

DIE KENNIS VAN ADOLESSENTE IN 'n GAUTENGSE SKOOL RAKENDE MIV/VIGS

Rolien Botha

B.Cur

Departement Verpleegkunde, RAU

Sonya Beukes

M.Cur

Dosent, Departement Verpleegkunde, RAU

Korresponderende outeur: sbe@edcur.rau.ac.za

Anna Nolte

D.Litt. et Phil.

Professor, Departement Verpleegkunde, RAU

Sleutelwoorde: Kennis aangaande MIV/VIGS; Menslike Immuniteitsgebrek virus; Verworwe Immuniteitsgebreksindroom; Verspreiding, voorsorg, behandeling – MIV/VIGS

Keywords: Knowledge of HIV/AIDS; Human Immuno-Deficiency Virus; Acquired Immune Deficiency Syndrome; spread; prevention; treatment - HIV/AIDS

OPSOMMING

MIV/VIGS (Menslike Immuniteitsgebrek virus/Verworwe Immuniteitsgebreksindroom) is 'n pandemie asook 'n internasionale probleem. Sedert 1998 was MIV/VIGS verantwoordelik vir 11,3 miljoen sterftes. In Suid-Afrika is ongeveer 4,2 miljoen mense met MIV/VIGS geïnfekteer en daar is ongeveer 1500 – 1800 nuwe gevalle jaarliks. Volgens statistiese analise word bereken dat teen 2010 ses miljoen van die oorlewende populasie met MIV/VIGS geïnfekteer sal wees. Die groep onder wie die meeste nuwe infeksies plaasvind, is persone tussen die ouderdom van 15 en 24 jaar. Dit is belangrik dat ondersoek ingestel moet word na die oorsaak vir die verhoogde koers van infeksies in hierdie lewensfase. Die vraag wat ontstaan is of adolessente werklik kennis het oor MIV/VIGS, die gevolge daarvan, asook maatreëls wat bestaan om MIV/VIGS te voorkom. Die doel van die studie is om die adolessente aan 'n skool in Gauteng se kennis rakende MIV/VIGS te verken en te beskryf en om aanbevelings te doen om geïdentifiseerde leemtes in adolessente se kennis aan te vul en klem te lê op kennis wat versterk moet word. Vir die doeleindes van die studie is gebruik gemaak van 'n verkennende, beskrywende en kontekstuele studie. Die adolessente verbonde aan 'n skool in Gauteng se kennis rakende MIV/VIGS is verken met behulp van 'n vraelys as data-insamelingsinstrument. Die vraelys het uit vyf oop vrae bestaan en is deur adolessente binne klaskamers tydens skoolure voltooi. Die algemene bevindinge toon dat adolessente wel oor 'n redelike goeie kennis rakende MIV/VIGS beskik. Leemtes en wanpersepsies wat geïdentifiseer is, is beskryf en na aanleiding van die bevindinge is aanbevelings beskryf ten einde geïdentifiseerde leemtes in adolessente se kennis aan te vul en klem te lê op kennis wat versterk moet word.

SUMMARY

HIV/AIDS is a pandemic as well as an international problem. Since 1998 HIV/AIDS has been responsible for 11,3 million deaths. In South Africa approximately four million people are infected with HIV and there are 1500 – 1800 new cases reported yearly. According to statistical analysis it is calculated that by 2010, six million of the population will be infected with HIV/AIDS. Most of the new infections are among persons between 15 and 24 years of age. It is important that the increased ratio of infections in this life phase must be investigated. The question that arises is, do adolescents have knowledge of HIV/AIDS, the consequences of HIV/AIDS and what measures exist to prevent HIV/AIDS. The purpose of this study is to explore and describe the knowledge of adolescents at a

school in Gauteng with regard to HIV/AIDS. As a result of the findings recommendations will be described in order to enhance existing HIV/AIDS knowledge and to overcome shortcomings in knowledge. For the purpose of this study, use was made of an exploratory, descriptive and contextual design. Adolescents of a school in Gauteng's knowledge with regard to HIV/AIDS were explored with the use of a questionnaire as data collection instrument. The questionnaire consisted of five open questions and was completed by participants during school hours in a classroom. The general findings indicate that adolescents do have a fairly good knowledge of HIV/AIDS. Shortcomings and misperceptions identified were described and as a result of the findings, recommendations are made to enhance identified shortcomings in knowledge.

INLEIDING

MIV/VIGS (Menslike Immuniteitsgebrekvirus/Verworwe Immuniteitsgebreksindroom) is tans 'n pandemie reg oor die wêreld, en 'n internasionale probleem. MIV/VIGS is van die mees komplekse gesondheidsprobleme van die twintigste eeu (<http://www.unaids.org/epidemicupdate/report.dec01>).

In minder as twee dekades het MIV/VIGS daarin geslaag om oor 190 lande reg oor die wêreld te versprei. Volgens die Wêreldgesondheidsverslag van 1998, (in Petro-Nustas, 2000:423) was MIV verantwoordelik vir ongeveer 11.3 miljoen sterftes sedert die pandemie begin het. Die omvang van die pandemie het die potensiaal om die populasiedinamika in swaar geaffekteerde lande in te kort, en gesondheidsorg verby hul kapasiteit te laat strek (Pattulo, Malonza, Kimani, Muthee, Otieno, Odhiambo, Moses & Plummer, 1994:173).

In Suid-Afrika is ongeveer 4,2 miljoen mense met MIV geïnfekteer, en daar is ongeveer 1500-1800 nuwe gevalle elke jaar (<http://avert.org/aidsyoun.htm>). Daar is 22.4% van Suid-Afrika se seksuele en ekonomies aktiewe populasie met MIV geïnfekteer. Daar word bereken dat ongeveer 1 uit 10 mense in Suid-Afrika in die ouderdomskategorie tussen 20-40 jaar aan MIV/VIGS-verwante siektes teen die jaar 2005 sal sterf. Volgens statistiese analise word bereken dat teen 2010 sal ongeveer 25%, dit is dus ses miljoen van die volwasse populasie, met MIV/VIGS geïnfekteer wees (Department of Health, n.d.:5).

Dit blyk volgens statistieke dat persone wat aan MIV/VIGS sterf reeds in die adolessentelebensfase geïnfekteer is. Die groep onder wie die meeste nuwe infeksies plaasvind is, is persone tussen die ouderdom van 15 tot 24 jaar, en soms selfs jonger. In Suid-Afrika

het die proporsie van swanger 15- tot 19-jariges, wat met MIV geïnfekteer is, gestyg tot 13% in 1996. Dit is dubbel die persentasie wat dit slegs twee jaar vroeër was (Petro-Nustas, 2000:423).

Ten spyte van al die aandag wat daar tans wêreldwyd aan die probleem van MIV/VIGS gegee word, toon statistieke dat die aantal nuwe infeksies per jaar steeds eskaleer. Die statistieke is kommerwekkend, en dit is duidelik dat daar ondersoek ingestel moet word na wat die oorsaak is vir die hoë ratio van infeksie in hierdie lewensfase. Vrae wat ontstaan is of adolessente oor kennis beskik rakende MIV/VIGS en of die kennis akkuraat en omvattend genoeg is.

Ten einde adolessente te bemagtig, het hulle kennis nodig. Inligting is die bron van kennis. Volgens die HAT (1992:542) word kennis beskryf as die totaal van wat iemand weet. Volgens Kozier, Erb, Blais en Wilkinson, (1998:16) is persoonlike kennis 'n bewustelike wete van 'n persoon se eie waardes, oortuigings, houdings en vaardighede. Binne die konteks van hierdie studie is dit belangrik dat adolessente kennis rakende hierdie drie aspekte het en dat die kennis daarvan so diep en persoonlik raak dat hulle hul eie waardes daarvoor kan uitklare, oortuigings daarvoor kan vorm en die korrekte houdings daarvoor ontwikkel. Hierdie kennis stel hulle in staat om vaardighede te ontwikkel om sodoende besluite rakende MIV/VIGS te kan neem (<http://www.avert.org/sexedu.htm>).

Omdat die meeste jongmense skool bywoon, is die skool die primêre bron/plek waar hierdie onderwerp, naamlik MIV/VIGS aangespreek kan word. Die potensiele sterk punte van skole is dat kinders hier 'n kurrikulum volg rakende geslagsvoorligting, waarby MIV/VIGS ingesluit is. Skole kan nie net inligting gee nie, maar moet ook vaardighede aan leerders leer en houdings vorm en selfs soms verander (<http://avert.org/school.htm>).

In verskeie studies het dit aan die lig gekom dat kennis tot veilige seksgewoontes lei. In navorsing wat in Switserland gedoen is, het die resultate getoon dat die hoeveelheid 17-jarige meisies en seuns wat nog nooit seksuele omgang gehad het nie, aansienlik verhoog het nadat 'n baie aktiewe en oop projek geloods is, wat daarop gefokus het om goeie voorligting aan adolessente te gee rakende gesonde seksuele gewoontes (<http://www.avert.org/school.htm>). Dieselfde verskynsel het ook in die VSA en Uganda voorgekom waar die eerste seksuele omgang tot baie later uitgestel is, na intensiewe voorligting. Ook 'n verhoging in die gebruik van kondome is in Thailand en Uganda opgemerk na voorligtingspogings. In Tanzanië het 16% van seksueel aktiewe adolessente meisies gerapporteer dat hulle kondome gebruik, wat 'n aansienlike verbetering op die 5% in 1990 is (Moses & Plummer, 1994:125). As gevolg van geslagsvoorligting het die aantal adolessente seuns wat wel 'n kondoom gebruik het, vanaf 14% tot 38% gestyg in dieselfde periode soos bo genoem. In Zambië het kondoomgebruik aansienlik sedert die tagtiger jare gestyg (<http://www.avert.org/aidsyoun.htm>).

Die WGO rapporteer ook dat ongeveer 10% van alle nuwe infeksies by kinders onder die ouderdom van 15 jaar voorkom, en meer as die helfte van die oorblywende 90% by persone tussen die ouderdom van 15 en 24 jaar (Petro-Nustas, 2000:423). Die belangrikste hulpbron in ontwikkelende lande is voorkoming deur bewusmaking en voorligting van MIV/VIGS. In studies wat deur die WGO gedoen is, is gevind dat die kennis oor die MI-virus nog relatief onbekend is in ontwikkelende lande, veral by persone wat hoërisiko-gedrag toon (<http://www.avert.org/school.htm>).

Die steeds eskalerende statistieke, asook die feit dat die adolessent 'n groter risiko het om in hierdie lewensfase geïnfekteer te word, laat die vraag ontstaan of adolessente werklik weet en verstaan wat MIV/VIGS is, wat die gevolge daarvan is, asook hoe dit voorkom kan word. Dit het dus nodig geword om adolessente se kennis te toets, sodat kennis wat tydens gesondheidsvoorligtingsessies oor MIV/VIGS oorgedra word op grond hiervan aangepas en geïmplementeer kan word.

PROBLEEMSTELLING

Die adolessent is die generasie wat meestal geraak word deur MIV/VIGS en seksuele oordraagbare infeksies (STI's), aangesien hulle in hierdie lewensfase eksperimenteer en dinge ondersoek. In 'n studie deur Moses en Plummer (1994:1243) word geïmpliseer dat 'n persoon se besluitnemingsvermoëns verbeter indien hy/sy kennis oor die betrokke aspek het, en dat dit die persoon in staat stel om gevare om die toestand op te doen, in ag te neem en te vermy. Deur kennis word adolessente bemagtig. Kennis kan met behulp van voorligting aan adolessente oorgedra word, en sodoende kan hulle kennis rakende MIV/VIGS verbeter.

B.Cur.-verpleegkundestudente het skoolgesondheid-praktika aan 'n skool in Gauteng gedoen. Leerders is onderwerp aan siftingsondersoeke vir visie, gehoor en ruggraatverkramping. Tydens hierdie siftings-ondersoeke is baie aandag gegee aan gesondheids-voorligting, en die adolessente het self meestal die onderwerpe gekies. Nuuskierigheid oor MIV/VIGS het die voorligtingsessies oorheers. Dit was opvallend hoeveel vrae daar was, en dit het die vraag laat ontstaan: *“Wat is adolessente se kennis rakende MIV/VIGS?”*

DOEL VAN STUDIE

Om te bepaal wat adolessente leerders se kennis rakende MIV/VIGS is.

DOELWITTE

- Om adolessente se kennis in 'n skool in Gauteng rakende MIV/VIGS te verken en te beskryf.
- Om aanbevelings te doen om leemtes in kennis rakende MIV/VIGS aan te vul en klem te lê op kennis wat versterk moet word.

DEFINIËRING VAN KONSEPTE

Adolessente

Adolessensie kan beskryf word as die periode gekenmerk deur psigologiese, emosionele, sosiale, geestelike en fisiese veranderinge, wat tot die transformasie van kind na die jong volwasenestadium lei. Die ouderdom van die adolessent vir die doeleindes van die studie is 13-18 jaar (Edelman & Mandle, 1998:554).

Kennis

Volgens die HAT word kennis beskryf as die totaal van wat iemand weet. (HAT, 1992:542).

MIV/VIGS

Menslike Immuniteitsgebrekvirus (MIV) verwys na die virus van die retrovirusfamilie en is die agent wat Verworwe Immuniteitsgebreksindroom (VIGS) veroorsaak. Dit infekteer die senuweestelsel en onderdruk die immuunsisteem (Mosby's Medical Dictionary, 1998). Die immuunsisteem word dus aangeval, wat die liggaam se vermoë om hom/haarself teen siektes te beskerm, al meer verminder.

NAVORSINGSONTWERP

'n Verkennde, beskrywende en kontekstuele ontwerp is vir die doeleindes van hierdie studie gebruik (Mouton & Marais, 1994:48). In hierdie studie is die kennis van adolessente aan 'n skool in Gauteng rakende MIV/VIGS verken en beskryf ten einde insig te verkry oor adolessente leerders se kennis rakende MIV/VIGS. Na aanleiding van die bevindinge is aanbevelings beskryf om leemtes in kennis aan te vul en klem is gelê op reeds bestaande kennis wat versterk moet word (Mouton & Marais, 1994:46).

Konteks van die studie

Die konteks van hierdie studie is 'n hoërskool in Gauteng. Die deelnemers was adolessente tussen die ouderdom 13 en 18 jaar. Adolessente leerders verbonde aan hierdie skool is begaafde leerders wat finansiële ondersteuning van die skool verkry. Die studie het verloop tussen Augustus 2001 tot Oktober 2001.

Populasie en Steekproef

Die populasie van die studie is adolessente, tussen die ouderdom van 13 en 18 jaar, wat 'n hoërskool in Gauteng bywoon.

Die teikenpopulasie was adolessente leerders vanaf graad 8 tot graad 12 wat aan die volgende kriteria voldoen het:

- Hulle was adolessente binne bostaande ouderdomsgrense.
- Hulle was ingeskrewe leerders aan die hoërskool

in Gauteng.

- Daar is geen onderskeid tussen geslag of kultuur getref nie.

In hierdie studie is van 'n ewekansige steekproefneming gebruik gemaak. Elke leerder aan die hoërskool in Gauteng het dus 'n gelyke kans gehad om by die steekproef ingesluit te word (Uys & Basson, 1991:97). Die trossmetode, wat 'n eenvoudige ewekansige fokus het, is gebruik. Die adolessente is in in trosse verdeel. Elke tros het bestaan uit leerlinge van 'n bepaalde graad. Daar was vier trosse, naamlik graad 8-11. Elke tros het bestaan uit vier klasse van 30 leerders. Honderd vraelyste is uitgedeel deur die leerlinge van elke klas in rye te laat staan en 'n vraelys is aan elke vyfde leerder gegee om te voltooi. Die steekproef (N=100) was dus 100.

DATA - INSAMELINGSMETODE

'n Literatuurstudie is gedoen om die terreingrense te definieer, die probleem van die studie in perspektief te sien, onnodige herhaling van navorsing te vermy, betekenisvolle inligting te evalueer en die navorsing meer doelgerig uit te voer. Die literatuurstudie het dus gedien as konseptuele raamwerk vir die opstel van die vraelys (Uys & Basson, 1991:19).

'n Vraelys as data-insamelingsinstrument is in hierdie studie gebruik (Uys & Basson, 1991:70). Die vraelys wat in hierdie studie gebruik is, het uit vyf oop vrae bestaan.

Ten einde kennis te toets, is daar besluit om oop vrae in die vraelys te gebruik. Anders as geslote vrae gee dit aan die respondent ruimte vir uitbreiding en nie slegs die keuses gestel deur die navorser nie. Dus is dit nie gebaseer op vooropgestelde antwoorde nie en dus is die data wat verkry word ryker met 'n groter diversiteit.

Die vrae wat in die vraelys ingesluit was, is soos volg:

- Wat is MIV/VIGS ?
- Hoe word MIV/VIGS oorgedra?
- Hoe word MIV/VIGS gediagnoseer?
- Is daar behandeling vir MIV/VIGS en indien daar is, watter behandeling is beskikbaar?
- Watter maatreëls is beskikbaar as beskerming teen MIV/VIGS?

'n Loodsstudie is vooraf gedoen om te toets of leerders die vrae verstaan. Hierdie loodsstudie is gedoen deur die vraelyste aan 'n aantal adolessente te gee, wat verteenwoordigend was van hierdie ouderdomsgroep en nie deel was van hierdie skool nie. Die data verkry vanuit die loodsstudie is gekodeer en geanaliseer en resultate het getoon dat die adolessente wel die vrae korrek verstaan het, en dus het die vrae inhoudsgeldigheid.

Die vraelyste is deur die veldwerkers, onder toesighouding van 'n dosent uitgedeel en is tydens skoolure binne een van die skool se klaskamers voltooi, waar stilte en privaatheid voorsien is. Die tafels van die leerders is geskuif met groot genoeg ruimte tussen die lessenaars van die leerders. Geen druk is op leerders geplaas om die vraelyste te voltooi nie, en 'n periode van 20 minute is toegelaat vir voltooiing van die vraelys.

GELDIGHEID EN BETROUBAARHEID VAN DIE STUDIE

Inhoudsgeldigheid en siggeldigheid

Inhoudsgeldigheid is eerstens verkry deurdat die vraelys gebaseer is op 'n literatuurstudie (Brink, 1996:124). Siggeldigheid is ook verkry; die instrument (binne die konteks van die studie 'n vraelys) het getoets wat dit veronderstel is om te toets, op grond van die opinie van 'n kundige in die veld (Brink, 1996:168).

Betroubaarheid

Betroubaarheid is bevorder deur die volgende maatreëls:

Die leerders wat aan die studie deelgeneem het, het die vraelyste voltooi in klaskamers waar stilte gehandhaaf is. Genoen ruimte tussen elke leerder se lessenaar is gelaat ten einde te verseker dat die leerders privaatheid gehad het asook die selfvertroue om die vrae volledig te kan invul. Geen druk is op leerders geplaas nie aangesien 20 minute toegelaat was vir die voltooiing van die vraelys.

ETIESE BEGINSELS

Die hoof van die skool is genader vir toestemming vir die navorsing, daarna is toestemmingsbriewe aan die

leerlinge se ouers asook die leerders self-uitgedeel. In die brief is die doel van die studie, konfidensialiteit, anonimiteit en die reg om van die studie te onttrek of weiering van deelname, bespreek (Anon, 1998:2). Bevindinge van die studie is aan die skoolhoof van die skool deur die studieleier gekommunikeer. Die navorser het ook onderneem om aan leerders genoeg tyd, stilte en privaatheid te bied tydens die invul van die vraelyste (Uys & Basson, 1991:108).

DATA-ANALISE

Elke vraag is kwalitatief geanaliseer en die sentrale begrippe wat met herhaling voorgekom het, is in kategorieë geplaas. Hierna is kwantitatief aangedui hoeveel leerlinge 'n bepaalde kategorie aangedui het. Daar is slegs van beskrywende statistiek gebruik gemaak om die data weer te gee.

BEVINDINGE EN AANBEVELINGS

Die resultate wat verkry is sal vervolgens kortliks met die literatuur gekontroleer word en op grond hiervan word aanbevelings gedoen rakende kennis wat versterk moet word en kennis wat aangevul moet word. Slegs beskrywende statistieke sal gegee word.

WAT IS MIV/VIGS?

Een en tagtig persent leerders het kennis gehad dat MIV/VIGS die immuunsisteem affekteer, slegs 50% leerders het gerapporteer dat dit 'n dodelike siekte is en 58% het gerapporteer dat dit deels 'n seksueel oordraagbare siektetoestand is.

Volgens die literatuur affekteer MIV/VIGS die immuunsisteem en wanneer 'n persoon met MIV geïnfecteer is, word die immuunsisteem progressief afgetakel, totdat die liggaam nie meer in staat is om haar-/homself teen enige siekte te beskerm nie (Evian, 2000:28). MIV kan vir lank in die liggaam bestaan sonder dat daar enige tekens van 'n infeksie is. Wanneer die immuunsisteem in so 'n mate vernietig is dat 'n persoon siek word, het hy/sy VIGS. Die verloop van MIV kan in vier fases verdeel word, naamlik die primêre infeksie, kliniese asimptomatiese fase, simptomatiese MIV-infeksie en VIGS (Evian, 2000:28; <http://www.avert.org/hivstage.htm>).

Die eerste fase, primêre infeksie, neem ongeveer 'n paar weke en word dikwels vergesel van kort griepige simptome wat net na infeksie voorkom. Daar word na hierdie simptome as serokonversiesiekte verwys. In ongeveer 20% van mense is die simptome ernstig genoeg om 'n dokter te sien, maar die diagnose (MIV) word meestal gemis. Selfs al word 'n MIV-toets op hierdie stadium gedoen, kan dit nog nie positief wees nie. Tydens hierdie fase is daar 'n groot hoeveelheid MIV in die perifere bloed en die immuunsisteem reageer deur MIV-teenliggaampies en sitotoksiese limfosiete te produseer (Evian, 2000:28; <http://www.avert.org/hivstage.htm>).

Die kliniese asimptomatiese fase neem gemiddeld tien jaar en is, soos die naam voorstel, asimptomaties. Daar kan egter swelling van klieren voorkom. Die vlak van MIV in die perifere bloed daal tot baie lae vlakke, en die persoon bly steeds baie infektief. Op hierdie stadium is MIV-teenliggaampies opspoorbaar in die bloed (Evian, 2000:29; <http://www.avert.org/hivstage.htm>).

Die simptomatiese fase van MIV-infeksie is die fase waar die immuunsisteem met verloop van tyd die geveg verloor het. Daar is drie hoofredes hiervoor: (a) die limfnodusse en weefsel word beskadig en "uitgebrand" as gevolg van jare se aktiwiteit; (b) MIV muteer en word meer patogenies, met ander woorde sterker en meer gevarieerd, wat lei tot meer T-helperselle wat vernietig word. Opportunistiese siektes, byvoorbeeld tuberkulose kom in hierdie fase voor. Hierdie infeksies word behandel, maar die onderliggende en primêre probleem is te wyte aan die aksie van MIV. Behalwe as MIV verstadig kan word, sal die simptome van immuunonderdrukking voortgaan en vererger (Evian, 2000:30-31; <http://www.avert.org/hivstage.htm>).

Die laaste fase van MIV-infeksie is die progressie van MIV na VIGS. Soos die immuunsisteem meer en meer afgetakel word, word die opportunistiese infeksie meer asook ernstiger, wat uiteindelik tot die diagnose van VIGS lei. Tans word 'n VIGS-diagnose in die Verenigde Koninkryke bevestig wanneer 'n persoon met MIV een of meer van die spesifieke ernstige opportunistiese infeksies of kankers ontwikkel. Mense kan egter baie siek wees met MIV maar nog nie 'n VIGS-diagnose hê nie (Evian, 2000:31; <http://www.avert.org/hivstage.htm>).

Aanbevelings

- Die konsep MIV/VIGS moet verduidelik word aan leerders.
- Die verloop van MIV/VIGS soos hierbo bespreek, moet aan leerders verduidelik word.

HOE WORD MIV/VIGS OORGEDRA?

Respondente rapporteer dat MIV/VIGS hoofsaaklik oorgedra word deur onbeskermdde seksuele omgang, gevolg deur kontak met besmette bloed, van moeder na fetus, bloedoortappings, deel van skeermeslemme, speeksel en orale seks.

Negentig persent respondente het gerapporteer dat MIV/VIGS oorgedra word deur met verskeie maats seksuele omgang te hê, gevolg deur 42% wat rapporteer dat MIV/VIGS opgedoen word as gevolg van vermenging van liggaamsvloeistowwe. Dit is korrek, aangesien veelvuldige seksuele maats die risiko vir die oordrag van MIV/VIGS verhoog. Dit is egter noodsaaklik dat dit duidelik gestel word dat deur slegs onbeskermdde seksuele kontak met een persoon geïnfecteer met MIV/VIGS te hê, die virus kan oordra (Evian, 2000:18; <http://www.avert.org/faq1.htm>). Die teenwoordigheid van enige ander seksuele oordraagbare infeksies (STI's) verhoog die risiko van MIV, veral by STI's wat genitale ulkuse veroorsaak. Ander wyses wat beskryf word, is vermenging van liggaamsvloeistowwe, semen, vaginale vloeistof en bloed (Evian, 2000:28, 251-252; <http://www.avert.org/howcan.htm>).

Ander wyses van oordrag wat deur respondente genoem is, is die deel van naalde en skeermeslemme, die oordrag van die virus van moeder na fetus, bloedoortappings, speeksel en orale seksuele omgang. Een respondent het genoem dat MIV/VIGS ook deur borsmelk na die baba oorgedra kan word asook deur orale seksuele omgang.

MIV-geïnfecteerde bloed word 'n risiko wanneer dit oorgedra word via die volgende roetes, naamlik:

- Bloedoortapping;
- Gekontamineerde naalde, spuite en skeermeslemme; veral dwelmverslaafdes is 'n hoërisiko-groep. Dit is baie selde dat MIV die liggaam binnedring deur 'n oop wond of seer

(Evian, 2000:15; <http://avert.org/howcan.htm>).

Ander wyses van oordrag is:

- 'n Swanger vrou wat geïnfekteer is met MIV kan die virus na haar ongebore baba oordra tydens swangerskap en tydens baring. Navorsing het bewys dat die baba 'n 20-40% kans het om MIV-geïnfekteerd te wees.
- Daar is 'n MIV-oordragrisiko tydens borsvoeding (Evian, 2000:28; <http://avert.org/howcan.htm>).
- Dit is moontlik om geïnfekteer te word met MIV deur orale seksuele omgang, maar die risiko is aansienlik laer as deur onveilige seksuele geslagtelike omgang tussen 'n man en vrou. Die risiko verhoog wanneer geïnfekteerde semen in kontak kom met sere hetsy in die voorplantingstelsel of in die mond (<http://www.avert.org/faq1.htm>).

Ander wanopvattinge gerapporteer deur respondente wat in 'n minder mate na vore gekom het, was dat MIV/VIGS opgedoen kan word deur seksuele omgang met diere te hê, asook deur 'n geïnfekteerde persoon te soen. Die MI-virus is ook 'n menslik verworwe virus en kom daarom slegs by die mens voor. Daar kom wel MIV by diere voor, maar die tipe verskil van die van die mens. Die MI-virus kom nie in groot genoeg hoeveelhede in die speeksel of urine voor om 'n infeksie te veroorsaak nie (Evian, 2000:18-19).

Tydens inligtingssessies is dit nodig om aan leerders te verduidelik dat die MI-virus nie stabiel is nie en dus nie vir lang periodes buite die menslike liggaam kan leef nie. Die enigste studies wat gedoen is rakende die oorlewing van MIV buite die liggaam is gedoen onder gekontroleerde omstandighede in 'n laboratorium. Hierdie studies het getoon dat MIV nie deur erge koue geïnfekteer word nie, maar dat by temperature van 60 grade Celsius en hoër die virus vernietig word (<http://www.avert.org/faq1.htm>). Die virus kan nie deur 'n normal intakte vel penetreer nie en ook nie deur 'n gesonde mond of oog nie. 'n Persoon met 'n gesonde genitale roete het ook 'n kleiner kans om MIV op te doen as 'n persoon met 'n seksueel oordraagbare infeksie (STI's) (Evian, 2000:16-17; <http://www.avert.org/faq1.htm>).

MIV word nie op die volgende wyses oorgedra nie:

- MIV kan nie oorgedra word deur normale sosiale kontak soos, skud van hande, toiletsitplekke,

swembaddens, deel van eetgerei, soen, nies en hoes nie. MIV is nie 'n lug-, water- of voedseloordraagbare virus nie en die virus oorleef nie lank buite die liggaam nie. Daarom resulteer sosiale kontak nie in die oordrag van die virus nie (<http://www.avert.org/faq1.htm>).

- Daar is geen feitelike basis dat die virus oorgedra kan word deur naaldprikke by plekke soos sitplekke in die fliks nie. Daar is bewys dat die naald bloed moet bevat wat oor 'n hoë vlak infektiewe virus beskik. Die kans is slegs 0,4% om geïnfekteer te word (<http://www.avert.org/faq1.htm>).
- Die moontlikheid van infeksie wanneer geïnfekteerde bloed in mens se oë spat, is bewys om baie klein te wees.
- Die virus kan ook nie oorgedra word deur muskietbyte nie. Wanneer 'n muskiet bloed neem, word die bloed van die vorige persoon nie in die volgende persoon ingespuet nie. Die enigste ding wat 'n muskiet inspuet is speeksel wat dien as smeermiddel wat die muskiet in staat stel om meer effektief te voed (Evian, 2000:13, 18-19; <http://www.avert.org/faq1.htm>).

Aanbevelings

- Wysies van oordrag moet in prioriteitsvolgorde aan leerders oorgedra word.
- Wanopvattinge soos hierbo bespreek moet volledig aan leerders verduidelik en verantwoord word.

HOE WORD MIV/VIGS GEDIAGNOSEER?

Vyf en sewentig persent van die respondente rapporteer dat MIV/VIGS deur 'n bloedtoets gediagnoseer word. Een en twintig persent noem simptome wat met die siektetoestand gepaard gaan, naamlik gewigsverlies, herhaalde siekte, wit kaasagtige aanpaksel op die tong, sere op arms en bene, STI's, koors, vergeetagtigheid, hare wat uitval, swakheid, uitslag op vel, nagsweet, hoes, pynlike seksuele omgang. Een respondent rapporteer dat MIV/VIGS met behulp van 'n urientoets gediagnoseer kan word. Ander kommentaar wat gelewer is, is dat 'n tradisionele heler in staat is om MIV/VIGS te diagnoseer deur slegs na 'n persoon te kyk.

Volgens die literatuur kan MIV op die volgende wyses gediagnoseer word:

- 'n MIV-teenliggaamtoets. Hierdie toets word gewoonlik op bloedserum gedoen. Dit moet nie uit die oog verloor word dat hierdie slegs 'n teenliggaamtoets is nie. Die teenliggaamtoets spoor slegs die teenwoordigheid van teenliggaampies wat die liggaam se respons op 'n MIV-infeksie is, op. Teenliggaampies word vasgestel deur die ELISA- of WESTERN BLOT-metode van toets. Hierdie toetse word gewoonlik in 'n laboratorium gedoen (Evian, 2000:39-40; Sowadsky, 1998:1).
- 'n MIV-speekseltoets is tans beskikbaar. Die toets spoor teenliggaampies in 'n substans in die mond bekend as mukosale transudate op, wat dieselfde as speeksel is. Omdat speeksel 'n laerisiko-vloeistof is, is dit 'n maklike en veilige toets (Sowadsky, 1998:2; Webber, Swanevelder, Grabow & Fourie, 2000:4).
- 'n Urieteenliggaamtoets is ook beskikbaar. MIV kom in 'n lae konsentrasie in urine voor en is daarom ook 'n laerisiko-liggaamsvloeistof. Die akkuraatheid van die toets is soortgelyk aan die van die bloed- en die speekseltoets. Hierdie toets kan egter net deur 'n geneesheer gedoen word en is nie in tuisoetse beskikbaar nie (Sowadsky, 1998:2).

Ander wyses wat van hulp is met die diagnose van MIV/VIGS is die simptome wat persone geïnfekteer met MIV/VIGS presenteer. Die virale ladings is die beste indikator van die tempo waarteen VIGS ontwikkel. Hoe hoër die virale lading hoe groter is die kans dat immuunontoereikendheid vinniger sal ontwikkel. Ongeveer 80% van MIV-geïnfekteerde persone sal VIGS binne 12 jaar opdoen nadat die infeksie opgedoen is (Evian, 2000:28).

Tydens die primêre fase, dit is binne die eerste 4-8 weke nadat die infeksie opgedoen is, mag so 'n persoon met die volgende tekens en simptome presenteer, naamlik koors, moegheid, 'n veluitslag, seer keel, spiere en gewrigspyne en swelling van die limfkliere (Evian, 2000:29). Verwante simptome mag die volgende insluit, kroniese swelling van die limfnodusse, Herpes Zoster, koors, veluitslag soos dermatitis, fungusinfeksie van die naels, herhaalde orale ulserasie, herhaalde respiratoriese infeksies en gewigsverlies (Evian, 2000:30).

Die simptomatiese fase is ongeveer 5-8 jaar nadat die MIV-infeksie opgedoen is. Tydens hierdie periode verhoog die virale lading. Algemene verwante siektetoestande wissel van orale en vaginale sproei, leukoplakia op die tong, herhaalde Herpes Simplex, Herpes Zoster, akneeverwante bakteriële veltoestande, aanhoudende koors, nagsweet, veluitslag, limfadenopatie, volgehoue diarree, gewigsverlies (gewoonlik meer as 10% van liggaamsmassa) tot die reaktivering van tuberkulose (Evian, 2000:29-33).

Aanbevelings

- Wysies vir diagnosering van MIV/VIGS, nl. deur bloed, speeksel en urientoets moet bespreek word.
- Daarna kan in meer detail gepraat word oor die tekens en simptome verwant aan die fases van MIV/VIGS.

BEHANDELING VIR MIV/VIGS - WATTER TIPE?

Sestig persent respondente rapporteer dat AZT-behandeling beskikbaar is, maar dat dit nie MIV/VIGS genees nie. Tien persent van die respondente rapporteer dat daar behandeling (AZT) is, maar spesifiseer nie of dit die toestand genees nie. Tien persent van die respondente rapporteer dat AZT beskikbaar is vir swanger vroue ten einde hul ongebore babas te beskerm en slegs agt persent van die respondente noem dat daar geen behandeling beskikbaar vir MIV/VIGS is nie.

Ten spyte van al die geld wat spandeer word om 'n middel te kry wat genesing kan bring vir persone wat met MIV geïnfekteer is, kon niemand tot op hede 'n middel kry nie, as gevolg van die kompleksiteit van die virus. Daar is egter middels op die mark wat die reproduksie van MIV/VIGS in die T-helperselle kan verstadig, en sodoende die lewensduurte van die mens verleng; dit vertraag die verloop van VIGS. Van hierdie anti-retrovirale middels is AZT en Nevirepine, die bekendste middels. In studies wat gedoen is, is bewys dat anti-retrovirale middels die risiko van MIV-infeksie verminder (Evian, 2000:308). Hierdie middels, AZT en Nevirepine, word ook vir swanger vroue wat MIV-positief is gegee om die kanse van oordrag na haar ongebore baba so ver moontlik te verminder. Hierdie

middels is egter baie duur en kan nie deur almal bekostig word nie en ook nie deur die lande wat nie oor die finansiële hulpbronne beskik nie (Evian, 2000:85-87).

Aanbevelings

- Kennis rakende anti-retrovirale (AZT en Nevirepine) middels moet aan leerders gegee word. Die feit dat antiretrovirale middels slegs die proses van VIGS verstadig en nie die toestand genees nie, moet beklemtoon word.
- Wanpersepsie soos dat tradisionele helers MIV/VIGS kan genees, moet geëlimineer word deur duidelik die verloop van die toestand (MIV/VIGS), soos bespreek onder diagnose van MIV/VIGS asook die fases van MIV/VIGS, te verduidelik en met leerders te bespreek. Dit is egter nodig dat die rol wat die tradisionele heler kan speel in die hantering van pasiënte nie onderskat word nie (Evian, 2000:300).
- Statistieke kan gebruik word om die sukses van die gebruik van anti-retrovirale middels te beklemtoon, veral in die vermindering van oordrag van MIV vanaf die moeder na die ongebore baba.

VOORSORGMAATREËLS AS BESKERMING TEEN MIV/VIGS

Die respondente het die volgende wyses genoem as voorsorgmaatreëls teen MIV/VIGS.

Tabel 1: Voorsorgmaatreëls as beskerming teen MIV/VIGS

WYSE	PERSENTASIE
Weerhouding van seksuele omgang	82%
Een betroubare seksuele maat	35%
Gebruik van kondome	95%
Albei maats moet getoets word vir MIV/VIGS	15%
Vermyn die deel van spuite, naalde en skeermeslemme	12%
Versigtig wees in die hantering van bloed	17%
VIGS-medikasie (Anti-retrovirale middels)	1%

Dit is duidelik dat die meeste respondent van mening was dat weerhouding van seksuele aktiwiteite die beste voorsorgmaatreël teen MIV/VIGS is, gevolg deur

kondoomgebruik. Waarde is ook geheg aan een betroubare maat.

Omdat adolessente 'n groep is wat statisties die grootste risiko het om MIV/VIGS op te doen is die enigste verweer teen MIV/VIGS, voorkoming. In die literatuur word die volgende sleutelaspekte as voorsorgmaatreëls genoem:

Vervolgens sal die ABC-reël bespreek word, naamlik (Department of Health, 1998:93, 95):

- **A ('Abstinence')**: Om glad nie seksueel betrokke te raak nie, met ander woorde totale weerhouding is die veiligste metode in die voorkoming van MIV/VIGS.
- **B ('Be faithful')**: Soms is totale weerhouding van seksuele betrokkenheid baie moeilik, maar dan moet daar seker gemaak word dat daar 'n ooreenkoms is by 'n paartjie om betroubaar te wees en slegs een maat te hê. Indien 'n persoon slegs een maat het, is dit belangrik om verseker te wees dat die maat nie betrokke is in 'n seksuele verhouding met 'n ander party nie. 'n Begrip moet bevorder word dat deur op veilige seksuele omgang aan te dring nie gesien moet word as 'n teken van wantroue nie, maar dat dit gaan oor wedersydse omgee.
- **C ('Condoms')**: Indien vertroue en betroubaarheid afwesig is, is die gebruik van kondome altyd 'n goeie opsie. Indien 'n latekskondoom korrek gebruik word, is dit hoogs effektief om beskerming te bied teen MIV/VIGS asook STI's. Dit is egter nodig dat leerders kennis dra aangaande die korrekte gebruik van kondome, dat kondome intakt is voor gebruik en dat dit slegs een keer gebruik sal word (<http://www.avert.org/usecond.htm>). Alle wanpersepsies soos byvoorbeeld dat die gebruik van kondome 'n teken van swaakheid by die man is, dat dit 'n gebrek aan vertroue is, of dat dit met lae morele waardes geassosieer word, moet uitgeskakel word.

Bo en behalwe vir die ABC-reël is daar ook algemene daaglikse maatreëls waarvan leerders moet kennis dra:

- Moet nooit met die blote hand aan enige persoon wat beseer is, se bloed raak nie. So ook moet hulle versigtig wees met alle liggaamsvloeistowwe van ander persone.

- Kennis rakende die deel van naalde tydens dwelmmisbruik verhoog die kanse om met MIV/VIGS geïnfekteer te word (Evian, 2000:16).
- Indien 'n persoon 'n seksueel oordraagbare infeksie opdoen moet hy/sy dadelik gaan vir behandeling en seksuele omgang vermy omdat hy/sy 'n groter kans het om met MIV/VIGS geïnfekteer te word.
- Indien 'n adolessent sou swanger raak, is dit noodsaaklik dat sy dadelik kliniek toe gaan, veral as sy vermoed dat sy met MIV/VIGS geïnfekteer is, ten einde die risiko van oordrag aan die ongebore baba te verlaag.

Aanbevelings

- Die ABC-begrip moet aan leerders verduidelik word.
- Ander voorsorgmaatreëls, soos kondoomgebruik, hantering van persone met beserings met omsigtigheid, vermyding van die deel van skeermeslemme, naalde en spuite moet verduidelik word.

GEVOLGTREKKING

Vanuit bostaande bevindinge is dit duidelik dat ten spyte van hul nuuskierigheid oor die onderwerp MIV/VIGS, adolessente verbonde aan die skool in Gauteng oor redelike goeie kennis beskik rakende wat MIV/VIGS is, die diagnose, behandeling, voorsorgmaatreëls asook wyses waarop MIV/VIGS oorgedra word. Die feit dat adolessente in wese geneig is om te eksperimenteer, moet nie uit die oog verloor word nie. Redenasies soos "Ek kan seks hê sonder 'n kondoom, ek sal nooit MIV/VIGS kry nie!" is algemeen in hierdie lewensfase (Edelman & Mandle, 1998:564). Ander aspekte wat 'n rol speel en die adolessent in 'n hoërisikogroep plaas om MIV/VIGS op te doen, is die volgende:

- Portuurgroepdruk, waar hy/sy konformeer aan wat die groep sê en geneig is om impulsief te wees.
- Veranderinge in norms en waardes van die adolessent sowel as die van die samelewing soos die media en vroeë blootstelling aan seksuele aspekte.
- Wanpersepsie rakende MIV/VIGS.
- Sosiale faktore, soos gebroke huise, promiskuiteit,

prostitusie en dwelmmisbruik (Evian, 2000: 21; <http://www.avert.org/school/aidsyou.html>).

Dit is nodig om hulle reeds bestaande kennis te versterk, wanpersepsies uit te klaar en waar daar leemtes bestaan rakende MIV/VIGS-kennis, dit aan te vul. Daarbenewens is dit nodig om te besef dat slegs die oordrag van kennis nie genoeg is om hulle in staat te stel om hul gedrag te verander nie, daar moet in die toekoms toenemend gefokus word op programme om adolessente te help om hul gedrag te verander. Hierdie programme sal adolessente in staat stel om hulle kennis oor MIV/VIGS te internaliseer, sodat hulle hul eie waardes daarvoor kan uitklaar wat hul in staat sal stel om die regte, ingeligte besluite te neem gegrond op hul kennis.

Ten slotte moet die volgende sleutelpunte rakende MIV/VIGS in kennisprogramme ingesluit en benadruk word:

- Wysies waarop MIV/VIGS oorgedra word.
- Die vernaamste wyse is deur seksuele omgang.
- Enige persoon wat hom/haarself blootstel aan onveilige seksuele gedrag kan MIV/VIGS opdoen.
- Selfs al is jy getrou aan jou maat kan jy steeds MIV/VIGS kry as jou maat ander seksuele maats het.
- Seksueel oordraagbare infeksie verhoog die risiko om MIV/VIGS op te doen.
- MIV/VIGS-infeksie kan aan ongebore babas oorgedra word.
- MIV/VIGS kan vir jare asimptomaties wees.
- Daar is geen geneesmiddel beskikbaar vir MIV/VIGS nie.
- 'n Persoon kan hom-/haarself beskerm teen MIV/VIGS deur:
 - 'n getroue seksuele verhouding te hê;
 - kondome te gebruik;
 - vroeg te gaan vir behandeling as 'n persoon vermoed hy/sy het 'n STI.
- MIV/VIGS is 'n gemeenskapsprobleem. Moedige mense aan om daarvoor te praat en saam oplossings te soek vir die probleem (Department of Health, 1998:94).

Aangesien die studie sleg binne die konteks van een bepaalde skool gedoen is, is hierdie resultate nie veralgemeenbaar nie. Daar word dus aanbeveel dat die studie ook binne ander kontekste gedoen behoort te word.

SLOT

Soos reeds vroeër bespreek – ten einde adolessente te bemagtig, het hulle kennis nodig. Inligting is die bron van kennis. Die oordrag van kennis alleen is nie genoeg om adolessente in staat te stel om hul gedrag te verander nie, daar moet in die toekoms toenemend gefokus word op programme om adolessente te help om hul gedrag te verander.

BIBLIOGRAFIE

- ANON 1998: Ethical standards for Nurse Researchers. **Journal of Scholarship: Image. Denosa**, March 1998:1-7.
- ANON 1999: AIDS Education and young people. Available from: <http://avert.org/aidsyou.htm>.
- ANON 1999: AIDS Education at schools. Available from: <http://avert.org/school.htm>.
- ANON 1999: How people can become infected with HIV. Available from: <http://avert.org/howcant.htm>.
- ANON 2001: Does sex education work? Available from: <http://avert.org/sexedu.htm>.
- ANON 2001: HIV & AIDS: Frequently asked Questions. Available from: <http://www.avert.org/faq1.htm>.
- ANON 2001: The different stages of HIV Infection. Available from: <http://avert.org/hivstages.htm>.
- ANON 2001: Using Condom, condom types and sizes. Available from: <http://avert.org/usecond.htm>.
- ANON 2001: AIDS epidemic update. Available from: http://www.unaids.org/epidemic_update/report. (December 2001).
- BRINK, HI 1996: Fundamentals for research methodology for health care professionals. Cape Town: Juta.
- EDELMAN CL & MANDLE CL 1998: Health Promotion throughout the lifespan. St Louis: CV Mosby.
- EVIAN, C 2000: Primary AIDS Care; third edition. Durban: Fishwicko the Printers.
- DEPARTMENT OF HEALTH n.d.: HIV/AIDS & STD. Strategic plan for South Africa 2000-2005. Pretoria: Government Printers
- DEPARTMENT OF HEALTH 1998: Training Manual for the management of a person with a STI for health care providers. Pretoria: Directorate: HIV/AIDS and STDs.
- HAT (Verklarende Handwoordeboek van die Afrikaanse Taal) 1992: Johannesburg: Perskor Uitgewery.
- KOZIER, B; ERB, G; BLAIS, K & WILKINSON, JM 1998: Professional Nursing Practice, Concepts and Perspectives. Menlo Park: Addison-Wesley.
- MOSBY'S MEDICAL NURSING AND ALLIED HEALTH DICTIONARY 1998: 5th edition. Toronto: Mosby.
- MOSES, S & PLUMMER, FA 1994: Health education, counseling and the underlying causes of the HIV epidemic in sub-Saharan Africa. **AIDS CARE**, 6(2):123-127.
- MOUTON, J & MARAIS, J 1994: Basic concepts in the methodology of the social sciences. Pretoria: Human Sciences Research Council.
- PATTULLO, ALS; MALONZA, M; KIMANI, GG; MUTHEE, A; OTIENO, PAO; ODHIAMBO, K; MOSES, S & PLUMMER, FA 1994: Survey of knowledge, behaviour and attitudes relating to HIV infection and AIDS among Kenyan secondary school students. **AIDS Care**, 16(2):173-181.
- PETRO-NUSTAS, WP 2000: University student's knowledge of AIDS. **International Journal of Nursing Studies**, 37:423-433.
- SOWADSKY, MSPH 1998: HIV Antibody Tests: Now you have several choices. (Nevada AIDS Hotline Coordinator). Available from: www.thebody.com/sowadsky/tests2.html. (Accessed 14 March 2001).
- UYS, HHM & BASSON, AA 1991: Navorsingsmetodologie in die Verpleegkunde. Pretoria: HAUM.
- WEBBER, LM, SWANEVELDER, C; GRABOW, WOK & FOURIE, PB 2000: Evaluation of a Rapid Test for HIV antibodies in Saliva and Blood. **South African Medical Journal**, 90(10):004-007.