Monosiete en makrofage vervoer HIV na die brein.*

Aangesien daar 'n hoë insidensie van neuropsigiatriese abnormaleite by VIGS pasiënte voorkom moet die rede daarvoor aan die persoon verduidelik word.

- *Die menslike liggaam is in staat om teenliggame teen HIV te vervaardig.*

Aangesien daar vir die teenwoordigheid van teenliggame teen HIV getoets word wanneer 'n HIV toets gedoen word, moet die aanwesigheid van teenliggame aan die persoon verduidelik word.

- *Die teenliggame bied egter nie beskerming teen die ontwikkeling van VIGS nie.*

Wanneer die normale immuunfunksie aan die persoon verduidelik is, is dit ook nodig om te verduidelik dat HIV in die belangrikste sel van die immuunsisteem "skuil". Dit is dan ook die rede waarom die teenliggame geen beskerming bied nie.

Die epidemiologie van VIGS sal in die onderstaande bespreking gevind word.

- *Die eerste VIGS geval is in 1981 gediagnoseer.*

Bekommerde persone vra dikwels waarom die mediese wetenskap in die afgelope dekade eers van VIGS bewus geword is.

- *Die eerste Suid-Afrikaanse VIGS geval is in 1982 geïdentifiseer.*

Die persoon wat HIV infektering vermoed wil dikwels weet wanneer die VIGS epidemie in Suid-Afrika begin het. Die verpleegkundige moet dus bewus wees van die feit.

- *Homoseksuele blanke mans het aanvanklik die VIGS toneel in Suid-Afrika oorheers.*

Die argument dat net homoseksuele blanke mans met HIV geïnfekteer word was aanvanklik waar, maar dit is nou 'n mite. Daar word reeds 'n merkwaardige afplatting in die voorkoms van HIV onder homoseksuele mans waargeneem.

- *Die VIGS toneel in Suid-Afrika word tans deur heteroseksuele persone oorheers.*

Heteroseksuele persone is glad nie teen HIV infektering gevrywaar nie. Inteendeel vorm hulle tans die grootste deel van die bevolking wat met HIV geïnfekteer is.

- *Twee vorms van HIV is al geïdentifiseer, naamlik HIV 1 en HIV 2.*

Die aspek van mutasie wat reeds vroeër gedek is word net hier onderstreep, aangesien 'n persoon met beide vorms gelyktydig geïnfekteer mag wees.

- *Kinders kan ook met HIV geïnfekteer word.*

Wanneer die bekommerde persoon 'n gesin beplan moet hy verwittig word dat HIV nie net tot volwassenes beperk is nie, maar ook aan die kinders oorgedra kan word.

- *Die mate van toename van HIV positiewe gevalle in Suid-Afrika kom ooreen met dié van Sentraal- en Oos-Afrika.*

Dit beklemtoon die feit dat die VIGS patroon in Suid-Afrika dieselfde negatiewe patroon wat tans in Afrika te bespeur is, sal volg.

Die spektrum van VIGS sal vervolgens bespreek word.

- *HIV infeksie met die afwesigheid van opportunistiese siektes word nie as VIGS geïdentifiseer nie.*

Dit moet vir die persoon baie duidelik wees dat daar 'n wesenlike verskil tussen HIV positiwiteit en VIGS bestaan.

- *HIV geïnfekteerde persone kan in vier groepe verdeel word.*

Elke groep moet afsonderlik met die persoon bespreek word. Dit sal help om moontlike tekens en simptome te identifiseer asook die verskil tussen HIV positief en VIGS te verduidelik.

- *Anemie kom soms tydens die simptomevrye stadium voor*

Alhoewel daar nie 'n wetenskaplike verklaring vir hierdie verskynsel gegee kan word nie, is dit nie onbekend by die HIV geïnfekteerde persoon in sy simptomevrye stadium nie. Dit kan egter negatiewe gevolge vir sy mediese toestand inhou en daarom moet hy gereeld bloedtoetse ondergaan.

- *Die normale T₄-seltelling is 800/mm³ bloed.*

Wanneer die HIV geïnfekteerde persoon 'n T₄-seltelling van 800/mm³ het, is sy immuunfunksies nog normaal.

- *Wanneer die T₄-seltelling daal tot 400/mm³ bloed dui dit op 'n afname van die doeltreffendheid van die immuunfunksie.*

Die persoon moet bewus wees dat indien bogenoemde telling bekend is, sy immuunfunksie baie verswak is en hy nou meer vatbaar vir infeksies is.

- *'n VIGS pasiënt het gewoonlik 'n T₄-seltelling van minder as 200/mm³ bloed.*

Die pasiënt se immuunfunksies is nou so afgeplat dat hy byna geen immuniteit teen infeksies kan bied nie.

- *VIGS pasiënte verloor 10 persent en meer van sy normale massa.*

Die bekommerde persoon kan moontlik reeds gewigsverlies ondervind. Die gewigsverlies mag moontlik ook die gevolg wees van langdurige diarree en infeksies. Daar kan ook deur die verpleegkundige navrae in verband met sulke tekens gedoen word.

- *Demensie kom dikwels by VIGS pasiënte voor.*

As gevolg van die feit dat sekere fisiologiese prosesse van die brein deur HIV beïnvloed word, kom demensie dikwels by VIGS pasiënte voor.

- *Kanker, soos Kaposi se sarkoom en primêre limfoom kom dikwels by VIGS pasiënte voor.*

Bogenoemde siektes is algemeen te sien by VIGS pasiënte en dit is nodig om diegene wat infektering vermoed daarop voor te berei om vroeë opsporing van tekens aan te meld.

- *VIGS pasiënte ondervind dikwels las van fungusinfeksies.*

Die persoon moet voorberei word op die feit sodat hy met die eerste verskyning van 'n fungusinfeksie 'n anti-fungus middel kan gebruik ter voorkoming van verdere verspreiding. Fungusinfeksies kom dikwels in die areas van die slymvliese voor en dit kan baie pynlik wees en sodoende ook die eetproses bemoeilik.

Kliniese tekens en simptome met betrekking tot VIGS volg.

- *'n Klierkoorsagtige toestand kom direk na HIV infektering voor.*

Sommige persone ondervind 'n tipiese griepbeeld net na infektering met HIV. Die verpleegkundige kan daaromtrent inligting inwin en probeer vasstel, indien die persoon HIV positief is, wanneer die infektering plaasgevind het. Dit kan ook 'n aanduiding wees van HIV positiwiteit indien die persoon hoë risikogedrag openbaar.

- *Teenliggame teen HIV kan vanaf drie weke tot drie maande na serokonversie in die geïnfekteerde persoon se serum opgespoor word.*

Wanneer daar 'n sterk vermoede van HIV positiwiteit by die bekommerde persoon bestaan, maar sy HIV toets negatief is, mag dit moontlik wees dat daar nog nie genoeg teenliggame teen HIV teenwoordig is om 'n positiewe uitslag te gee nie. Die toets moet dan na twaalf weke herhaal word.

- *Limfadenopatie kan vir etlike maande met koors en ongesteldheid gepaardgaan.*

Hierdie toestand ontstaan as gevolg van immuunwanfunksie. Die pasiënt benodig dan medikasie om sy toestand te herstel en sodoende sy immuunsisteem te ondersteun.

- *Algemene limfadenopatie is 'n voorloper van VIGS.*

Wanneer die immuunsisteem in 'n groot mate uitgeput is, ontwikkel limfadenopatie as gevolg van oormatige limfklieraktiwiteite. Hierdie toestand gaan VIGS direk vooraf en die T₄-seltelling daal nou vinnig.

- *HIV se invloed op die sentrale senuweesisteem is die belangrikste indirekte effek van HIV infektering.*

Na die gebrek aan immuunfunksies wat die HIV geïnfekteerde persoon ondervind, is die effek van HIV op die sentrale senuweesisteem die mees dramatiese. Ten minste 60 persent van alle HIV geïnfekteerde persone ondervind neuropsigiatriese wanfunksies. Wanneer hierdie persone demensie ontwikkel het hulle direkte versorging nodig wat dikwels te intensief en uitputtend vir die vriende en gesin is. Hospitalisasie sal dan nodig wees.

- *HIV infeksie van die miokardium veroorsaak kongestiewe kardiomiopatie.*

Kardiologiese probleme is nie by hierdie persone uitgesluit nie. Die persoon moet voorligting ontvang, wat vroeë diagnosering van kardiologiese probleme moontlik kan maak. Sodoende word die uitputting van die immuunsisteem vertraag.

- *Die mees algemene opportunistiese siekte is Pneumocystis carinii pneumonie.*

Wanneer die persoon reeds long probleme of erge griep ondervind moet daar op die voorkoming van *Pneumocystis carinii* pneumonie gekonsentreer word.

- *Die voorkoms van sifilis is 'n groot probleem by VIGS pasiënte.*

Aangesien VIGS ook 'n seksueeloorraagbare siekte is, is iemand wat met HIV geïnfekteer is geneig om met ander seksueeloorraagbare siektes besmet te wees. Aangesien daar ook 'n immuunwanfunksie by hierdie persone bestaan, word hulle makliker daarmee geïnfekteer en reageer hulle swakker op die tradisionele middels teen die siektes.

- *'n Persoon kan aan meer as een opportunistiese siekte op 'n gegewe tydstop ly.*

Lig die bekommerde persoon in dat meer as een simptome op 'n gegewe tydstop kan voorkom. So byvoorbeeld kan limfadenopatie en pneumonie gelyktydig voorkom.

Faktore wat 'n rol speel in die oordraging van HIV sal hieronder volg.

- *HIV word deur bloed en bloedprodukte sowel as vloeistowwe van die geslagsdele versprei.*

HIV word deur alle geslagsvloeistowwe versprei. Dit is dus nie net die semen van die geïnfekteerde manlike persoon nie, maar ook die vaginale afskeidings van die geïnfekteerde vrou. Die persoon moet egter daarop gewys word dat alle vaginale afskeidings met HIV besmet kan wees en nie net menstruele bloed nie.

- *In Suid-Afrika vind meer as 90 persent van HIV oordraging deur seksuele kontak plaas.*

Aangesien die HIV konsentrasie so hoog in die geslagsvloeistowwe is, vind oordraging grotendeels deur geslagtelike gemeenskap plaas. Dit is dan die rede waarom seksuele verhoudings buite 'n monogame huweliksverhouding ten sterkste afgeraai word aangesien die sekssmaats en/of hulle sekssmaats in buite-egtelike verhoudings nie ten volle vertrou kan word nie of nie ten volle geken word nie.

- *HIV kan ook deur borsvoeding oorgedra word.*

Wanneer die persoon wat HIV infeksie vermoed 'n moeder is wat borsvoed moet sy gewaarsku word dat indien sy HIV positief is, sy die virus deur borsvoeding aan die baba kan oordra.

Hoë risikogedrag geassosieer met oordraging van HIV

- *Oordraging van HIV geskied meestal direk van persoon tot persoon.*

HIV word slegs in 'n klein persentasie van gevalle deur middel van 'n bloedoortapping, besmette naalde (byvoorbeeld in die geval van dwelmslawe) en ander besmette skerp voorwerpe oorgedra. Die grootste persentasie van HIV oordraging geskied deur middel van seksuele kontak en dus direk van persoon tot persoon.

- *Die risiko van HIV infektering is gegrond op blootstelling aan die virus.*

Die verpleegkundige moet dit duidelik in die begeleidingsprogram aan die bekommerde persoon stel dat 'n mens slegs met HIV geïnfekteer kan word wanneer daar blootstelling aan die virus was. Hoe hoër die persentasie van moontlike blootstelling, hoe groter is die moontlikheid van infektering.

- *Persone wat seksueelaktief is met veelvuldige seksmaats openbaar hoë risikogedragspatrone.*

Wanneer 'n persoon seksueelaktief met veelvuldige seksmaats verkeer, verhoog sy kanse om aan die virus blootgestel te word. Dit plaas hom dus in 'n kategorie van hoë risikopersone.

- *Anale slymvliese word makliker as vaginale slymvliese beskadig.*

Wanneer anale seks beoefen word, word die anale slymvliese makliker beskadig as wat die geval sou wees tydens vaginale seks en beskadiging van die vaginale slymvlies. Die beskadigde slymvlies bied 'n ingangstroete vir HIV. Wanneer anale seks dus met 'n HIV positiewe persoon plaasvind, sal infektering met HIV relatief "makliker" plaasvind as gevolg van die slymvliese wat makliker beskadig word.

- *HIV kan tydens orale seks oorgedra word.*

Tydens orale seks word die mond slymvlies ook beskadig wat 'n ingangstroete vir HIV skep.

AFDELING B: PSIGOSOSIALE REAKSIES VAN PERSONE WAT HIV INFEKTERING VERMOED

Die verpleegkundige behoort die onderstaande reaksies, indien dit voorkom, met die persoon te bespreek sodat hy daardeur insig kan verkry.

- *Moegheid en swakheid kan daaglikse lewensaktiwiteite aan bande lê.*

Die persoon wat HIV infektering vermoed kan moegheid en swakheid ondervind as gevolg van moontlike simptome van HIV infektering of as gevolg van kommer oor die onbekende aangaande

sy HIV status. Die verpleegkundige moet hierdie aspekte aan hom voorlê. Die persoon moet begelei word om toestemming te gee vir 'n HIV toets om die oorsake van die simptome vas te stel. Wanneer die oorsaak bekend is moet die simptome deur die verpleegkundige hanteer word.

- *Die persoon se selfbeeld met betrekking tot seksualiteit word benadeel.*

Aangesien VIGS 'n seksueeloorraagbare siekte is, ondervind die bekommerde persoon probleme om hulp te soek aangaande moontlike HIV infeksie. Dit mag vir hom depersonaliserend wees om sy persoonlike seksuele gedrag met 'n verpleegkundige te bespreek. Dit kan dus op sy beurt lei tot verlies aan selfbeeld met betrekking tot die seksuele. Die verpleegkundige moet hiervan bewus wees sodat sy die aangeleentheid met uiterse professionaliteit sal hanteer.

- *Spanning ontstaan wanneer probleme oneffektief hanteer word.*

Wanneer 'n bekommerde persoon se probleme nie opgelos word nie en hy nie effektief begelei word om sy probleme te hanteer nie, raak hy gespanne, wat weer 'n negatiewe uitwerking op sy immuunsisteem het.

- *Spanning veroorsaak fisieke en psigologiese uitputting.*

Fisieke en psigologiese uitputting kan lei tot groter probleme vir die persoon wat HIV infeksie vermoed. Deur hom te motiveer om sy probleme te verbaliseer kan daar objektief leiding deur die verpleegkundige gegee word wat die uitputting kan ophef of verminder.

- *Probleme word ondervind om emosionele balans te handhaaf.*

Dit mag vir die persoon wat HIV infeksie vermoed voorkom asof die situasie waarin hy hom bevind buite sy beheer is. Dit veroorsaak emosionele wanbalans. Deur empatiese optrede deur die verpleegkundige kan die persoon gelei word tot beheer van sy belewenisse en herstel van sy emosionele balans.

- *Gemoedsversteurings, soos huilerigheid en sosiale onttrekking kan voorkom.*

Huilerigheid gaan gepaard met die versteuring van emosionele balans wat die bekommerde persoon ondervind. Emosionele steun en die aanmoediging om uiting aan sy gevoelens te gee kan die probleem verlig. Sosiale onttrekking is die gevolg van onsekerheid, selfverwyt en onvermoë om die situasie te hanteer. Wanneer die persoon besef dat daar wel persone is wat bereid is om hom te ondersteun en te begelei en hy hierdie hulp toelaat, word die probleem opgelos.

- *Die persoon se selfbeeld word bedreig.*

Die persoon se selfbeeld word bedreig deur die moontlike tekens en simptome van die siekte, byvoorbeeld die erge gewigsverlies, langdurige infeksies en die gepaardgaande siekbed. Die

verpleegkundige moet tydens haar begeleiding hierdie bedreigende faktor met die persoon deurwerk.

- *Vrees om siek te word, word ervaar*

Vrees om siek te word, word gekoppel aan die pyn en ongemak wat die persoon sal ondervind sowel as die verliese wat daarmee gepaard sal gaan. Die onbekende wat kan volg uit HIV infektering byvoorbeeld "wanneer sal ek siek word en hoe erg sal die lyding wees" wek groot kommer by hierdie persone. Hierdie kommer moet ook deur die verpleegkundige tydens die begeleidingsprogram geïdentifiseer en hanteer word.

- *Vrees om te sterf, word ervaar*

Vrees om dood te gaan kom reeds by die persoon wat infektering met HIV vermoed voor. Aangesien dit juis jong mense is wat veral met die virus geïnfekteer word, is hul meestal nog nie in staat om die gedagte aan dood te verwerk nie.

- *Gemoedsversteurings ontstaan by die HIV positiewe vrou omdat sy nie nog kinders mag hê nie.*

'n Groot risiko bestaan dat 'n HIV positiewe vrou die virus na haar ongebore baba kan oordra. Dit is dus wys om sulke moeders af te raai om weer swanger te raak, aangesien die baba baie sieklik sal wees en ook op 'n vroeë ouderdom sal sterf.

- *'n Verlies van konsentrasievermoë kom by die VIGS pasiënt voor.*

As gevolg van die feit dat HIV infektering neuropsigiatrisie abnormaliteite by die meeste HIV positiewe persone veroorsaak sal die verlies aan konsentrasievermoë algemeen by die persone voorkom.

- *Die persoon begin met selfondersoek.*

Wanneer 'n persoon HIV infektering vermoed doen hy selfondersoek om moontlike risikogedrag te identifiseer.

- *'n Skuldgevoel wat spruit uit selfverwyt, word ervaar.*

Nadat selfondersoek voltooi is besef die persoon dat hy alleen verantwoordelik vir sy daad was en dit lei tot selfverwyt.

- *Magteloosheid kom algemeen by HIV positiewe persone voor.*

Omdat hierdie persone byna geen beheer oor die verloop van die siekte het nie en dit uiteindelik in die dood eindig ondervind hulle 'n gevoel van magteloosheid.

- *Algemene onsimpatieke hantering van 'n persoon met VIGS deur die publiek dra by tot die gevoel van magteloosheid wat mense wat HIV infektering vermoed, ondervind.*

'n Persoon wat reeds magteloosheid ondervind as gevolg van die situasie waarin hy hom bevind, word beïnvloed deur die opmerkings en hantering van die publiek. Hy is nou uiters gevoelig vir negatiewe opmerkings aangaande HIV infektering en VIGS en mag sulke opmerkings baie persoonlik opneem.

- *Onvermoë om die situasie te beheer wek woede.*

Die bekommerde persoon ondervind probleme om die situasie waarin hy hom bevind te hanteer. Woede kom dikwels voor en dien as 'n hanteringsmeganisme om uiting aan sy emosies te gee. Die woede is gewoonlik teen sy seksmaat/s gerig.

- *Oordrewe bevraagtekening beklemtoon die persoon se magteloosheid.*

Persone wat HIV infektering vermoed vra baie vrae, wat 'n wye verskeidenheid van VIGS aspekte dek. Dit wil voorkom of hulle sekuriteit put uit feitelike kennis aangaande VIGS. Dit verminder die onsekerhede rondom die probleem en gee meer perspektief aangaande hul situasie.

- *Vrees vir sosiale isolasie kom voor.*

Aangesien daar reeds 'n negatiewe gevoel teenoor HIV positiewe persone by die algemene publiek bestaan, vrees die bekommerde persoon reeds isolasie.

- *Stigmatisering van HIV positiewe persone veroorsaak sosiale isolasie.*

As gevolg van die stigma wat aan VIGS kleef word hierdie persone nie sosiaal aanvaar nie. Die stigma ontstaan deur mites wat deur die publiek geglo word in verband met die oordraging van HIV.

AFDELING C: VERPLEEGSORG

In 'n verpleegkundige begeleidingsprogram vir persone wat HIV infektering vermoed, behoort die volgende ter ondersteuning ingesluit te word.

- *'n Vertrouensverhouding tussen die persoon en die verpleegkundige is noodsaaklik.*

Indien die bekommerde persoon nie die verpleegkundige kan vertrou nie, sal hy ware feite in verband met sy vermoede en kommer verswyg. In hierdie geval sal die begeleiding nie suksesvol wees nie.

- *Die persoon moet aangemoedig word om sy probleme te identifiseer.*

Slegs geïdentifiseerde probleme kan hanteer word. Ongeïdentifiseerde probleme kan tot sekondêre probleme lei.

- *Die persoon moet ondersteun word in die gebruik van probleemoplossingstegnieke wat aan hom bekend is en wat voorheen effektief gebruik is.*

Tydens die verpleegkundige begeleidingsprogram moet probleemoplossingstegnieke wat voorheen in probleem-situasies effektief gebruik is, geïdentifiseer word. Die moontlikheid dat die tegnieke weer suksesvol sal wees is groot. Die aanleer van nuwe probleemoplossingstegnieke kan tydrowend wees en mag moontlik nie so suksesvol soos reeds bestaande tegnieke wees nie.

- *Nuwe probleemoplossingstegnieke moet saam met die persoon ontwikkel word.*

Dit moet slegs gebeur indien bestaande tegnieke nie meer suksesvol toegepas kan word nie.

- *Nie-verbale verpleegkundige ondersteuning is van groot belang.*

Hierdie persoon word reeds deur sosiale isolasie bedreig, daarom is aanraking, die gevoel van aanvaarding vanaf die verpleegkundige en warmte wat deur die verpleegkundige uitgestraal word, van uiterste belang.

- *Fisiese aanraking is 'n effektiewe metode van ondersteuning.*

Aangesien oningeligte persone bang is om hierdie persone aan te raak uit vrees dat hulle self met HIV geïnfekteer sal word, is dit noodsaaklik dat die verpleegkundige hierdie praktyk as ondersteuning sal beoefen. Dit kan op sy beurt weer die persoon se selfbeeld 'n hupstoot gee.

- *Die aanmoediging van ontspanningsoefeninge is 'n effektiewe metode van ondersteuning.*

Aangesien spanning uiters nadelig is vir probleemoplossing, is dit noodsaaklik dat die persoon sy spanning so effektief as moontlik sal hanteer.

- *Die persoon behoort tot sosialisering aangemoedig te word.*

Sosialisering sal die bekommende persoon se menswaardigheid wat deur die stigma bedreig word, help herstel.

- *Hy behoort genoeg tyd tydens ondersteuningsgeleenthede gegun te word om sy gedagtes en probleme te formuleer en te bespreek.*

Indien daar nie genoeg ruimte en tyd aan die bekommerde persoon verleen word om sy probleme op sy manier te identifiseer nie, sal die verpleegkundige die begeleidingsprogram in 'n rigting stuur waar baie belangrike inligting moontlik nie onthul of bespreek sal word nie.

- *Verbalisering van probleme is 'n noodsaaklike hanteringsmeganisme by persone wat HIV infektering vermoed.*

Hulpverlening tydens die begeleiding kan nie geskied tensy probleme geverbaliseer word, nie. Probleme wat nie geverbaliseer is nie veryd el ook die moontlikheid dat die persoon objektief aangaande sy probleme sal optree.

- *Kommunikasie met die persoon se seksmaats is belangrik.*

Gesprekvoering tussen die bekommerde persoon en sy seksmaats los dikwels probleme op. Dit kan ook die kommer wat hy ondervind verlaag en die maats kan as 'n ondersteuningsbron vir hom dien.

- *Die persoon wat HIV infektering vermoed behoort op die negatiewe effek van spanning gewys te word.*

Spanning het ook 'n negatiewe effek op die immuunsisteem, dus sal die afplatting van immuunfunksies versnel as sy spanning nie effektief hanteer word nie.

MOTIVERING TOT GEDRAGSVERANDERINGE AAN DIE HAND VAN DIE GESONDHEIDS-OORTUIGINGSMODEL

By die beraming van persone om hulle weerstand vir of oorreedbaarheid tot VIGS voorkomende gedrag te bepaal, behoort die volgende faktore in ag geneem te word.

- *Demografiese faktore*

Faktore soos geslag en ouderdom speel 'n belangrike rol in die motivering tot gedragsverandering. Literatuurstudie bewys dat vroue makliker oortuig word ten opsigte van die toepassings van gesondheidsbevorderende gedrag. Dit sal dus meer oorreding verg om mans tot ander insigte te bring. Ouer persone tree ook meer geredelik gesondheidsbevorderend op as tieners. Tieners sal dus ook anders in 'n begeleidingprogram benader word as volwassenes.

- *Geografiese faktore*

Dit blyk dat stedelinge moeiliker ten opsigte van VIGS voorkomende gedrag oortuig word as plattelanders.

- *Seksiuele voorkeure*

Dit is reeds in die literatuur bewys dat homoseksuele persone meer oortuigbaar ten opsigte van die toepassing van VIGS voorkomende gedrag is as heteroseksuele persone.

- *Sosio-ekonomiese faktore*

Persone wat in 'n hoë sosio-ekonomiese groep val, neig om meer siektevoorkomend op te tree as persone van 'n lae sosio-ekonomiese groep.

- *Groepvorming in groepsdruk*

Aangesien tieners die groep is waar groepsdruk die grootste effek uitoefen, moet feitelike kennis aangaande HIV en VIGS aan tieners verskaf word om sodoende VIGS voorkomende gedrag te motiveer.

Die onderstaande faktore speel 'n rol by die motivering van persone tot VIGS voorkomende gedrag

- *VIGS en blootstelling aan VIGS*

Persone moet ingelig word dat HIV infektering en VIGS slegs kan plaasvind wanneer 'n persoon homself aan die virus blootstel.

- *Stigma verbonde aan VIGS*

Die negatiewe effekte wat die stigma verbonde aan VIGS op die mens het moet duidelik aan die persoon oorgedra word. As gevolg van die negatiwiteit hieraan verbonde behoort dit hom te motiveer om VIGS voorkomende gedrag te beoefen.

- *Ongeneesbaarheid van VIGS*

Dat VIGS 'n terminale siekte is, is alom bekend. Die erns van hierdie feit sal persone motiveer om risikogedrag te staak en VIGS voorkomend op te tree.

- *Meer as een seksmaat lei tot blootstelling aan VIGS*

Veelvuldige seksmaats verhoog die risiko om met HIV geïnfekteer te word. Dit is dus raadsaam om alle risiko sekspraktyke buite 'n monogame huweliksverhouding te staak om sodoende VIGS voorkomend op te tree.

- *'n Seksmaat met meer as een seksmaat is 'n risikopersoon vir VIGS*

Seks met 'n maat wat moontlik met HIV geïnfekteer kan word of reeds geïnfekteer is, skep die risiko van infektering deur die maat. Dit is dus van uiters belang dat seks met 'n seksmaat wat reeds veelvuldige seksmaats het, vermy word.

- *Verwerping van VIGS pasiënte deur die algemene publiek*

Tans is VIGS pasiënte nog totaal onaanvaarbaar vir die breë publiek. Om deur mense verwerp te word is 'n uiters negatiewe belewenis. Om hierdie situasie te vermy sal die persoon VIGS voorkomend optree.

- *Die deel van seksapparate (sex-toys) kan HIV oordra*

Seksapparaat moet nie gedeel word nie, aangesien die geslagsvloeistof wat daaraan mag kleef HIV kan versprei.

Die invloed van die massa media op gedragsveranderinge sal hieronder uiteengesit word

- *Die media verskaf VIGS feite aan die publiek*

Mediaberigte met feitlike kennis in verband met VIGS asook die gevare van VIGS word aan die publiek verskaf. Dit motiveer mense om VIGS voorkomend op te tree deur die VIGS gevare te vermy.

- *Lewensstypvoeding deur die media verminder risikogedrag*

Risiko lewenstyle soos byvoorbeeld sekspraktyke met veelvuldige seksmaats word in die media geïdentifiseer. Dit kan lei tot die vermyding van sulke gedrag wat die risiko vir infektering sal verlaag.

- *Inligting in die massa media verander die publiek se houding teenoor VIGS pasiënte*

Die massa media poog om die stigma verbonde aan VIGS af te breek.

Onderstaande aspekte dek weerstand teen die verandering van gevestigde seksuele gedrag.

- *'n Struikelblok in die weg van oorreding van 'n persoon wat HIV infektering vermoed tot veiliger sekspraktyke is weerstand teen die aanleer van nuwe gedrag*

Omdat die beoefening van seks met aangename gevoelens geassosieer word, bied die bekommerde persoon dikwels weerstand teen die aanleer van veiliger sekspraktyke.

- *Bestaande seksuele gedrag kan wel verander word*

Aangesien HIV infektering noodwendig VIGS tot gevolg het en dit 'n terminale siekte is, kan 'n persoon uit vrees vir die siekte sy seksuele praktyke verander.

- *Verandering van reeds bestaande seksuele gedrag is 'n tydsame proses*

Sekspraktyke is dikwels reeds vir 'n geruime tyd vasgelê wanneer 'n bekommerde persoon om hulp aanklop. Dit is wel moontlik om so iemand te motiveer om sy sekspraktyke te verander, maar dit sal tyd neem om van die bestaande praktyke afstand te doen.

Die volgende aspekte het betrekking op VIGS voorkomende seksgedrag

- *Seks behoort slegs binne 'n monogame huwelik plaas te vind*

Wanneer penetrerende seks slegs binne 'n monogame huwelik plaasvind skakel dit die moontlikheid van HIV infektering uit.

- *Seksapparaat ("sex-toys") behoort nie gedeel te word nie*

Seksapparaat wat deur slegs een persoon gebruik word kan nie die persoon met HIV infekteer nie.

- *'n Persoon wat meer as een seksmaat het behoort 'n kondoom te gebruik*

'n Kondoom dien as 'n skans tussen die seksmats se geslagsvloeistowwe. Daar moet egter op gelet word dat kondome nie 100 persent veilig is nie.

- *Massering, wat die geslagsdele uitsluit, behoort seksuele gemeenskap buite 'n monogame huwelik te vervang*

Wanneer massering toegepas word sal kontak met geslagsvloeistof vermy word en dus die oordraging van HIV voorkom.

- *Masturbasie kan as 'n metode van veiliger seks beskou word*

Indien 'n persoon masturbeer is dit net hyself wat met sy geslagsvloeistof in aanraking kom. Daar is nie 'n tweede party betrokke wat moontlik met die virus geïnfekteer kan word nie.

- *Mondslymvliese bied dikwels 'n ingangroete vir HIV tydens orale seks.*

Die mondslymvliese word tydens orale seks beskadig. Wanneer ejakulasie dan in die mond plaasvind bied die beskadigde slymvlies 'n ingangroete vir HIV.

- *Manuele masturbasie van 'n seksgesmaat mag buite 'n monogame huwelik alleenlik geskied wanneer latex handskoene gedra word.*

In so 'n geval vind geen direkte kontak tussen die vel van die masturbeerder en die geslagsvloeistof van die persoon wat gemasturbeer word, plaas nie.

7.3 SAMEVATTING

Die persoon wat infeksie met HIV vermoed ondervind spesifieke behoeftes ten opsigte van verpleegsorg. Volledige begeleiding is noodsaaklik om hulp en ondersteuning aan so 'n persoon te bied. Dit is wel moontlik indien begeleiding aan die hand van die begeleidingsprogram gedoen word.

Die verpleegkundige wat die program gebruik, moet daarop let dat individue ander unieke reaksies mag openbaar wat slegs in uitsonderlike gevalle mag voorkom.

BIBLIOGRAFIE

- ABRAMS, D.I., KIPROV, D.D. & GOEDERT, J.J. 1986. Antibodies to human T-lymphotropic virus type III and development of the Acquired Immuno-deficiency Syndrome in homosexual men with immune thrombocytopenia. *Annals of Internal Medicine*, 104:47
- ADLER, M.W. 1987. ABC of AIDS. Development of the Epidemic. *British Medical Journal*, 295:104.
- ADVISORY COMMITTEE FOR THE ELIMINATION OF TUBERCULOSIS (ACET). 1989. Tuberculosis and human immunodeficiency virus infection. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 38:236.
- ADVISORY GROUP ON AIDS. 1988. Strategic plan for the containment of AIDS in South-Africa. *Suid-Afrikaanse Mediese Tydskrif*, 73:496.
- AGGLETON, P., HOMANS, H., MOJSA, J. & WATSON, S. 1989. *AIDS: Scientific and social issues*. London: Churchill Livingstone.
- AIDS UNIT. 1991. Communication strategy still in draft form. *Departement van Nasionale Gesondheid en Bevolkingsontwikkeling*, 1-28.
- AIDS UNIT. 1991. *Seventh international conference on AIDS*. Florence Italy.
- ANDRIEN, A. & HANKINS, C. 1989. Canadian experience with AIDS and HIV infection. *Bulletin of Pan American Health Organization*, (Speciale uitgawe AIDS, Engels), 23(1&2):11-9.
- ANKRAH, E.M. 1991. AIDS and the social side of health. *Social Science and Medicine*, 32(9):967-980.
- ANON. 1989. AIDS in Teenagers. (From our correspondents.) *The Lancet*, II:8676:1385.

- AQUILERS, D. & MESSIK, J. 1985. *Crises intervention: Theory and methodology*. St. Louis: Mosby Co.
- ARMSTRONG, D. GOLD, J. & DRYJANSKI, J. 1985. Treatment of infections in patients with Acquired Immunodeficiency Syndrome. *Annals of Internal Medicine*, 103(5):738-743.
- ARON, D.C. 1989. Endocrine complications of the Acquired Immunodeficiency Syndrome. *Archives of Internal Medicine*, 149:330
- BAILEY, S.L. & HUBBARD, R.L. 1990. Developmental variation in the context of marijuana initiation among adolescents. *Journal of Health and Social Behavior*, 31(1):58-70.
- BARRÈ-SINOUSI, F. CHERMANN, J.C. & REY, F. 1983. Isolation of a T-lymphotropic retro-virus from a patient at risk for Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS). *Science*, 220:868.
- BASSON, D. 1990. Groter realisme oor VIGS. *Finansies en Tegniek*, Nov., 70.
- BAUMGARTNER, G.H. 1985. *AIDS: Psychosocial factors in the Acquired Immune Deficiency*. Springfield: IL Charles C. Thomas.
- BECK, E.J. DONEGAN, C. & COHAN, C.S. 1989. Risk factors for HIV-1 infection in British population. Lesson from a London sexually transmitted disease clinic. *AIDS*, 3(8):533-538.
- BECKER, M. & JOSEPH, J. 1988. AIDS and behavioral change to reduce risk: A review. *American Journal of Public Health*, 78:394-411.
- BECKER, W.B. 1986. HTLV-III Infection in the RSA. *Suid-Afrikaanse Mediese Tydskrif*, 70:26-27.
- BELL, J.M. 1977. Stressfull life events and coping methods in mental-illness and wellness behavior. *Nursing Research*, 26(2):136-140.

- BENNET, J. & GEE, G. 1988. *History and overview of HIV infection*. In: *AIDS concepts in Nursing Practice*. Ed. by Gee, G. & Moran, T.A. USA: William & Wilkins.
- BERKLEY, S.F. 1989. *Population attributable risk of sexually transmitted disease(STD's) in HIV infection*. Fifth International Conference on AIDS, Montreal (abstract number Th.G.O.14).
- BERNSTEIN, P.H. 1986. Aids for AIDS. *Caring*, 5(6):47-51.
- BETRAND, J.T. & BAKUTUVWIDI, M. 1991. AIDS related knowledge, sexual behavior and condom use among men and woman in Kinshasa and Zaïre. *American Journal of Public Health*, 81(1):53-58.
- BLASER, M.J. & COHN, D.L. 1986. Opportunistic infection in patients with AIDS: Clues to the epidemiology of AIDS and the relative virulence of pathogens. *Review of Infections Disease*, 8:21.
- BOR, R. 1991. The ABC of AIDS counselling. *Nursing Times*, 87(1):32-35.
- BOWLBY, J. 1975. *Separations*. Harmondsworth Penguin.
- BRAINARD, J. & ZAHARLICK, A. 1989. Changing health beliefs and behaviors of resettled Laotian refugees; ethnic variation in adaptation. *Social Science Medicine*, 29(7):845-8552.
- BRANDT, A.M. 1985. *No magic bullet*. New York: Oxford University, Press.
- BRINDAGE, F.J., BURKE, D.S. & GARDNER, L.I. 1990. Tracing the spread of the HIV infection epidemic among young adults in the United States: Results of the first four years of screening among civilian applicants for U.S. military service. *Journal of Acquired Immunodeficiency Syndrome*, 3(12):11680-1180.
- BRODER, S. & GALLO, R.C. 1984. A pathogenic retrovirus (HTLV-III) linked to AIDS. *New England Journal of Medicine*, 311:1292.

- BROWN, L. & FRITZ, G. 1988. Children's knowledge and attitudes about AIDS. *Journal of Academic Child Adolescent Psychiatry*, 27:504-508.
- BROWN, L.K. & FRITZ, G.K. 1989. The impact of AIDS education on junior and senior high school students. *Journal of Adolescent Health Care*, 10:386-392.
- BRYCESON, D.F. 1989. Nutrition and the commoditization of food in Sub-Saharan African. *Social Science Medicine*, 28:420-440.
- BURGESS, K. 1976. The influence of will on life and death. *Nursing Forum*, 15(3):238-258.
- BURNARD, P. 1989. *Counselling skills for health professionals*. New York: Chapman and Hall.
- BURNS, N. & GROVE, S.K. 1989. *The practice of nursing research: Conduct, critique and utilization*. Philadelphia: W.B. Saunders Co.
- CAINE, R. & BUFALINO, P.K. 1987. *Nursing care plan guides for adults*. Baltimore: Williams & Wilkens.
- CALABRESE, L.H. 1986. Transmission of HTLV-III infection from man to woman. *New England Journal of Medicine*, 314:987.
- CALNAN, M. & RUTTER, D.R. 1986. Do health beliefs predict health behavior? An analysis of breast self-examination. *Social Science Medicine*, 22(6):673-678.
- CALNAN, M.W. & MOSS, S. 1984. The health belief model and compliance with education given at a class in breast self-examination. *Journal of Health and Social Behavior*, 25:198-210.
- CAMPBELL, M.J. & WATERS, W.E. 1987. Public knowledge about AIDS increasing. *British Medical Journal*, 294:892-893.
- CARNON, F. 1990. Teaching teenagers about AIDS. *Canadian Nurse*, 86(4):33-34.

- CECCHI, R. 1986. Living with AIDS: When the system fails. *American Journal of Nursing*, 86:45-47.
- CENTRE FOR DISEASE CONTROL. 1985. Education and foster care of children infected with human T-lymphotropic virus type III/lymphadenopathy associated virus. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 33(34):517-521.
- CENTRE FOR DISEASE CONTROL. 1986. Classification system for human T-cell lymphotropic virus III/lymphadenopathy associated virus infection. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 35:334-339.
- CENTRE FOR DISEASE CONTROL. 1987. Surveillance case definition for AIDS. Revision of the CDC surveillance case definition for Acquired Immunodeficiency Syndrome. Council of state and territorial epidemiologists; AIDS program, center for infectious disease. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 36(suppl. 1):1S.
- CHATTERS, L.M. 1988. Subjective well-being evaluations among older Black Americans. *Psychology Aging*, 3(2):184-190.
- CLARK, T. 1976. Counselling victims of rape. *American Journal of Nursing*, 76(12):1964-1966.
- CLASSIFICATION SYSTEM FOR HUMAN T-CELL LYMPHOTROPIC VIRUS III/LYMPHADENOPATHY ASSOCIATED VIRUS INFECTION. 1986. CDC. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 35:334-339.
- CLAVEL, F. MANSINHO, K. & CHAMARET, S. 1987. Human Immunodeficiency Virus type 2 infection associated with AIDS in West-Africa. *New England Journal of Medicine*, 316:1180.
- COHEN, F. & DURHAM, J. 1987. *The person with AIDS: Nursing perspectives*. New York: Springer Publishers.
- COPING WITH AIDS. 1988. *Teaching and information pack. Stress and anxiety*. London: Health Liaison Unit.

- CORELESS, I.B. 1988. *AIDS: Principals, practices and politics*. New York: Hemisfere Publishers Corporation.
- COUSINS, N. 1979. The holistic health explosion. *Saturday Review*, Mar., 31 :17-20.
- COUTHERY, P. 1990. Strategies for developing nurse empathy. *Nursing Outlook*, 19:196.
- CURRAN, J. JAFFE, H. & HARDY, A. 1988. Epidemiology of HIV infection in the United States. *Science*, 239:616
- DALAGAS, M. & WICHMAN, A. 1989. AIDS and the nervous system. *Journal American Medical Association*, 261:2396.
- DALGLEISH, A.G., BEVERLEY, P.C.I. & CLAPHAM, P.R. 1984. The CD4 (T₄) antigen is an essential component of the reseptor for the AIDS retrovirus. *Nature*, 312:763.
- De VITA, V., HELLMAN, D. & ROSENBERG, S. 1985. *AIDS: Etiology, diagnosis, treatment and prevention*. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- DEGNER, L. 1986. Death in disaster: Implications for bereavement. *Essence*, 1:69-77.
- DEPARTEMENT VAN NASIONALE GESONDHEID EN BEVOLKINGS-ONTWIKKELING. 1989. *VIGS: Feite in Perspektief*. Ongepubliseerde verslag.
- DEPARTEMENT VAN NASIONALE GESONDHEID EN BEVOLKINGS-ONTWIKKELING. 1990. UPDATE: AIDS in South-Africa. *AIDS Scan*, 2(4):13.
- DEPARTEMENT VAN NASIONALE GESONDHEID EN BEVOLKINGS-ONTWIKKELING. 1990. *VIGS*. Ongepubliseerde verslag.

DEPARTEMENT VAN NASIONALE GESONDHEID EN BEVOLKINGS-
ONTWIKKELING. 1991. AIDS. *Health Trends in South Africa*, :43-44.

DEPARTEMENT VAN NASIONALE GESONDHEID EN BEVOLKINGS-
ONTWIKKELING. 1991. VIGS. *Epidemiological Comments*, 18(4):91.

ECHENBERG, D.F. 1985. A new strategy to prevent the spread of AIDS among
hetrossexuals. *Journal American Medical Association*. 254:2129-2130.

EDITOR'S COMMENT. 1990. Considerations on the further expansion of the
AIDS epidemic in S.A. *AIDS Scan*, 2(3):8.

ELLIOT, J. 1987. ABC of AIDS - Nursing Care. *British Medical Journal*, 295:104.

ENSOLI, B., NAKAMURA, S. & SALAHUDIIN, S.Z. 1989. AIDS - Kapasi's
sarcoma-derived cells express cytokines with outocrine and paracrine growth
effects. *Science*, 243:223.

EPIDEMIOLOGICAL COMMENTS (kyk NGBO).

ESSEX, M. & KANKI, P.J. 1988. The origin of the AIDS virus. *Scientific American*,
259(4):44-72.

EYLER, J.M. 1989. Poverty, disease, responsibility: Arthur Newsholme and the
public health dilemmas of British liberalise. *Milbank Quarerly*, 67(suppl.
1):109-126.

FARTHING, C.F., BROWN, S.E., STAUGHTON, R.C.D. & CREAM, J.J. 1987. *A
colour atlas of AIDS*. MD (London) England: Wolfe Medical Publ.Ltd.

FAUCI, A.S. 1988. The Human Immunodeficiency Virus: Infectivity and
mechanismes of pathogenesis. *Science*, 239:617.

FINEBERG, H.V. 1988. Education to prevent AIDS. Prospects and obsticals.
Science, 239:595.

- FISCHINI, M. .1987. Evaluation of heterosexual partners, children and household contacts of adults with AIDS. *Journal American Medical Association*, 5:257.
- FOLKS, T.M., KESSLER, S.W. & ORENSTEIN, J.M. 1988. Infections and replication of HIV-1 in purified progenitor cell of human bone marrow. *Science*, 242:919.
- FOURTH INTERNATIONAL CONFERENCE ON AIDS (Stockholm). 1988. *Journal American Medical Association*, 260:757-758.
- FRIEDLAND, G.H. & KLEIN, R.S. .1987. Transmission of the Human Immunodeficiency Virus. *New England Journal of Medicine*, 317:1125.
- GABUZDA, D.H. & HIRSH, M.S. 1987. Neurologic manifestations of infection with Human Immunodeficiency Virus: Clinical features and pathogenesis. *Annals Internal Medicine*, 107:383.
- GALLIN, J. & FAUCI, A. 1985. *AIDS: Advances in Host defense Mechanisms* . New York: Raven press.
- GALLO, R.C. 1988. Aids in 1988. *Scientific American*, 259(4):41.
- GARLAND, F.C. & MAYERS, D.L. 1989. Incidence of Human Immunodeficiency Virus in US Navy and Marine Corps personnel, 1986 through 1988. *Journal American Medical Association*, 262(22):3161-3165.
- GEE, G. & MORAN, T.A. 1988. *AIDS: Concepts in nursing practice*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- GEIS, S.B., FULLER, R.L. & RUSH, J. 1986. Lovers of AIDS victims: Psychosocial stresses and counselling needs. *Death Studies*, 10:43-53.
- GEORGE, D. 1987. AIDS Update, *British Medical Journal*, 295:222.
- GILLIN, J.S., SHIKE, M. & ALCOCK, N. 1985. Malabsorption and mucosal abnormalities of the small intestine in Acquired Immunodeficiency Syndrome. *Annals Internal Medicine*, 102:619.

- GODDARD, J. 1989. AIDS: a current overview of AIDS and its impact on society. *Nursing RSA*, 4(2) :17.
- GOTTLIEB, M., SCHROFF, R. & SHANKER, H. 1981. Pneumocystis carinii pneumonia and mucosal candidiasis in previously healthy homosexual men. *New England Journal of Medicine*, 305(924):1425-1431.
- GOUS, A. 1985. *Onvervulde begeertes*. Pretoria: Sigma Pers.
- GRADY, C. 1989. Acquired Immunodeficiency Syndrome. The impact on professional nursing practice. *Cancer Nursing*, 12(1):143.
- HABER, J. & LEACH, A.M. 1982. *Comprehensive psychiatric nursing*. New York: McGraw-Hill.
- HALL, L., WILDER, D. & BODENROEDER, P. 1990. Assessment of AIDS knowledge, attitudes, behaviors, and risk level of Northwestern American Indians. *American Journal of Public Health*, 80(7); 875-876.
- HARRIES, A.D. 1990. Tuberculosis and human immunodeficiency virus infection in developing countries. *The Lancet*, 335:387-389.
- HARRIS, D. & GUTEN, S. 1980. Health-protective behavior: An exploratory study. *Journal of Health and Social Behavior*, 20:17-29.
- HASELTINE, W.A. & WONG-STAAAL, F. 1988. The molecular biology of the AIDS Virus. *Scientific American*, 259(4):52-83.
- HEDGE, B. 1991. Counselling. *Medical Chronical*, 4-6.
- HINGSON, R.W. & LEE, S. 1990. Beliefs about AIDS. Use of alcohol and drugs, and unprotected sex among Massachusetts adolescents. *American Journal of Public Health*, 80(3):295-298.

- HO, D.D., POMERANTZ, R.J. & KAPLAN J.C. 1987. Pathogenesis of infection with Human Immunodeficiency Virus. *New England Journal Medicine*, 317:278.
- HO, D.D., ROTA, T.R. & HIRSCH, M.S. 1986. Infection of monocyte/macrophages by human T-lymphotropic virus type III. *Journal of Clinical Investigation*, 77:1712.
- HOLMSHAW, M. 1991. Vrees vir VIGS verander nie seksuele gedrag. *Oosterlig*, 5.
- HUYSAMEN, G.K. 1980. *Beginnels van sielkundige meting*. Pretoria: Academica.
- JACOBS, K. & PIANO, M. 1987. *The clinical picture of AIDS. Underlying pathologic processes*. In: The person with AIDS: Nursing Perspectives. Edit by Durham, J. & Cohan, F. New York: Springer.
- JAMISON, D.T. & MOSLEY, W.H. 1991. Disease control priorities in developing countries: Health policy responses to epidemiological change. *American Journal of Public Health*, 81(1):18.
- JANZ, N.K. & BECKER, M.H. 1984. The health belief model: A decade later. *Health Education Quaterly*, 11:1-47.
- JEFFERIES, G. 1988. *AIDS: a fact of life*. Cape Town: Maskew Miller Langman Ptd. Ltd.
- JOHNSON, A.M. & PETHERICK, A. Transmission of HIV to heterosexual partners of infected men and women. *AIDS*, 3(6):367-372.
- JOSEPH, J.C. 1990. *A coping and change study*. School of Public health. The University of Michigan: Ann Arber, MI, USA.
- KAPLAN, L., WOFSY, C. & VOLBEDRING, P. 1987. Treatment of patients with Acquired Immunodeficiency Syndrome and associated manifestations. *Journal American Medical Association*, 257:1367-1374.

- KARK, S.L. 1949. The social pathology of syphilis in Africans. *Suid-Afrikaanse Mediese Tydskrif*, 23:77-84.
- KAWASH, G.F. & WOOLCOTT, D.M. 1980. Personality correlates of selected elements of the health belief model. *Journal of Social Psychology*, 112:219-227.
- KIM, M.J. & MORITZ, D.A. 182. Classification of nursing diagnoses: Proceeding of the third and fourth national conferences. New York: McGraw-Hill Book Co.
- KINGSLEY, D. 1987. Risk factors for seroconversion to Human Immunodeficiency Virus amongst male homosexuals. *The Lancet*, 334:345-349.
- KIRSCHT, J.P. 1983. Preventive health behavior: A review of research and issue. *Health Psychology*, 2(3):277-301.
- KNOWLES, R.D. 1981. Positive self-talk. *American Journal of Nursing*, 82(3):35-36.
- KOENING, S., GENDELMAN, H.E. & ORENSTEIN, J.M. 1986. Detection of AIDS virus in macrophages in brain tissue from AIDS patients with encephalopathy. *Science*, 233:1089.
- KONDE-LULE, J.K. 1989. Knowledge, attitudes and practices concerning AIDS in Ugandans. *AIDS*, 3(8):513-518.
- KOYANAGI, Y., O'BRIEN, W.A. & ZHAO, J.Q. 1988. Cytokines alter production of HIV-1 from primary mononuclear phagocytes. *Science*, 241:1673.
- KREISS, J.K. & KENNETH, G.G. 1990. Special consideration for managing suspected Human Immunodeficiency Virus infection and AIDS in patients from developing countries. *AIDS Commentary (JID)*, 162:955-960.
- KRUEGER, L.I, WOOD, R. & DIEH, P. 1988. Poverty and HIV seropositivity: The poor are more likely to be infected. *International Conference on AIDS*, Stockholm Sweeden, Abstract number 4119.

- LACHMAN, S.J. 1989. *AIDS. The Acquired Immunodeficiency Syndrome*. Lennon Ltd S.A. Currency Consulting (Pty.) Ltd.
- LACHMAN, S.J. 1991. *AIDS in the 1990's*. Lennon Ltd. Currency Consulting (Pty) Ltd.
- LAKE-BAKAAR, G. & ROO, R.S. 1989. Alcohol and HIV disease progression in intravenous drug addicts. *International Conference on AIDS*, Montreal (Abstract D):725.
- LAKE-BAKAAR, G., QUADROS, E. & BEIDAS, S. 1988. Gastric secretory failure in patient with the Acquired Immunodeficiency Syndrome. *Annals Internal Medicine*, 105:502 .
- LARRY, K. & BROWN, M.D. 1989. The impact of AIDS education on junior and senior high school students. *Journal of Adolescent Health Care*, 10:386-392.
- LAURENCE, J. 1985. The immuun system in AIDS. *Scientific American*, 253(6):84-93.
- LEAF, A.N., LAUBENSTEIN, L.J. & RAPHAEL, B. 1988. Thrombotic thrombocytopenic purpura associated with Human Immunodeficiency Virus type-1 (HIV-1) injection. *Annals Internal Medicine*, 109:194.
- LEE, M.R., HO, D.D. & GURNEY, M.E. 1987. Functional interaction and partial homology between Human Immunodeficiency Virus and neuroleukin. *Science*, 237:1047.
- LOBIONDO-WOOD, G. & HABER, J. 1990. *Nursing research methods, critical appraisal, and utilization*. St Louis: C.V. Mosby Co.
- LOGSDON, D.N., LAZARO, C.M. & MEIER, R.V. 1989. The feasibility of behavioral risk reduction in primary medical care. *American Journal of Preventitive Medicine*, 5(5):249-256.
- LONGO, D. & WILLIAMS, R.A. 1978. *Clinical practice in psychosocial nursing. Assesment and intervention*. New York: Appleton Century Crofts.

- LOVEJOY, N.C. 1986. Family responses to cancer hospitalizations. *Oncology Nursing Forum*, 13(2):33-38.
- LOVEJOY, N.C. 1988. *Family and care giver responses to HIV infection*. In: AIDS concepts in nursing practice. Ed. by Gee, G. & Moran, T.A. Baltimore: Williams & Wilkins.
- LUCIW, P.A. & LEVY, J.A. 1987. Mutational analysis of the Human Immunodeficiency Virus: The of-B region down-regulates virus replication. *Science*, 84:1434.
- LUDENIA, K. & RUSSEL, S.F. 1983. The relationship between health locus of control beliefs and the MMPI with an alcohol population. *Journal of Clinical Psychology*, 39(4):624-627.
- MACINTYRE, R. & TUELLER, B. 1988. *Nursing care planned for people with HIV infection*. In: AIDS concepts in nursing practice. Ed. by Gee, G. William & Wilkins USA.
- MADDIX, J. 1989. *Psychosocial issues in AIDS and long-term care, a new demension*. Ed. by Infeld, D.L. Maryland: National Health Publishing.
- MANN, J.M. & CHIN, J. PIOT, P. 1988. The international epidemiology of AIDS. *Scientific American*, 259(4):82-90.
- MANNING, D.T. & BALSON, P.M. 1989. Teenagers' beliefs about AIDS education and Physicians perceptions about them. *The Journal of Family Practice*, 29(2):173-177.
- MARMOR, M. 1986. Possible female to female transmission of HIV. *Annals of Internal Medicine*, 105:969.
- MARTIN, J.L. 1986. AIDS risk reduction recommendations and sexual behavior patterns among gay men: a multifactorial categorical approach to assessing change. *Health Education Quaterly*, 13(4):347-358.

- MARTIN, J.P. 1986. Challenges in caring for the person with AIDS at home. *Caring*, 5(6): 52-57.
- MARTIN, P. 1990. A feeling that needs expressing. *Professional Nurse*, 9:374.
- MASUR, H., MICHELIS, M.A. & GREENE, J.B. 1981. An outbreak of community-acquired *Pneumocystis carinii* pneumonia initial manifestation of cellular immune dysfunction. *New England Journal of Medicine*, 305:1431.
- MATTHEWS, B.R. & RICHARDSON, K.D. 1990. Homeless youth and AIDS. Knowledge, attitudes and behavior. *Medical Journal of Australia*, 153:20-23.
- MAURER, F. 1986. Acute depression treatment and nursing strategies for this affective disorder. *Nursing Clinic of North America*, 21((3):413.
- McARTHUR, J.C. 1987. Neurologic manifestations of AIDS. *Medicine*, 66:407.
- McDOUGAL, J.S., KENNEDY, M.S. & SLIGH, J.M. 1986. Binding of HTLV-III? LAV to T₄ cells by a complex of the 110K viral protein and the T₄ molecule. *Science*, 231:382.
- McDOWELL, J. 1987. *How to help your child say "no" to sexual pressure*. UK: Word Ltd.
- MEIR, J. 1985. Loneliness. *Psychology Today*, 19(7):28-33.
- MELBYE, M., BIGGER, R. & EBBESEN, P. 1986. Long term seropositivity for HIV-III in homosexual men without the Acquired Immunodeficiency Virus Syndrome. Development of immunologic and clinical abnormalities. *Annals of Internal Medicine*, 4(104):496-499.
- MIKHAIL, B. 1989. The health belief model: A review and critical evaluation of the mode, research and practice. *Advances in Nursing Science*, 4(1):65-82.

- MILLAN, G. & ROSE, M.W. 1987. AIDS and gay youth: Attitudes and lifestyle modifications in young homosexual men. *Community Health Studies*, 11:50-53.
- MILLAR, J. 1991. Stress: Pressure point. *Nursing Times*, 87(46):1-27.
- MILLER, D. 1988. *ABC of AIDS*. Ed. by Adler, M.W. B.M.J. London.
- MILLER, F.J. 1984. Coping with a chronic illness. Philadelphia: F.A. Davis.
- MILLER, N. CARBALLO, M. 1989. AIDS a disease of development? *AIDS*, 1:21.
- MILLER, S. 1991. Foreword. *Medical Chronical*, 1.
- MOFFAT, B. 1989. *AIDS: A self-care manual*. Santa Monica: IBS Press.
- MOHANTY, K.C. 1989. A study of public knowledge of AIDS among Asian people in Bradford. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(4):158-160.
- MOUTON, J. 1989. Metodologie van die geesteswetenskappe: Basiese begrippe. Pretoria: J.C. Insto-Print.
- MURRAY, R.B. & HUELSJOETTER, M.M.W. 1987. *Psychiatric/Mental health nursing. Giving emotional care*. California: Appleton & Lange.
- NABORRA, D. & McCONNEL, C. 1989. The impact of AIDS on social economic development. *AIDS*, 3:S265-S272.
- NAKAMUURA, P. 1988. Epidemiology of AIDS and Hepatitis B virus. *Infections*, 17(1):426.
- NEAL, M., COHAN, P. & REIGHLEY, J. 1986. *The patient experience powerlessness, anger, denial*. In *Nursing planning guides*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- NEMCECK, M.A. 1990. Health beliefs and preventive behavior. *American Association of Occupational Health Nursing Journal*, 38((3):127-138.

- NGUGI, E.N. & PLUMMER, F.A. 1988. Prevention of transmission of Human Immunodeficiency Virus in Africa: Effectiveness of condom promotion and health education among prostitutes. *The Lancet*, II:887-890.
- NICHOLAS, M.W. 1984. *Change in the context of group therapy*. New York: Brunner Mael.
- NOTICEBOARD, N. 1990. Woman and HIV disease. *The Lancet*, 336(8727):1373.
- NYAMATHI, A. & FLASKERUD, J.H. 1989. Effectiveness of an AIDS education program. *American Association of Occupational Health Journal*, 37(10):397.
- OGNIBENE, F.P., STEIS, R.G. & MACHE, A.M. 1985. Kaposi's sarcoma causing pulmonary infiltration and respiratory failure in the Acquired Immunodeficiency Syndrome. *Annals of Internal Medicine*, 102:471.
- OLWAGEN, L. 1990. *Help jou kind "nee" sê*. Kaapstad: Struik Christelike Boeke.
- OSTROW, D., SOLOMON, S. & MAYER, K. 1987. *AIDS: Information for the practicing physician*. Chicago: AMA.
- PADAYACHEE, N.G. & SCHALL, R. 1990. Short-term predictions of the prevalence of human immunodeficiency virus infection among the black population in South Africa. *Suid-Afrikaanse Mediese Tydskrif*, 77:329-333
- PANOS INSTITUTE. 1990. More international perspectives on HIV. *The Lancet*, 304-305.
- PARDO, V., ALDANA, M. & CALTON, R.M. 1987. Glomerular lesions in the Acquired Immunodeficiency Syndrome. *Annals of Internal Medicine*, 316:1062.
- PARKINSON, P. & HUGHES, T. 1987. The gay community and respons to AIDS in New-Zealand. *New-Zealand Medical Journal*, 100:77-79.
- PAUW, F.H. 1991. VIGS lei tot armoede en verval. *Bloemnuus*, 27.

- PEABODY, B. 1986. Living with AIDS: a mother's perspective. *American Journal of Nursing*, 86:45-46.
- PENDER, N.J. 1981. Health promotion in nursing care. Norwalk: Appleton-century-crofts.
- PENDER, N.J. 1987. Health promotion in nursing care. California: Applton-century-croft.
- PERKO, J.E. & KREIGH, H.Z. 1988. *Psychiatric and mental health nursing. A commitment to care and concern*. USA: Applton-Century-Croft.
- PERLMAN, D.M., AMPEL, N.M. & SCHIFMAN, R.B. 1988. Persistent campylobacter jejuni infections in patients infected with Human Immunodeficiency Virus (HIV). *Annals Internal Medicine*, 108:540.
- PIOT, P., PLUMMER, F.A. *et al.* 1988. AIDS, an international perspective. *Science*, 239:573-579.
- PONNINGHAUS, J.M. 1990. Construction projects and spread of HIV. *The Lancet*, 336:8724.
- POOLE, L.E. 1988. *Women and HIV infection*. In: AIDS concepts in nursing Practice. Ed. by Gee, G. Moran, T. Williams & Wilkins.
- POPULATION REPORTS. 1989. AIDS education - a beginning. *World Health Organisation*, L(8):1-27.
- POTTS, M. & ROSENFELD, A. 1990. The fifth freedom revisited: II, the way forward. *The Lancet*, 336:1293-1294.
- PUBLIC HEALTH SERVICE. 1986. The 1990 health objectives for nation: A midcourse review. *United State Department of Health and Human Services*, 177-192.

- QUAH, S.R. 1985. The health belief model and preventive health behavior in Singapore. *Social Science Medicine*, 21(3):351-361.
- RALPH, M. 1990. Health beliefs. A review of research literature. *American Association of Occupational Health Nursing Journal*, 38((3):93.
- REDFIELD, R.R. & BURKE, D.S. 1988. HIV infection: The clinical picture. *Scientific American*, 259(4) : 70-77.
- RITENOUR II, J.V. GULSCH, K.U. 1983. Counseling psychology: The impact of authority and peer pressure as training variables. *Journal of Clinical Psychology*, 39(4):636.
- ROBBERT, R.R. 1988. The T₄ Lymphocyte in AIDS. *New England Journal of Medicine*, 320(22):74.
- ROBERTS, B. 1991. The ABC of AIDS counseling. *Nursing Time*, 87(1):32-35.
- ROBINSON, G.M. & THOMSTAN, N.J. 1987. AIDS-risk behaviors and AIDS knowledge in intravenous drug users. *New-Zealand Medical Journal*, 100:209-211.
- ROGERS, M.F. 1985. AIDS in children: a review of clinical, epidemiologic and public health aspects. *Pediatric Infectious Disease*, 4:230-236.
- ROSS, M.W. & CAUDLE, C. 1989. A preliminary study of social issues in AIDS prevention among adolescents. *Journal of School Health*, 59(7):308-311.
- RUBIN, R.H. 1989. Acquired Immunodeficiency Syndrome. *Scientific American*, 259(4) 1-15.
- RUBIN, R.H., JENKIN, R.L. & SAW, B.W.(jr.). 1987. The Acquired Immunodeficiency Syndrome and Transplantation. *Transplantation*, 44:1.
- SACHDEV, P.S. 1990. Behavioral factors affecting physical health of the New Zealand Maori. *Social Science Medicine*, 30(4):431-440.

- SANLAM. 1991. *VIJS in die werksplek*. Ongepubliseerde verslag, Junie 1991.
- SCHOEN, K. 1986. Psychosocial aspects of hospice care for AIDS. *American Journal of Hospice Care*, 3(2):32-34.
- SCHOUB, B.D. & SMITH, A.N. 1990. Considerations on the further expansion of the AIDS epidemic in S.A. - 1990. *Suid-Afrikaanse Mediese Tydskrif*, 77:613-618.
- SCHOUB, B.D. 1990. The AIDS epidemic in S.A. perceptions and realities. *Suid-Afrikaanse Mediese Tydskrif*, 77:606-608.
- SCHULTS, J.M. & DARK, S.L. 1986. *Manual of psychiatric nursing care plans*. USA: Little Brown Co.
- SELIGMANN, M.E., PINCHING, A.J. & ROSEN, F.S. 1987. Immunology of Human Immunodeficiency Virus infection and the Acquired Immunodeficiency Syndrome: An update. *Annals of Internal Medicine*, 107:234.
- SELYE, H. 1985. *Stress without distress*. New York: The New American Library, Inc.
- SHER, R. 1989. HIV infection in S.A. 1982-1988. A review. *Suid-Afrikaanse Mediese Tydskrif*, 76(7):314-318.
- SPIER, A. & EDWARDS, M. 1990. *Facing AIDS - A strategy manual*. Syncom Publications.
- SQUIRES, S. 1987. Learning to live with stress. *Washington Post*, Apr., 25.
- STALL, R. & EKSTRAND, M. 1990. Relapse from safer sex: The next challenges for AIDS prevention efforts. *Journal of Acquired Immunodeficiency Syndrome*, 3(12):1181-1187.
- STALL, R. & JOSEPH, J. 1988. AIDS and behavioral change to reduce risk: A review. *American Journal of Public Health*, 78:394-411.

- STALL, R. & PAUL, J. 1989. Changes in sexual risk for infection with the HIV among gay and bisexual men in San Francisco, USA. *Reports to the Global Programme on AIDS*, May, Geneva.
- STEANS, F.R. 1972. *Anger: Psychology, physiology, pathology*. Springfield, IL: C.C.Thomas.
- STEBEL, F. 1988. Retrovirus resembling HTLV in macrophages of patients with AIDS. *The Lancet*, I(8420):1221.
- STEINER, J.D., SOROKIN, G. & SCHEIDERMAYER, D.L. 1990. Changes in knowledge and attitude over the past 5 years. *American Journal of Diseases of Children*, 144(3):302-306.
- STEWART, G.J. 1985. Transmission of Human T-cell Lymphotropic Virus type III (HTLV-III) by artificial insemination by donor. *The Lancet*, 581-584.
- STEYN, M. & VILJOEN, M. 1990. The combatting of tuberculosis: Health perceptions, intentions and vaccination of children. *Curationis*, 13(1&2).
- STITES, R., STOBO, J. & WELLS, J. 1987. *Basic and clinical immunology*. 6th ed. Lange Medical Publishers.
- STREBEL, K., KLIMAT, T. & MARTIN, M.A. 1988. A novel gene of HIV-1, vpu, and its 10-kilodalton product. *Science*, 241:1221.
- STREICHEN, H. & JOYNT, R.J. 1986. HTLV-III/LAV and the monocyte/macrophage. *Journal American Medical Association*, 256:2390.
- STRUCHINER, C. 1990. *Intervention at AIDS and reproductive health network meeting*. Thailand: Bangkok.
- STUART, G.W. 1983. *Principles and practices of psychiatric nursing*. St. Louis: C.V. Mosby.
- SUID-AFRIKAANSE INSTITUUT VIR MEDIESE NAVORSING. 1990. Update: Age distribution of AIDS cases. *AIDS Scan*, 2(3):7.

SUNDAY TIMES. 1991. World AIDS Day. Sharing the challenge. *Supplement to the Sunday Times*, 1-8.

SYNDER, C.C. 1986. *Oncology Nursing*. London: Brown & Co.

TAYLOR, C.M. 1990. *Essentials of psychiatric nursing*. Philadelphia: C.V. Mosby.

TRAMONT, E.C. 1987. Syphilis in the AIDS era. *New England Journal of Medicine*, 316:1600.

TREECE, E.W. & TREECE, J.W. 1986. *Elements of research in nursing*. St. Louis: C.V. Mosby Co.

TROBISCH, W. 1980. *Living with unfulfilled desires*. Editions Trobisch Kehl.

UNITED STATE OF DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES.
1986. The 1990 health objectives for nations. *Midcourse Review*, Nov., 177-192.

UPDATE: AIDS in S.A. (as on 08/08/90). 1990. *AIDS Scan*, 2(3):8.

VALDESPINO, G., IZAZOLA, J.A. & RICO, B. 1989. AIDS in Mexico: Trends and projections. *Bulletin of the Pan American Health Organization*, 23(1-2):120-123.

VALLE, S., SAXINGER, C. & RANKI, A. *et al.* 1985. Diversity of clinical spectrum of HTLV-III infection. *The Lancet*, 1:301.

VAN DEVANTAR, GRISOFF, J.A.B. 1987. Counseling HIV-antibody positive blood donors. *American Journal of Nursing*, 1025-1029.

WALLACE, R.A. 1988. Survey of plaques: Planned shrinkages contagious housing destruction and AIDS in the Bronx. *Environmental Reseach*, 47(1):83.

WAY, P.O. & SNELLER, V.P. 1989. *Geografical and risk group patterns in Africa*. Fifth international conference on AIDS, (Abstract M.G.P.11:1-19).

- WEBER, J.N., CLAPMAN, P.R. & WEIS, R.A. *et al.* 1987. Human Immunodeficiency Virus infection in two cohorts of homosexual men: Neutralising sera and association of anti-gag antibody with prognosis. *The Lancet*, 1:119
- WEINBERGER, M. & GREENE, J. 1981. Health beliefs and smoking behavior. *American Journal of Public Health*, 71(11):1253-1255.
- WHIMBEY, E., GOLD, J.W.M. & POLSKY, B. 1986. Bacteremia and fungemia in patients with Acquired Immunodeficiency Syndrome. *Annals of Internal Medicine*, 104:511.
- WILLIAM, C. & THOMAS, H. 1987. *Life change, human adoption and onset of illness in clinical practice in psychosocial nursing: Assessment and intervention*. Ed. by Longo, D. New York: Appleton-Century-Crofts.
- WILLIAM, L. 1988. The epidemiology of AIDS in the U.S. *Scientific American*, 259(4):52-54.
- WINDLE, M. 1989. High risk behaviors for AIDS among heterosexual alcoholics. *Journal Studies on Alcohol*, 50(6):503-507.
- WINKELSTEIN, W. & PIOP, P. 1989. Epidemiological overview. *AIDS*, 3(1):51-52.
- WISHON, S.L. & GEE, G. 1988. *Children and HIV infection*. In: AIDS concepts in nursing practise. Ed. by Gee, G. & Moran, T. Williams & Wilkins.
- WOOD, C.C., WILLIAMS, A.E. & McNAMARA, J.G. 1986. Antibodies against the Human Immunodeficiency Virus in commercial intravenous gamma-globulin preparations. *Annals of Internal Medicine*, 105:536.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. 1990. WHO global statistics. *AIDS*, 4:171-176.
- WRIGHT, B. 1980. *Physical disability. A psychological approach*. New York: Harper and Row.

WYPER, M.A. 1990. Breast self-examination and the health belief model: Variations an a theme. *Research in Nursing and Health*, 13:421-428.

ZYLKE, J.W. 1989. Interest heightens in defining, preventing AIDS in high risk adolescent populations. *Journal American Medical Association*, 262(16):2197.

OPSOMMING

'n Verpleegkundige begeleidingsprogram vir persone wat infektering met die Menslike Immuniteitsgebrekvirus vermoed

Petro Magdalena Basson

STUDIELEIER: Dr. N.C. van Wyk

MEDE-STUDIELEIER: Prof. M.J. Viljoen

VIGS is 'n wesenlike probleem in Suid-Afrika. Indien die verspreiding van die Menslike Immuniteitsgebrekvirus (HIV) nie gestop word nie, kan die siekte epidemiese afmetings aanneem. Diegene wat hoë risiko seksgedrag beoefen moet gelei word om dit te staak.

VIGS is 'n gevreesde siekte omdat HIV infeksie 'n chroniese infeksie is en gekenmerk word deur die progressiewe agteruitgang van die menslike immuunsisteem. Daar bestaan geen geneesmiddel teen die siekte nie en die verloop daarvan eindig altyd in die dood.

Persone wat hoë risiko seksueelgedrag openbaar, vermoed dikwels dat hulle moontlik met HIV geïnfekteer kan wees. Met aanmelding vir evaluering ter bevestiging van hul vermoedens benodig hulle reeds verpleegkundige tussentredes. Die tussentredes behoort daarop gerig te wees om hulle in staat te stel om hul kommer te hanteer. Indien die persone egter nie ook gelei word om hul gedrag te verander nie, kan hulle weer met die virus in aanraking kom of dit selfs versprei.

Omdat verpleegkundiges dikwels die ondersteuning van hierdie persone hanteer, kan aanvaar word dat 'n verpleegkundige begeleidingsprogram wat deur empiriese navorsing ontwikkel is, 'n positiewe bydrae tot optimale ondersteuning kan maak, aangesien daar geen gepubliseerde Suid-Afrikaanse verpleegkundige begeleidingsprogram in die literatuur gevind kon word nie. Dit is dus die doel van die studie om 'n begeleidingsprogram vir persone wat HIV infektering vermoed, te ontwikkel wat hulle in staat stel om:

- feitelike kennis oor VIGS te bekom,
- die psigologiese gevolge van HIV infektering te begryp, en
- die nodige gedragsverandering te begryp en te bemeester.

'n Beskrywende studie met 'n nie-eksperimentele navorsingsontwerp is gebruik. Na 'n omvattende, intensiewe literatuurstudie is 'n voorlopige begeleidingsprogram vir persone wat hoë risikogedrag openbaar, saamgestel. Daarna is dit aan domeinkundiges, wat oor spesiale kennis op die gebied van VIGS beskik, vir evaluering volgens die Delphi-tegniek voorgelê. Beskrywende statistieke is gebruik in die ontleding van die data wat verkry is.

Uit die bevindinge is dit duidelik dat die domeinkundiges met die afdelings sowel as items van die voorlopige program saamstem. Die finale program is na 'n herorganisasie van die items ten einde 'n logiese geheel te verkry, saamgestel.

Vir die volgende afdelings en inhoud is voorsiening gemaak:

- Inligting oor VIGS
 - Oorsprong
 - Patogenese
 - Epidemiologie
 - Spektrum
 - Kliniese tekens en simptome
 - Oordraging van HIV
 - Hoë risikogedrag
- Psigososiale reaksies van persone wat HIV infektering vermoed
- Verpleegsorg
 - Ondersteuning
 - Motivering tot gedragsverandering

Die verpleegkundige wat die program gebruik moet deurentyd bewus wees van die kliënt se uniekheid en slegs toepaslike gedeeltes gebruik. Die program is dus as hulpmiddel vir die verpleegkundige ontwikkel en nie as 'n inligtingstuk vir persone wat HIV infektering vermoed nie.

BYLAE A

EVALUERING VAN ITEMS VIR 'N VERPLEEGKUNDIGE BEGELEIDINGSPROGRAM VIR PERSONE WAT INFEKTERING MET DIE MENSLIKE IMMUNITEITSGEBREKVIRUS VERMOED

Die doel van die Magisterstudie is om 'n verpleegkundige begeleidingsprogram vir persone wat infeksie met HIV vermoed, te ontwikkel wat hulle in staat stel om:

- feitelike kennis oor VIGS te bekom,
- die reaksie wat die vermoede van VIGS teweegbring te begryp en te hanteer,
- die nodige gedragsveranderinge aan te leer, en die nodige verpleegkundige ondersteuning te verkry

Die begeleidingsprogram is 'n hulpmiddel vir die **verpleegkundige** wat die begeleiding, hanteer. Dit word dus nie as 'n inligtingstuk aan die kliënt beskikbaar gestel nie.

Na afloop van 'n intensiewe literatuurstudie en praktyk ervaring is die volgende items, wat moontlik in 'n verpleegkundige begeleidingsprogram ingesluit kan word, geselekteer. Beoordeel asseblief elkeen van hierdie items en besluit dan of dit deel van die begeleidingsprogram moet wees. 'n Vyfpunt skaal word gebruik en u kan slegs die punt wat u mening weerspieël, omring. Die uiteensetting van die skaal is as volg:

1. Stem beslis saam
2. Stem saam
3. Twyfel
4. Stem nie saam nie
5. Stem beslis nie saam nie

Daar word ook 'n spasie na elke afdeling gelaat waar u u eie voorstelle ten opsigte van die betrokke afdeling kan maak.

**'N VERPLEEGKUNDIGE BEGELEIDINGSPROGRAM
VIR PERSONE WAT INFEKTERING MET DIE
MENSLIKE IMMUNITEITSGEBREKVIRUS VERMOED**

**AFDELING A VAN DIE BEGELEIDINGSPROGRAM: Inligting oor
VIGS**

In 'n verpleegkundige begeleidingsprogram vir persone wat HIV-
infektering vermoed, behoort toepaslike gedeeltes van die volgende
inligting oor VIGS aan die persoon oorgedra te word. Dit is nodig dat
die persoon feitelike kennis i.v.m. VIGS sal ontvang om hom
eendersyds te vergewis van die ontstaan en verloop van die siekte en
andersyds van die gevare as hy nie sy risikopraktyke beëindig nie.

1 1

DIE OORSPRONG VAN VIGS

	Stem beslis saam	Stem saam	Twyfel	Stem nie saam nie	Stem beslis nie saam nie	
HIV is verwant aan retrovirusse d.w.s. HIV ondergaan mutasies	1	2	3	4	5	2
HIV het sy oorsprong moontlik in Sen- traal-Afrika gehad	1	2	3	4	5	3
HIV is van Haïti na Amerika versprei	1	2	3	4	5	4
Persone is van Europa en Australië in Amerika met HIV geïnfekteer	1	2	3	4	5	5

VOORSTELLE
.....
.....
.....

6

PATOGENESE VAN VIGS

	Stem beslis saam	Stem saam	Twyfel	Stem nie saam nie	Stem beslis nie saam nie	
HIV is lid van virusse wat progressiewe onomkeerbare terminale siektes veroorsaak	1	2	3	4	5	7
T-sel aktivering stimuleer HIV sintese d.w.s. enige infeksies sal HIV vermeerdering in die menslike liggaam bevorder	1	2	3	4	5	8
Deur T4-selle selektief te infekteer beskadig HIV die spesifieke sel wat normaalweg virus uitwissing beheer	1	2	3	4	5	9
Die progressiewe uitwissing van T4-selle is die basis van immunologiese abnormaaliteite wat met VIGS gevind word	1	2	3	4	5	10
Infeksie van die CD4 T-sel deur HIV word veroorsaak deur die binding van die CD4 reseptor met die glukoproteïen-120 van HIV	1	2	3	4	5	11
HIV infektering veroorsaak infeksie van die alveolêre makrofae wat kan lei tot Pneumocystis carinii pneumonie	1	2	3	4	5	12
Kagektin ('n faktor wat deur beskadigde monosiete vrygestel word) kan 'n rol speel in die gewigsverlies by die VIGS pasiënt	1	2	3	4	5	13
Epstein-Barr virus infeksie kom dikwels by die VIGS pasiënt voor	1	2	3	4	5	14
HIV infeksie het 'n direkte patologiese effek op die sentrale senuwee stelsel	1	2	3	4	5	15
60% van alle VIGS pasiënte ondervind neuropsigiatrisie abnormaaliteite	1	2	3	4	5	16
Monosiete en makrofae vervoer HIV na die brein	1	2	3	4	5	17

	Stem beslis saam	Stem saam	Twyfel	Stem nie saam nie	Stem beslis nie saam nie	
Die menslike liggaam is in staat om teen- liggame teen HIV te vervaardig	1	2	3	4	5	18
Die teenliggame bied egter nie besker- ming teen die ontwikkeling van VIGS nie	1	2	3	4	5	19

VOORSTELLE

.....

.....

.....

20

EPIDEMIOLOGIE VAN VIGS

	Stem beslis saam	Stem saam	Twyfel	Stem nie saam nie	Stem beslis nie saam nie	
Die eerste VIGS geval is in 1981 gediag- noseer	1	2	3	4	5	21
Die eerste Suid-Afrikaanse VIGS geval is in 1982 geïdentifiseer	1	2	3	4	5	22
Homoseksuele blanke mans het aanvank- lik die VIGS-toneel in S.A. oorheers	1	2	3	4	5	23
Die VIGS-toneel in S.A. word tans deur heteroseksuele persone oorheers	1	2	3	4	5	24
Twee vorms van HIV is al geïdentifiseer, nl. HIV-1 en HIV-2	1	2	3	4	5	25
Kinders kan ook met HIV geïnfekteer word	1	2	3	4	5	26
Heteroseksuele persone kan ook VIGS opdoen	1	2	3	4	5	27

	Stem beslis saam	Stem saam	Twyfel	Stem nie saam nie	Stem beslis nie saam nie	
VIGS onder die homoseksuele mans toon 'n afplatting sedert 1988	1	2	3	4	5	28
Die mate van toename van HIV-positiewe gevalle in S.A. kom ooreen met dié van Sentraal- en Oos-Afrika	1	2	3	4	5	29

VOORSTELLE

.....

.....

.....

30

SPEKTRUM TEN OPSIGTE VAN VIGS

	Stem beslis saam	Stem saam	Twyfel	Stem nie saam nie	Stem beslis nie saam nie	
HIV infeksie met die afwesigheid van oppertunistiese siektes word nie as VIGS geïdentifiseer nie	1	2	3	4	5	31
HIV geïnfekteerde persone kan in vier groepe verdeel word	1	2	3	4	5	32
Groep I is diegene met 'n akute HIV infeksie	1	2	3	4	5	33
Groep II is diegene met 'n asimptomatiesiese infeksie	1	2	3	4	5	34
Groep III is diegene met algemene limfadenopatie	1	2	3	4	5	35
Groep IV is diegene met ander siektes	1	2	3	4	5	36
Anemie kom soms tydens die simptoombvrye stadium voor	1	2	3	4	5	37

	Stem beslis saam	Stem saam	Twyfel	Stem nie saam nie	Stem beslis nie saam nie	
Die normale T4-sel telling is 800/mm ³ bloed	1	2	3	4	5	38
Wanneer die T4-sel telling daal tot 400/mm ³ bloed dui dit op 'n afname van die doeltreffendheid van die immuun-funksie	1	2	3	4	5	39
'n VIGS-pasiënt het gewoonlik 'n T4-sel telling van minder as 200/mm ³ bloed	1	2	3	4	5	40
'n VIGS-pasiënt verloor 10% en meer van hul normale liggaamsmassa	1	2	3	4	5	41
Demensie (verstandelike agteruitgang) kom dikwels by die VIGS pasiënt voor	1	2	3	4	5	42
Kanker soos Kaposi se sarkoom en primêre limfoom kom dikwels by die VIGS pasiënt voor	1	2	3	4	5	43
Die VIGS pasiënt ondervind dikwels las van fungus infeksies	1	2	3	4	5	44

KLINIESE TEKENS EN SIMPTOME

	Stem beslis saam	Stem saam	Twyfel	Stem nie saam nie	Stem beslis nie saam nie	
'n Klierkoorsagtige toestand kom direk na HIV infektering voor	1	2	3	4	5	45
Teenliggame teen HIV kan vanaf drie weke tot drie maande na serokonversie in die geïnfekteerde persoon se serum opgespoor word	1	2	3	4	5	46
Limfadenopatie kan vir etlike maande met koors en ongesteldheid gepaard gaan	1	2	3	4	5	47

	Stem beslis saam	Stem saam	Twyfel	Stem nie saam nie	Stem beslis nie saam nie	
Algemene limfadenopatie is 'n voorloper van VIGS	1	2	3	4	5	48
HIV se invloed op die sentrale senuwee sisteem is die belangrikste indirekte effek van HIV infektering	1	2	3	4	5	49
HIV infeksie van die miokardium veroorsaak kongestiewe kardiomiopatie	1	2	3	4	5	50
Die mees algemene oppertunistiese siekte is Pneumocystis carinii pneumonie	1	2	3	4	5	51
Die voorkoms van sifilis is 'n groot probleem by die VIGS pasiënt	1	2	3	4	5	52
'n Persoon kan meer as een oppertunistiese infeksie op 'n gegewe tydstop ondervind	1	2	3	4	5	53

VOORSTELLE

.....

.....

.....

54

OORDRAGING VAN HIV

	Stem beslis saam	Stem saam	Twyfel	Stem nie saam nie	Stem beslis nie saam nie	
HIV word deur bloed en bloedprodukte sowel as vloeistowwe van die geslagsdele versprei	1	2	3	4	5	55
In S.A. vind meer as 90% van die HIV oordraging deur seksuele kontak plaas	1	2	3	4	5	56

	Stem beslis saam	Stem saam	Twyfel	Stem nie saam nie	Stem beslis nie saam nie	
HIV kan ook deur borsvoeding oorgedra word	1	2	3	4	5	57

HOë RISIKOGEDRAGSPATRONE

	Stem beslis saam	Stem saam	Twyfel	Stem nie saam nie	Stem beslis nie saam nie	
Oordraging van HIV geskied meestal van persoon tot persoon	1	2	3	4	5	58
Die risiko vir HIV infeksie is gegrond op blootstelling aan die virus	1	2	3	4	5	59
Persone wat seksueelaktief is met veelvuldige seksmaats openbaar hoë risiko-gedragspatrone	1	2	3	4	5	60
Persone wie se seksmaats hul blootstel aan hoë risikogedrag word daardeur ook aan HIV infeksie blootgestel	1	2	3	4	5	61
Anale slymvliese beskadig makliker as vaginale slymvliese	1	2	3	4	5	62
HIV kan tydens orale seks oorgedra word	1	2	3	4	5	63

VOORSTELLE

.....
.....
.....

64

AFDELING B VAN DIE BEGELEIDINGSPROGRAM: Reaksies van persone wat HIV infektering vermoed en die verpleegkundige ondersteuning van hierdie persone

Die verpleegkundige behoort die volgende reaksies indien dit voorkom met die persoon te bespreek sodat hy daardeur insig kan verkry.

UNIEKE KLIËNT REAKSIES

	Stem beslis saam	Stem saam	Twyfel	Stem nie saam nie	Stem beslis nie saam nie	
Moegheid en swakheid kan daaglikse lewensaktiwiteite aan bande lê	1	2	3	4	5	65
Die persoon se selfbeeld m.b.t. tot seksualiteit word benadeel	1	2	3	4	5	66
Spanning ontstaan wanneer probleme on-effektief hanteer word	1	2	3	4	5	67
Spanning veroorsaak fisieke en psigologiese uitputting	1	2	3	4	5	68
Probleme om emosionele balans te handhaaf word ondervind	1	2	3	4	5	69
Gemoedsversteurings, soos huilerigheid en sosiale onttrekking kan voorkom	1	2	3	4	5	70
Die persoon se selfbeeld word bedreig	1	2	3	4	5	71
Vrees om siek te word ontstaan	1	2	3	4	5	72
Vrees om dood te gaan ontstaan	1	2	3	4	5	73
Gemoedsversteurings ontstaan by die HIV positiewe vrou omdat sy nie nog kinders mag hê nie	1	2	3	4	5	74
'n Verlies aan konsentrasievermoë kom by die VIGS pasiënt voor	1	2	3	4	5	75

	Stem beslis saam	Stem saam	Twyfel	Stem nie saam nie	Stem beslis nie saam nie	
Die persoon begin met 'n self ondersoek	1	2	3	4	5	76
'n Skuldgevoel wat spruit uit selfverwyt, ontstaan	1	2	3	4	5	77
Magteloosheid kom algemeen by die HIV-positiewe persoon voor	1	2	3	4	5	78
Algemene onsimpatieke hantering van 'n persoon met VIGS deur die publiek dra by tot die gevoel van magteloosheid wat die persoon wat HIV infektering vermoed, ondervind	1	2	3	4	5	79
Onvermoë om die situasie te beheer wek woede	1	2	3	4	5	80
Oordrewe bevraagtekening beklemtoon die persoon se magteloosheid	1	2	3	4	5	81
Vrees vir sosiale isolasie kom by die persoon wat HIV infektering vermoed voor	1	2	3	4	5	82
Stigmatisering van die HIV positiewe persoon veroorsaak sosiale isolasie	1	2	3	4	5	83

VOORSTELLE

.....
.....
.....

84

HANTERING VAN KLIËNT REAKSIES

In 'n verpleegkundige begeleidingsprogram vir persone wat HIV infektering vermoed, behoort die volgende ondersteuningstegnieke ingesluit word.

	Stem beslis saam	Stem saam	Twyfel	Stem nie saam nie	Stem beslis nie saam nie	
'n Vertrouensverhouding tussen die persoon en die verpleegkundige is noodsaaklik	1	2	3	4	5	2
Die persoon moet aangemoedig word om sy probleme te identifiseer	1	2	3	4	5	3
Die persoon moet ondersteun word in die gebruik van probleemoplossingstegnieke wat aan hom bekend is en wat voorheen effektief gebruik is	1	2	3	4	5	4
Nuwe probleemoplossingstegnieke moet saam met die persoon ontwikkel word	1	2	3	4	5	5
Nie-verbale verpleegkundige ondersteuning is van groot belang	1	2	3	4	5	6
Fisieke aanraking is 'n effektiewe metode van ondersteuning	1	2	3	4	5	7
Die aanmoediging van ontspanningsoefeninge is 'n effektiewe metode van ondersteuning	1	2	3	4	5	8
Die persoon behoort tot sosialisering aangemoedig te word	1	2	3	4	5	9
Die persoon behoort genoeg tyd tydens ondersteunings geleenthede gegun te word, sodat hy sy gedagtes en probleme kan formuleer en bespreek	1	2	3	4	5	10

	Stem beslis saam	Stem saam	Twyfel	Stem nie saam nie	Stem beslis nie saam nie	
Verbalisering van probleme is 'n nood- saaklike hanteringstegniek by persone wat HIV infektering vermoed	1	2	3	4	5	11
Kommunikasie met die persoon se seks- maats is belangrik	1	2	3	4	5	12
Die persoon wat HIV infektering ver- moed behoort op die negatiewe effek van spanning gewys te word	1	2	3	4	5	13
Tydens begeleiding behoort die persoon deurentyd gemaklik teenoor die verpleeg- kundige te voel	1	2	3	4	5	14
VOORSTELLE						15

AFDELING C VAN DIE BEGELEIDINGSPROGRAM: In hierdie afdeling word motivering tot gedragsverandering aangedui. Gedragsveranderinge word veral op grond van die gesondheidsoortuigingsmodel gemotiveer soos aangepas deur N. Pender (1987:48)

Die model is in die vroeë 1950's deur Rosenstock, Hochbaum en Kegeles ontwikkel. Hulle het gepoog om 'n verklaring te bied vir die optrede van 'n groep persone wat van voorkomende dienste gebruik gemaak het. Die primêre fokuspunt was die motivering, grondliggend tot die gebruik van voorkomende dienste. Die gesondheidsoortuigingsmodel weeg dus die belang van gesondheid op teen sekere gedrag of gebruike. Indien die persoon besef hoe belangrik sy gesondheid is, sal hy sekere gedrag en of lewenswyses aflê of verander ter wille van sy gesondheid.

Die gesondheidsoortuigingsmodel kan in drie hoof katagorieë gedeel word naamlik,

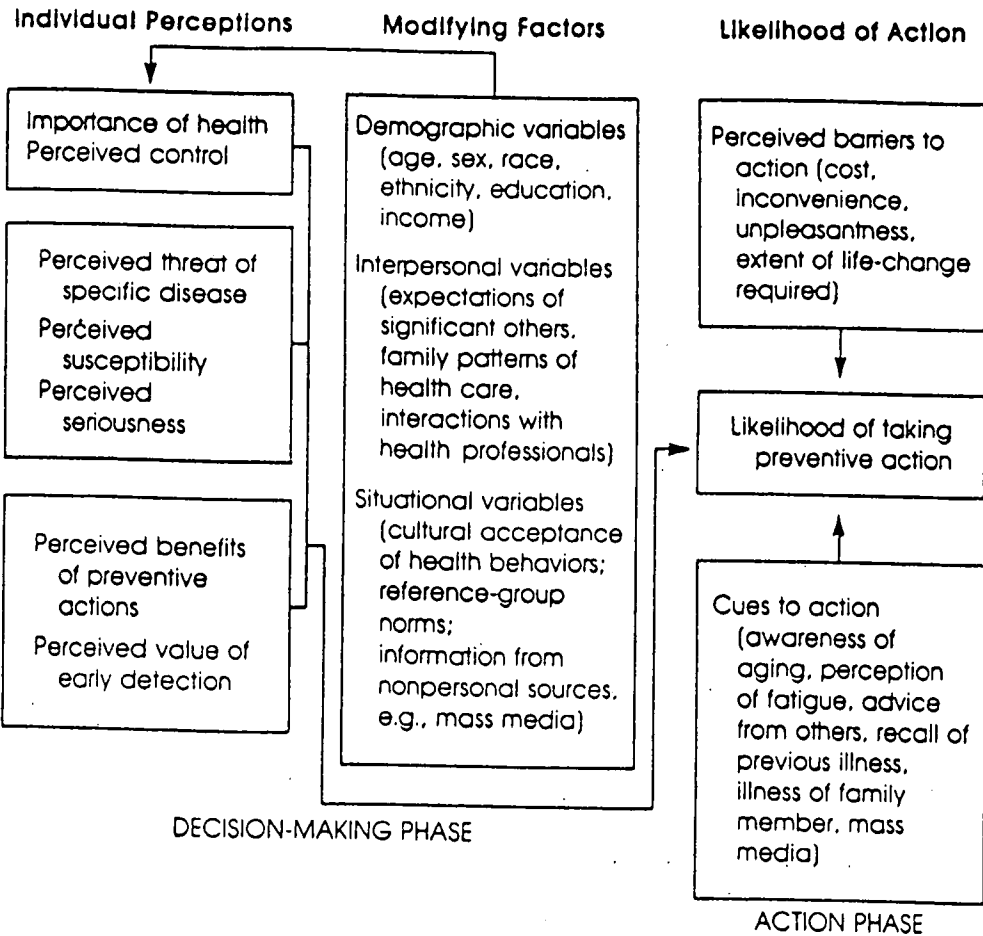
- modifiserende faktore
- individuele faktore en
- waarskynlikheid van handeling

Demografiese veranderlikes werk direk in op die persoon se individuele persepsies van sy

- siening van die belang van sy gesondheid,
- beheer oor sy gesondheid,
- vatbaarheid vir HIV
- beleving van erns van VIGS
- beleving van voordele ter voorkoming van VIGS

Die persoon se individuele persepsies sal weer op hul beurt die persoon se waarskynlikheid van sy handeling beïnvloed, d.w.s. wanneer die persoon elemente soos die stigma verbonde aan VIGS, dat dit 'n terminale siekte is en dat daar geen behandeling teen VIGS bestaan nie, opweeg teenoor goeie gesondheid, sal die persoon sy risikogedrag verander om die siekte te vermy, soos reeds met ander siektetoestande deur die gesondheidsoortuigingsmodel bewys is.

HEALTH-PROTECTING (PREVENTIVE) BEHAVIOR



Pender's Proposed modifications of the Health Belief Model.

IN DIE BERAMING VAN PERSONE OM HULLE WEERSTAND VIR OF OORREEDBAARHEID TOT VIGS VOORKOMENDE GEDRAG TE BEPAAL, BEHOORT DIE VOLGENDE FAKTORE INAGGENEEM TE WORD

	Stem beslis saam	Stem saam	Twyfel	Stem nie saam nie	Stem beslis nie saam nie	
Demografies faktore						
Geslag	1	2	3	4	5	16
Ouderdom	1	2	3	4	5	17
Geografiese faktore						
Platteland	1	2	3	4	5	18

	Stem beslis saam	Stem saam	Twyfel	Stem nie saam nie	Stem beslis nie saam nie	
Stedelik	1	2	3	4	5	19
Seksuele voorkeure						
Homoseksualiteit	1	2	3	4	5	20
Heteroseksualiteit	1	2	3	4	5	21
Sosio-ekonomiese faktore						
Laer sosio-ekonomiese status	1	2	3	4	5	22
Hoër sosio-ekonomiese status	1	2	3	4	5	23
Groepvorming in groepsdruk						
Kennis oor VIGS	1	2	3	4	5	24
Druk om seksueelaktief te verkeer	1	2	3	4	5	25
Tieners gaan die belangrikste groep wees wat VIGS in die toekoms gaan versprei	1	2	3	4	5	26

VOORSTELLE

.....

.....

.....

27

VOLGENS DIE GESONDHEIDSOORTUIGINGSMODEL SAL 'N PERSOON, WANNEER HY BESEF DAT HY HOMSELF BLOOTSTEL AAN DIE SIEKTE EN DAT DIE SIEKTE BAIE ERNSTIG IS, GEMOTIVEER KAN WORD TOT SIEKTEVOORKOMENDE GEDRAG

In die motivering van persone tot VIGS voorkomende gedrag speel die volgende faktore 'n rol

	Stem beslis saam	Stem saam	Twyfel	Stem nie saam nie	Stem beslis nie saam nie	
VIGS en blootstelling aan VIGS	1	2	3	4	5	28
Stigma verbonde aan VIGS	1	2	3	4	5	29
Sosiale isolasie a.g.v. VIGS	1	2	3	4	5	30
Ongeneesbaarheid van VIGS	1	2	3	4	5	31
Meer as een seksmaat lei tot blootstel- ling aan VIGS	1	2	3	4	5	32
'n Seksmaat met meer as een seksmaat is 'n risiko persoon vir VIGS	1	2	3	4	5	33
Verwerping van die VIGS pasiënt deur die algemene publiek	1	2	3	4	5	34
Die deel van seksapparate (sex-toys) kan HIV oordra	1	2	3	4	5	35

Die invloed van massa media (byvoorbeeld voorligtingsprogramme)

	Stem beslis saam	Stem saam	Twyfel	Stem nie saam nie	Stem beslis nie saam nie	
Die media verskaf VIGS-feite aan die publiek	1	2	3	4	5	36
Lewensstyl opvoeding deur die media verminder risikogedrag	1	2	3	4	5	37

	Stem beslis saam	Stem saam	Twyfel	Stem nie saam nie	Stem beslis nie saam nie	
Inligting in die massa media verander die publiek se houding teenoor die VIGS-pasiënt	1	2	3	4	5	38

Die weerstand van persone teen die verandering van gevestigde seksueelgedrag

	Stem beslis saam	Stem saam	Twyfel	Stem nie saam nie	Stem beslis nie saam nie	
'n Struikelblok in oorreding van die persoon wat HIV infektering vermoed tot veiliger sekspraktyke is weerstand teen die aanleer van nuwe gedrag	1	2	3	4	5	39
Reeds bestaande seksueelgedrag kan wel verander word	1	2	3	4	5	40
Verandering van reeds bestaande seksueelgedrag is 'n tydsame proses	1	2	3	4	5	41

'n PERSOON WAT VERMOED DAT HY HIV GEÏNFEKTEER IS, HET HOM REEDS AAN HOË RISIKOGEDRAG SKULDIG GEMAAK. OM TE VOORKOM DAT HY, INDIEN HY REEDS GEÏNFEKTEER IS DIE VIRUS VERSPREI, OF WEER DAARMEE IN AANRAKING KOM, BEHOORT VOORKOMENDE GEDRAG AANGELEER TE WORD.

Die volgende VIGS-voorkomende gedragspatrone behoort deel van die begeleidingsprogram uit te maak

	Stem beslis saam	Stem saam	Twyfel	Stem nie saam nie	Stem beslis nie saam nie	
Seks behoort slegs binne 'n monogame huwelik plaas te vind	1	2	3	4	5	42

	Stem beslis saam	Stem saam	Twyfel	Stem nie saam nie	Stem beslis nie saam nie	
Seksapparaat (sex toys) behoort nie gedeel te word nie	1	2	3	4	5	43
Wanneer die persoon meer as een seksmaat het behoort hy 'n kondoom te gebruik	1	2	3	4	5	44
Vermyn penetrerende seks buite 'n monogame huwelik	1	2	3	4	5	45
Massering wat die geslagsdele uitsluit behoort seksuele gemeenskap buite 'n monogame huwelik te vervang	1	2	3	4	5	46
Masturbasie kan as 'n metode van veiliger seks beskou word	1	2	3	4	5	47
Mondslymvliese bied dikwels 'n ingangroete vir HIV tydens orale seks	1	2	3	4	5	48
Manuele masturbasie van 'n seksmaat mag alleen geskied wanneer latex handskoene gedra word	1	2	3	4	5	49

VOORSTELLE

.....

.....

.....

☐ 50

BYLAE B

VOORLOPIGE VERPLEEGKUNDIGE BEGELEIDINGSPROGRAM VIR PERSONE WAT INFEKTERING MET DIE MENSLIKE IMMUNITEITSGEBREKVIRUS VERMOED

AFDELING A

Die oorsprong van VIGS

- HIV is verwant aan retrovirusse d.w.s. HIV ondergaan mutasies
- HIV het sy oorsprong moontlik in Sentraal-Afrika gehad
- HIV is van Haiti na Amerika versprei
- Persone is van Europa en Australië in Amerika met HIV geïnfecteer

Patogenese van VIGS

- HIV is lid van virusse wat progressiewe onomkeerbare terminale siektes veroorsaak
- T-sel aktivering stimuleer HIV sintese d.w.s. enige infeksies sal HIV vermeerdering in die menslike liggaam bevorder
- Deur T₄-selle selektief te infekteer beskadig HIV die spesifieke sel wat normaalweg virus uitwissing beheer
- Die progressiewe uitwissing van T₄-selle is die basis van immunologiese abnormaliteite wat met VIGS gevind word
- Infeksie van die CD4 T-sel deur HIV word veroorsaak deur die binding van die CD4 reseptor met die glukoproteïen-120 van HIV
- HIV infektering veroorsaak infeksie van die alveolêre makrofae wat kan lei tot *Pneumocystis carinii* pneumonie
- Kagektin ('n faktor wat deur beskadigde monosiete vrygestel word) kan 'n rol speel in die gewigsverlies by die VIGS pasiënt
- Epstein-Barr virus infeksie kom dikwels by die VIGS pasiënt voor
- HIV infeksie het 'n direkte patologiese effek op die sentrale senuwee stelsel
- 60% van alle VIGS pasiënte ondervind neuropsigiatrisse abnormaliteite
- Monosiete en makrofae vervoer HIV na die brein
- Die menslike liggaam is in staat om teenliggame teen HIV te vervaardig
- Die teenliggame bied egter nie beskerming teen die ontwikkeling van VIGS nie

Epidemiologie van VIGS

- Die eerste VIGS geval is in 1981 gediagnoseer
- Die eerste Suid-Afrikaanse VIGS geval is in 1982 geïdentifiseer
- Homoseksuele blanke mans het aanvanklik die VIGS toneel in S.A. oorheers
- Die VIGS toneel in S.A. word tans deur heteroseksuele persone oorheers
- Twee vorms van HIV is al geïdentifiseer, nl. HIV-1 en HIV-2
- Kinders kan ook met HIV geïnfekteer word
- Heteroseksuele persone kan ook VIGS opdoen
- VIGS onder die homoseksuele mans toon 'n afplating sedert 1988
- Die mate van toename van HIV positiewe gevalle in S.A. kom ooreen met dié van Sentraal- en Oos-Afrika

Spektrum ten opsigte van VIGS

- HIV infeksie met die afwesigheid van oppertunistiese siektes word nie as VIGS geïdentifiseer nie
- HIV geïnfekteerde persone kan in vier groepe verdeel word
 - Groep I is diegene met 'n akute HIV infeksie
 - Groep II is diegene met 'n asimptomatiese infeksie
 - Groep III is diegene met algemene mene limfadenopatie
 - Groep IV is diegene met ander siektes
- Anemie kom soms tydens die simptomevrye stadium voor
- Die normale T_4 -seltelling is $800/\text{mm}^3$ bloed
- Wanneer die T_4 -seltelling daal tot $400/\text{mm}^3$ bloed dui dit op 'n afname van die doeltreffendheid van die immuunfunksie
- 'n VIGS pasiënt het gewoonlik 'n T_4 -seltelling van minder as $200/\text{mm}^3$ bloed
- 'n VIGS pasiënt verloor 10% en meer van hul normale liggaamsmassa
- Demensie (verstandelike agteruitgang) kom dikwels by die VIGS pasiënt voor
- Kanker soos Kaposi se sarkoom en primêre limfoom kom dikwels by die VIGS pasiënt voor
- Die VIGS pasiënt ondervind dikwels las van fungus infeksies

Kliniese tekens en simptome

- 'n Klierkoorsagtige toestand kom direk na HIV infektering voor
- Teenliggame teen HIV kan vanaf drie weke tot drie maande na serokonversie in die geïnfekteerde persoon se serum opgespoor word

- Limfadenopatie kan vir etlike maande met koors en ongesteldheid gepaard gaan
- Algemene limfadenopatie is 'n voorloper van VIGS
- HIV se invloed op die sentrale senuwee sisteem is die belangrikste indirekte effek van HIV infektering
- HIV infeksie van die miokardium veroorsaak kongestiewe kardio-miopatie
- Die mees algemene oppertunistiese siekte is *Pneumocystis carinii* pneumonie
- Die voorkoms van sifilis is 'n groot probleem by die VIGS pasiënt
- 'n Persoon kan meer as een oppertunistiese infeksie op 'n gegewe tydstop ondervind

Oordraging van HIV

- HIV word deur bloed en bloedprodukte sowel as vloeistowwe van die geslagsdele versprei
- In S.A. vind meer as 90% van die HIV oordraging deur seksuele kontak plaas
- HIV kan ook deur borsvoeding oorgedra word

Hoë risikogedragspatrone

- Oordraging van HIV geskied meestal van persoon tot persoon
- Die risiko vir HIV infektering is gegrond op blootstelling aan die virus
- Persone wat seksueelaktief is met veelvuldige seksmaats openbaar hoë risikogedragspatrone
- Persone wie se seksmaats hul blootstel aan hoë risikogedrag word daardeur ook aan HIV infektering blootgestel
- Anale slymvliese beskadig makliker as vaginale slymvliese
- HIV kan tydens orale seks oorgedra word

AFDELING B

Unieke kliënt reaksies

- Moegheid en swakheid kan daaglikse lewensaktiwiteite aan bande lê
- Die persoon se selfbeeld m.b.t. tot seksualiteit word benadeel
- Spanning ontstaan wanneer probleme oneffektief hanteer word
- Spanning veroorsaak fisieke en psigologiese uitputting
- Probleme om emosionele balans te handhaaf word ondervind
- Gemoedsversteurings, soos huilerigheid en sosiale onttrekking kan voorkom

- Die persoon se selfbeeld word bedreig
- Vrees om siek te word ontstaan
- Vrees om dood te gaan ontstaan
- Gemoedsversteurings ontstaan by die HIV positiewe vrou omdat sy nie nog kinders mag hê nie
- 'n Verlies aan konsentrasievermoë kom by die VIGS pasiënt voor
- Die persoon begin met 'n self ondersoek
- 'n Skuldgevoel wat spruit uit selfverwyt, ontstaan
- Magteloosheid kom algemeen by die HIV positiewe persoon voor
- Algemene onsimpatieke hantering van 'n persoon met VIGS deur die publiek dra by tot die gevoel van magteloosheid wat die persoon wat HIV infektering vermoed, ondervind
- Onvermoë om die situasie te beheer wek woede
- Oordrewe bevraagtekening beklemtoon die persoon se magteloosheid
- Vrees vir sosiale isolasie kom by die persoon wat HIV infektering vermoed voor
- Stigmatisering van die HIV positiewe persoon veroorsaak sosiale isolasie

AFDELING C

Ondersteuningstegnieke

- 'n Vertrouensverhouding tussen die persoon en die verpleegkundige is noodsaaklik
- Die persoon moet aangemoedig word om sy probleme te identifiseer
- Die persoon moet ondersteun word in die gebruik van probleemoplossingstegnieke wat aan hom bekend is en wat voorheen effektief gebruik is
- Nuwe probleemoplossingstegnieke moet saam met die persoon ontwikkel word
- Nie-verbale verpleegkundige ondersteuning is van groot belang
- Fisieke aanraking is 'n effektiewe metode van ondersteuning
- Die aanmoediging van ontspanningsoefeninge is 'n effektiewe metode van ondersteuning
- Die persoon behoort tot sosialisering aangemoedig te word
- Die persoon behoort genoeg tyd tydens ondersteunings geleentheid te word, sodat hy sy gedagtes en probleme kan formuleer en bespreek
- Verbalisering van probleme is 'n noodsaaklike hanteringstegniek by persone wat HIV infektering vermoed

- Kommunikasie met die persoon se seksmaats is belangrik
- Die persoon wat HIV infektering vermoed behoort op die negatiewe effek van spanning gewys te word
- Tydens begeleiding behoort die persoon deurentyd gemaklik teenoor die verpleegkundige te voel

In die beraming van persone om hulle weerstand vir of oorreedbaarheid tot VIGS voorkomende gedrag te bepaal, behoort die volgende faktore inaggeneem te word

- **Demografies faktore**
 - Geslag
 - Ouderdom
- **Geografiese faktore**
 - Platteland
 - Stedelik
- **Seksuele voorkeure**
 - Homoseksualiteit
 - Heteroseksualiteit
- **Sosio-ekonomiese faktore**
 - Laer sosio-ekonomiese status
 - Hoër sosio-ekonomiese status
- **Groepvorming in groepsdruk**
 - Kennis oor VIGS
 - Druk om seksueelaktief te verkeer
 - Tieners gaan die belangrikste groep wees wat VIGS in die toekoms gaan versprei

In die motivering van persone tot VIGS voorkomende gedrag speel die volgende faktore 'n rol

- VIGS en blootstelling aan VIGS
- Stigma verbonde aan VIGS
- Sosiale isolasie a.g.v. VIGS
- Ongeneesbaarheid van VIGS
- Meer as een seksmaat lei tot blootstelling aan VIGS
- 'n Seksmaat met meer as een seksmaat is 'n risikopersoon vir VIGS
- Verwerping van die VIGS pasiënt deur die algemene publiek
- Die deel van seksapparate (sex-toys) kan HIV oordra

Die invloed van massa media

- Die media verskaf VIGS feite aan die publiek
- Lewensstyl opvoeding deur die media verminder risikogedrag
- Inligting in die massa media verander die publiek se houding teenoor die VIGS pasiënt

Die weerstand van persone teen die verandering van gevestigde seksuele gedrag

- 'n Struikelblok in oorreding van die persoon wat HIV infektering vermoed tot veiliger sekspraktyke is weerstand teen die aanleer van nuwe gedrag
- Reeds bestaande seksuele gedrag kan wel verander word
- Verandering van reeds bestaande seksuele gedrag is 'n tydsame proses

VIGS voorkomende gedragspatrone

- Seks behoort slegs binne 'n monogame huwelik plaas te vind
- Seksapparaat (sex toys) behoort nie gedeel te word nie
- Wanneer die persoon meer as een seksmaat het behoort hy 'n kondoom te gebruik
- Vermy penetrerende seks buite 'n monogame huwelik
- Massering wat die geslagsdele uitsluit behoort seksuele gemeenskap buite 'n monogame huwelik te vervang
- Masturbasie kan as 'n metode van veiliger seks beskou word
- Mondslymvliese bied dikwels 'n ingangroete vir HIV tydens orale seks
- Manuele masturbasie van 'n seksmaat mag alleen geskied wanneer latex handskoene gedra word

BYLAE C

Departement Verpleegkunde
Interne Posbus 325
U.O.V.S.
Posbus 339
BLOEMFONTEIN
9300

Geagte

**EVALUERING VAN ITEMS VIR 'N VERPLEEGKUNDIGE BEGELEIDINGS-
PROGRAM VIR PERSONE WAT INFEKTERING MET DIE MENSLIKE
IMMUNITEITSGEBREKVIRUS VERMOED**

Ek is tans besig met 'n Magisterstudie wat handel oor die begeleiding van persone wat vanweë hulle risikogedrag infektering met die Menslike Immuniteitsgebrek-virus vermoed.

In praktiese ondervinding in die VIGS-veld, het ek die begeleiding van VIGS-pasiënte en persone wat HIV infektering vermoed, hanteer. Verder was ek verantwoordelik vir die aanbieding van verskeie VIGS-opleidings kursusse, wat bygewoon is deur verpleegkundiges wat die hele Vrystaat verteenwoordig het. Navrae deur hierdie persone het 'n leemte in die verpleegkundige hantering van die persoon wat HIV infektering vermoed, geïdentifiseer.

Wanneer persone wat HIV infektering vermoed, vir evaluering ter bevestiging van hulle vermoedens aanmeld, benodig hulle reeds verpleegkundige tussentredes. Die tussentredes in die vorm van 'n verpleegkundige begeleidingsprogram behoort daarop gerig te wees om hierdie persone in staat te stel om hulle kommer te hanteer. Hierdie persone kan egter, indien hulle reeds met die virus geïnfekteer is, die virus versprei, of weer met die virus in aanraking kom. Hulle moet dus ook gemotiveer word tot en begelei word in die verandering van bestaande hoë risikogedragspatrone. Aangesien daar geen geneesmiddel teen VIGS bestaan nie, is die voorkoming van HIV infektering die enigste effektiewe hanteringsmeganisme.

Omdat u as 'n kundige op die gebied van VIGS en die verpleegkundige begeleiding van die persoon wat HIV infektering vermoed beskou word, wil ek u vriendelik uitnoui om deel te neem aan die navorsingsprojek. Ek wil baie graag hê dat u die

volgende items moet evalueer en daarna aandui of u reken dat die items in die begeleidingsprogram ingesluit moet word.

U moet egter net daarop let dat my studie slegs handel oor seksuele hoë risiko-gedrag ten op sigte van VIGS. Dit sluit nie ander hoë risikogedragspatrone in nie omdat meer as 90% van HIV infektering in Suid-Afrika deur seksuele oordraging geskied. Die studie is ook net van toepassing op volwasse blanke persone. Vir die doel van hierdie studie sal daar na die manlike en vroulike persoon verwys word wanneer die manlike skryfterm gebruik word. Dit word gedoen om die lees van die evalueeringslys te vergemaklik en nie as gevolg van diskriminasie nie.

Ek sluit 'n gefrankeerde koevert in waarin u asseblief vir my die instrument binne TWEE WEKE moet terug pos. Aangesien my studie voor die middel Mei 1992 voltooi moet wees sal ek dit waardeer indien u by die tydperk sal hou.

By voorbaat baie dankie vir u samewerking

Die uwe

.....

(Mev.) P.M. Basson