



Waardegedrewe gemeenskaps-kommunikasie – die sosiale entstof teen MIV en VIGS?

Paul J. Schutte
Skool vir Kommunikasiestudies
Potchefstroomkampus
Noordwes-Universiteit
POTCHEFSTROOM
E-pos: kompjs@puk.ac.za

Abstract

Value-driven community-based communication – the social vaccine against HIV and AIDS?

Recent statistics show the prevalence of HIV/AIDS in South Africa is still not decreasing, despite numerous intervention programmes and the formation of AIDS councils. In the medium to long term HIV/AIDS prevention could be more successful if there were to be a stronger paradigm shift towards more horizontal communication at the community level as opposed to the current mainly government-driven top-down approach which communicates solutions primarily through the national media. An interpersonal and interactive community approach, based on dialogue, is therefore urgently needed. Above all, this community focus should be based on clear values to ensure sustainability. Faith-based organisations should play a far greater role in AIDS campaigns in which the normative dimension is spelled out explicitly.

Opsomming

Waardegedrewe gemeenskapskommunikasie – die sosiale entstof teen MIV en VIGS?

Volgens resente statistiek neem die voorkoms van MIV/VIGS in Suid-Afrika steeds nie af nie, ten spyte van intervensieprogramme en die totstandkoming van VIGS-rade. Wat die medium- tot langtermyn betref, is daar 'n groter kans op suksesvolle voorkoming van MIV/VIGS as die fokus sterker verskuif na 'n meer horisontale kommunikasiebenadering op gemeenskapsvlak in teenstelling met die hoofsaaklik regeringsgedrewe, eenrigting-van-bo-na-onder-kommunikasie tans waar oplossings oorwegend

deur die nasionale media gekommunikeer word. 'n Dialogiese, interpersoonlike en interaktiewe gemeenskapsfokus is dringend nodig. Bowenal moet hierdie gemeenskapsfokus op duidelike waardes gegrond wees om enigsins volhoubaar te wees. Geloofsgebaseerde organisasies behoort 'n veel groter rol te speel in VIGS-velddogte en die behoud van waardes moet eksplisiet gestel word.

1. Inleiding

Hoekom het VIGS-programme wat met die beste bedoelings geïmplementeer word so weinig sukses en invloed op gedrag? As iemand 'n klinkklare antwoord hierop gehad het, sou daar teen hierdie tyd 'n beduidende afname in die pandemie voorgekom het. Die nie-rasionele aspekte wat seksuele gedrag beïnvloed, is veel meer kompleks as individuele rasonale besluite wat gebaseer is op inligting oor gesondheidsrisiko's en die beskikbaarheid van kondome en mediese dienste.

Die implementering van effektiewe kommunikasie-strategieë vir die voorkoming van VIGS is van kritiese belang, omdat daar op hierdie stadium nie genesing moontlik is nie en die pandemie nie afneem nie – in sekere Afrikalande neem dit steeds toe. Die inligting vanaf die World Health Organisation (WHO, 2004) en UNAIDS toon dat in Suid-Afrika die voorkoms van VIGS volgens die laagste skatting 18,5% en volgens die hoogste skatting 24,9% is, met 'n mediaan van 21,5% vir die volwasse bevolking met MIV/VIGS. Die laagste geskatte syfer vir VIGS-verwante sterftes in 2003 is 270 000 en die hoogste skatting is 520 000. Die aantal kinders onder sewentien jaar wat een of albei ouers teen die einde van 2003 verloor het, is tot soveel as 1,5 miljoen. In die Noordwes-provinsie het die voorkoms by vroue tussen 20 en 24 jaar wat voorgeboortelike klinieke besoek, toegeneem vanaf minder as 1% in 1990 tot 'n mediaan van 26% in 2002. Die voorkoms onder sekswerkers in KwaZulu-Natal het vermeerder vanaf 50% in 1996/1997 tot 61% in 1998. In 2000 was 50% en in die laat negentigerjare 70% van getoetste sekswerkers rondom die myne by Carletonville en Khutsong MIV-positief (WHO, 2004). Die jongste beraming van die Departement van Gesondheid toon dat tussen 6,29 en 6,57 miljoen Suid-Afrikaners teen die einde van 2004 MIV-positief was (Department of Health, 2005). Hierdie is slegs enkele syfers om 'n idee te gee van die toedrag van sake.

Vir 'n probleem van so 'n groot omvang is daar geen eenvoudige oplossing nie. Globaal gesproke moet VIGS deurentyd op elk van die volgende drie tydskaalbevege word:

- Op die korttermyn moet seksueel oordraagbare siektes behandel word, antiretrovirale medikasie (ARM) vir VIGS-lyers beskikbaar wees en kondome versprei word om doelbewus te probeer keer dat seksueel-aktiewe persone met MIV of VIGS dit nie verder versprei nie.
- Op die mediumtermyn behoort opvoeding plaas te vind, waar multisektorale vennootskappe ingespan word om effektiewe voorkoming van VIGS-besmetting en versorging van VIGS-pasiënte te bewerkstellig.
- Op die langtermyn moet makrososiale en politieke probleme voortdurend aandag kry om werkskepping te inisieer, vroue te bemagtig om hulle weerloosheid te verminder en gepoog word om veral armoede te bekamp.

Die benadering wat hier bepleit word het veral op die medium- tot langtermyn betrekking. Wat die mediumtermyn betref is daar 'n groter kans op die suksesvolle voorkoming van MIV/VIGS wanneer die fokus sterker verskuif na 'n meer horisontale kommunikasie-benadering op gemeenskapsvlak as wat tans die geval is. Tans is daar hoofsaaklik regeringsgedrewe, eenrigtingkommunikasie – kommunikasie van-bo-na-onder, waar oplossings oorwegend deur die nasionale media gekommunikeer word. Daar moet dus van 'n tegnosentriese fokus beweeg word na 'n dialogiese, interpersoonlike en interaktiewe gemeenskapsfokus. Hierdie fokus moet op duidelike waardes gegrond wees om volhoubaar te wees. Met die konsep *gemeenskap* word onder andere ook die burgerlike samelewing verstaan – daardie deel van die samelewing wat die “ruimte” tussen die individu en die staat vul (Barnett & Whiteside, 1999:225). *Gemeenskap* kan dus enige groepering van mense insluit, soos onder andere vrywillige organisasies, nie-regeringsorganisasies, kerke, ouer-onderwyserverenigings en/of verskillende wyke binne 'n woonbuurt.

Hierdie uitgangspunt sal vervolgens gemotiveer en beredeneer word. Daar word op die Suid- Afrikaanse konteks gefokus met spesifieke verwysing na die Noordwes-provinsie. Leemtes word aangestip ten opsigte van die regering se hantering van die pandemie en enkele teoretiese uitgangspunte word aangetoon. Die uiters belangrike rol van waardes sal bespreek word. Die religieuse raamwerk van die skrywer van hierdie artikel is Christelik en dus word Christelik-morele waardes uiteraard bepleit. In 'n land met godsdienstvryheid word die rol wat die waardes van verskillende godsdienste in die bekamping van MIV/VIGS kan speel, egter ook erken en aangedui. Verder word die beduidende afname van VIGS

in Uganda bespreek (Low-Beer & Stoneburner, 2003:11). In Uganda het waardegedrewe gemeenskapskommunikasie inderdaad plaasgevind.

2. Politieke konteks

Die tragiek van die epidemie in Suid-Afrika is dat dit so verpolitiseerd is. Besluite wat eintlik gegrond moes wees op wetenskaplike kennis, waar gesonde waardes, die mens se welsyn en die belang van Suid-Afrika voorop gestel word, het dikwels verval in 'n gestryery oor wie wát gesê het na ondeurdagte uitsprake van politici. Hierdie tendens het ongelukkig al tekenend van die hele VIGS-kwessie geword (vgl. Benatar, 2004; Campbell, 2003; De Waal, 2003; Willan, 2004). As gevolg hiervan en ook van talle ander redes, word die regering se motiewe deur onder andere medici, wetenskaplikes en veral die *Treatment Action Campaign* (TAC) bevraagteken. Dit skyn asof die belange van die geïnfekteerdes en geïmpakteerdes nie voorop gestel word nie, maar daar word gefokus op politieke oorwegings. Die indruk bestaan dat die regering nie proaktief optree nie, maar reaktief. Die besluit om ARM wel te versprei, na lang debatte en kontroversie, was byvoorbeeld nie die gevolg van 'n veranderde politieke wil nie, maar van interne en internasionale druk, soos onder andere deur die TAC. Die implementering van die besluit sukkel egter steeds om van die grond af te kom.

Hierdie beeld van die regeringshouding jeens die pandemie word verder verswak deur die verwarring wat die president geskep het deur die kousale verband tussen die MIV-virus en VIGS te bevraagteken. Dieselfde geld ook vir sy uitspraak tydens 'n onderhoud, wat vermeld is in *The Washington Post*, September 2003: "Personally I don't know anyone who has died of Aids. I really honestly don't" (Willan, 2004:114). Die geloofwaardigheid van die regering wat die leiding in dié verband moes neem, is groot skade berokken. Dié verwarring het onder andere geblyk in die ontleding van 228 opstelle van Tswanasprekende studente in Potchefstroom, Mafikeng en Kimberley, wat oor VIGS gehandel het. Hoewel dit nie 'n verteenwoordigende groep was nie, is dit beduidend dat 74% van die studente van mening was dat VIGS deur armoede veroorsaak word (Schutte, 2003:31).

Waarskynlik is die enkele grootste uitdaging wat veral Suid-Afrika in die gesig staar, die VIGS-pandemie. Daar word saam met Samantha Willen (2004:116-117) gestem dat tensy daar drastiese verandering kom, dit een van die terreine is waar die Suid-

Afrikaanse regering sy mense gefaal het. Daar bestaan 'n sterk moontlikheid dat die regering voortaan so op versorging en teenmiddels gaan konsentreer dat voorkoming agterweë gaan bly (vgl. Campbell, 2003:158; Airhihenbuwa, Makinwa & Obregon, 2000:103; Benetar, 2004:86-89).

'n Verdere probleem van die regeringsbeleid is dat daar nie genoeg beleidsrealisering en implementering op grondvlak plaasvind nie (Benetar, 2004). Al die leiers is ook nie daartoe verbind om dit tot uitvoering te bring nie. Selfs in tegniese baie goed beplande projekte is die ooptimistiese papierbeplanning en die passing daarvan met die harde realiteite van die plaaslike omstandighede nie te rym nie. Die regeringsbeleid het nie rekening gehou met die ekonomiese eise en die menslike hulpbronne wat benodig word en opgelei moet word nie (Benetar, 2004). Voorkomingsprogramme vind op 'n ad hoc-basis plaas met weinig monitering van die sukses daarvan. Edwin Cameron (2003) stel daar is steeds 'n dualisme tussen wat die regering sê en wat hulle doen. Alhoewel die belofte gemaak is van 'n omvattende regeringsreaksie, het dit verwater in 'n beleid wat onrealisties is en in baie gevalle nie bestaan nie of met die minimale implementering daarvan (Benetar, 2004; Willan, 2004:112).

Die implementering van beleid is veronderstel om afgewentel te word na provinsiale en plaaslike vlak (Department of Health, 2000). In die Noordwes-provinsie is daar byvoorbeeld tans een provinsiale VIGS-raad, vier distriksrade en twee-en-twintig plaaslike VIGS-rade of sogenaamde *AIDS Councils*. Die *AIDS Councils* het nie ten doel om self programme te implementeer nie, maar bloot om ad hoc-VIGS-programme in die provinsie te koördineer en te monitor. Hulle moet as 't ware waghond speel oor verskillende rolspelers se programme (North-West, 2001). Hierdie projek is in 2000 van stapel gestuur en die rade sukkel steeds om te funksioneer en die programme effektief te koördineer. Van die nasionale VIGS-beleid, wat veronderstel was om via provinsiale VIGS-rade en die Departement van Gesondheid na die plaaslike vlak deur te werk, het daar ten opsigte van kennis van die beleid en die toepassing daarvan op plaaslike vlak baie min tot sy reg gekom (Boessenkool, Schutte & Weck, 2004).

Noordwes se VIGS-rade het met baie goeie bedoelings gepoog om hulle strukture al meer te formaliseer en uit te brei, met beleidsdokumente oor dissiplinêre kodes en prosedure en 'n dertig-bladsye-beleidsdokument oor finansiële sake en prosedures. Daar is, ironies genoeg, geen beleid oor die mobilisering en inisiëring van gemeenskapsbetrokkenheid nie of hoe gemotiveerde koördinering

beleidmatig daar behoort uit te sien nie. Nuwe topstrukture word geskep, terwyl die jongste navorsing juis daarop dui dat minder reëls en rigiede hiërargiese organisasiestrukture die kwaliteit van programimplementering verbeter en die effektiwiteit verhoog (Kiwanuka-Yondo & Snyder, 2002:72). Meer laterale of horisontale openbare *skakeling* wat gemeenskapsgedrewe is, sonder onnodige rigiede reëls en regulasies, is dringend nodig.

Die onsuksesvolle VIGS-beleid oor die afgelope tien jaar en die aanvanklike fokus op oneffektiewe behandeling – omdat die kousale verband met die virus ontken is – het bygedra tot die ontkenning van die pandemie, sowel as 'n voortsetting van die stigmatisering daarvan (Benatar, 2004:86).

Op grond van die bogenoemde redes word aangevoer dat die kommunikasie oor VIGS veeleer gemeenskapsgedrewe as regeringsgedrewe moet wees. Die politici en politieke beleid het wel altyd 'n rol om te speel, maar as die hantering van die VIGS-pandemie hoofsaaklik van die staat afhanklik gaan wees, en die breë gemeenskap nie verantwoordelikheid gaan neem en 'n veel groter rol speel nie, gaan die situasie steeds vererger.

Vervolgens word enkele teoretiese uitgangspunte rondom die kommunikasie oor VIGS bespreek.

3. Teoretiese konteks

In die lig van bogenoemde leemtes en ook as gevolg van die geweldige stigma wat steeds aan VIGS en VIGS-lyers kleef, asook die VIGS-voosheid wat tans heers, moet kommunikasie oor VIGS eerder binne die groter konteks van gesondheidskommunikasie gekonseptualiseer word – die sogenaamde openbare gesondheidsparadigma (Airhihenbuwa, Makinwa & Obregon, 2000:5). Binne hierdie paradigma is die doel die voorkoming van 'n siekte en die bevordering van positiewe gesondheid, eerder as bloot net die behandeling van siek mense. Die teikengroep is die gemeenskap en nie noodwendig individue nie. VIGS moet behandel word met inagneming van kontekstuele, sosiale en ontwikkelingsprobleme van die bepaalde gemeenskap, soos toewysing en verspreiding van bronne, toeganklikheid van klinieke en gesondheidsorg, asook armoede en werkloosheid. Kommunikasie oor VIGS behoort dus oorkoepelend ook binne die konteks van ontwikkelingskommunikasie gekonseptualiseer te word.

In ontwikkelingskommunikasie was die aanvanklike *moderniseringsbenadering* in wese 'n bo-na-onder-benadering, waarin veral die massamedia die hoofverspreider van inligting was. Deur inligtingsverspreiding moes die samelewing opgehef word tot op die vlak van die sogenaamde ontwikkelde wêreld (Servaes, 2001:27-31). Hierteenoor het die *deelnemende benadering* voortgevloei uit die *veelvuldige-en-basiese-behoefte-ontwikkelingsbenadering*, wat die tekortkominge van die *moderniseringsbenadering* probeer oorkom het. Dit is 'n interaksionele benadering, vanaf *monologiese* na *dialogiese* kommunikasie, waar wedersydse beraadslagings op alle vlakke behoort te geskied, sodat gemeenskappe kan deelneem aan besluitneming. Die klem is op die proses en op die uitruiling, eerder as op die blote verspreiding van inligting (Servaes, 2001:19). Dit gaan oor die verbetering van mense se algemene welstand en die kwaliteit van hulle lewe (Moemeka, 1994:9-1). Toegang tot inligting en bronne, deelname en selfbestuur is wel belangrik, maar die moderniseringsbenadering het getoon dat inligting alleen nie volhoubaar is om verandering te bewerkstellig nie. Ek is dit veral eens met Moemeka (2000:13) om nie net verandering van lewenskwaliteit te beoog nie, maar ook dat sekere *waardes* in die samelewing ontwikkel, gevestig en gehandhaaf word.

Die kommunikasiestrategie binne die deelnemende benadering behoort gelyke interaktiewe deelname of *tweerigting-simmetriese gemeenskapskommunikasie* te wees, om Grunig en Grunig (1991:286-274) se terminologie te gebruik. Vereenvoudig kom *simmetriese kommunikasie* daarop neer dat kommunikasie na alle partye heen en weer gebruik word en dat alle partye daarby sal baat as die "spel" reg gespeel word. Die rigting, naamlik dialogiese kommunikasie, en die doel hiervan is belangrik. Wedersydse begrip, bespreking en die uitruil van idees is die primêre fokus eerder as blote oorreding. Die gemeenskap moet deur hulle interaktiewe deelname tot eie insigte kom om 'n gesonde lewenstyl aan te kweek, wat uit standhoudende waardes spruit. Mediadiversiteit word beklemtoon en veral interpersoonlike kommunikasie speel ook 'n rol. Die gevolglike gemeenskapsveranderinge kan risikogedrag verminder en die algemene gesondheid van die gemeenskap verbeter. Indien hierdie kommunikasie effektief toegepas word, kan die gemeenskap bemagtig word om eienaarskap en kontrole oor hulle eie bestemmings te neem.

'n Verdere motivering vir die voorstaan van hierdie benadering is ook daarin geleë dat die meeste kulture in Afrika oorwegend kollektiwistiese kulture is (Van der Walt, 1997:18-39). Daar word algemeen aanvaar dat teoretiese raamwerke rekening moet hou met

mense waar die lokus van besluitneming merendeels familie-, groep- of gemeenskapsgeoriënteerd is. Hoewel die individu steeds 'n belangrike deel van die kulturele konteks bly, is die familie, portuurgroep of gemeenskap meer sentraal in die konstruksie van gesondheid.

Aanvanklik het VIGS-programme van bekende psigososiale teorieë gebruik gemaak, waaronder die "Health belief model", die "Theory of reasoned action", die "Social cognitive theory", die "Stages of change model" en die "Social Marketing"-teorie. Die meeste van dié teorieë berus daarop dat individuele kognitiewe prosesse plaasvind wat tot rasonale besluite sal lei en dan veranderde gedrag tot gevolg sal hê. Die teorieë berus op verskillende variasies van die liniêre proses, wat neerkom op bewusmaking gevolg deur veranderde houding, om hopelik gedragsverandering tot gevolg te hê. Dat die toepassing hiervan beperkte sukses behaal het in lande waar VIGS die meeste voorkom, is duidelik bewys. (Vir 'n volledige bespreking van dié teorieë kyk Airhihenbuwa & Obregon, 2000; Airhihenbuwa, Makinwa & Obregon, 2000; King, 1999; Witte *et al*, 1998.)

Die meeste kognitiewe teorieë gaan uit van die aanname dat twee mense aanvanklik daarvoor moet onderhandel wanneer 'n verhouding seksueel aktief raak. Die algemene kulturele gebruik by die meeste kollektiwistiese kulture is egter dat hulle ongemaklik is om daarvoor te praat of hulle seksuele verlede te bespreek. Hulle sal eers doen voordat hulle daarvoor sal praat of tot seksuele kennis kom. Die realiteit van gedrag eerste en besinning daarna, maak baie liniêre kognitiewe raamwerke, waar kennis tot veranderde houding en gedrag moet lei, irrelevant (King, 1999:10). Verandering in gedrag word nie alleen bepaal deur rasonale besluite wat op akkurate inligting berus nie, maar ook veral op die wete dat die groter gemeenskap en sosiale konteks die veranderde gedrag ondersteun en as 't ware die individu in staat stel om dit te doen (Gillies, 1998; Campbell & Williams, 2001:137). Die ideaal is dat hierdie gesprekke sodanig deel moet wees van die gesprek oor verhoudings binne die gemeenskap se alledaagse kommunikasie, dat seksuele kwessies nie meer ongemaklik is wanneer dit vanaf die groepsvlak na die individuele vlak verskuif nie. Portuurgroep-opvoeding is dus juis baie belangrik, sodat die individuele gedrag versterk kan word deur die wete dat die meeste van die gemeenskapslede sodanig optree.

Opsommend kan die volgende gestel word: Die betekenisvolle deelnemende betrokkenheid, bemagtiging en ontwikkeling van die

gemeenskap is baie belangrik. Gemeenskapsteorieë of -modelle beskou menslike gedrag nie net as 'n funksie van die individu nie, maar ook dat gedrag veral afhanklik is van die onmiddellike sosiale verhoudings binne die breë gemeenskap met al sy strukture. Die kans op sukses is dus groter as die gemeenskap werklik aktief deelneem aan hierdie multidimensionele proses en wanneer dit die ruggraat van die kommunikasie oor VIGS vorm (vgl. White, 1999). In plaas van 'n ongebalanseerde, monologiese, eenrigting-kommunikasie vanaf die staat of ander institusionele instellings, wat slegs fokus op inligtingverskaffing en die voorkoming van VIGS, moet kommunikasie veeleer dialogies en binne 'n breër gesondheids- en ontwikkelingskonteks geskied (vgl. Airhihenbuwa, Makinwa & Obregon, 2000; Butcher, 2003:5). Sowel die geïnfekteerdes en geïnfekteerdes moet by die proses betrek word sodat insig in die aard en beleving van die probleme verkry word. Die gemeenskap moet dus inkoop in die proses, selfgemotiveerd wees en saamstem oor die redes vir gedragsverandering. Hulle moet nie die gevoel kry dat dit van bo-af op hulle geforseer word nie. Die gemeenskap moet as 't ware sowel die sender as die ontvanger van die boodskap wees.

4. Implikasies op gemeenskapsvlak

Die implikasie is dat kommunikasienetwerke in 'n bepaalde gemeenskap geken en gebruik moet word. Netwerke het teoreties 'n beduidende invloed op gedragsverandering (Low-Beer & Stoneburner, 2003). Tradisioneel was die gesondheidsdeskundige of die gemeenskapsleier die enkele fasiliteerder of bron van inligting. Die gesondheidsbevordering moet egter verskuif na die gemeenskap of die groep self.

Bogenoemde benadering word bepleit met die volle wete dat dit geen maklike taak is nie. Talle gevallestudies het getoon hoe moeilik dit is om die teksboekideale van 'n deelnemende benadering in die werklike lewe toe te pas. Tog is dit moontlik. Veral die *Summertown-projek*, waar daar 'n wisselende mate van sukses was, is hiervan 'n voorbeeld. Die *Summertown-projek* was 'n gemeenskapsgeleide, multisektorale intervensieprojek, wat gerig was op die voorkoming van VIGS. Dit het geskied in 'n myngemeenskap naby Johannesburg en het oor sewe jaar gestrek (Campbell & Williams, 2001).

Die gevaar bestaan tans dat sekere gemeenskappe die VIGS-probleem konseptualiseer as 'n biomediese of gedragsprobleem wat ver, iewers in 'n ander township of ander kultuur, bestaan – gemeenskappe bly daarom onbetrokke. In die *Summertown-projek*

het 70% van die jongmense gesê, ten spyte van hoë vlakke van infektering, dat daar geen kans is dat hulle VIGS kan kry nie, of dat hulle nie geweet het dat hulle persoonlik weerloos is teen die virus nie (Campbell & Williams, 2001:124).

Kommunikasie oor VIGS moet gefokus wees op kwesbare groepe. Om egter volhoubaar te wees, betrokkenheid en deelneming te verkry, moet die projek die ondersteuning van die breë gemeenskap en alle groepe geniet – ook dié wat MIV-negatief is. Die gemeenskap moet kan steun op die beskikbaarheid van die nuutste inligting, verskaffing van dienste en infrastruktuur asook die politieke wil en samewerking.

Dit is veral hier waar die reeds bestaande VIGS-rade eerder 'n rol kan speel deur wedersydse skakeling te doen en netwerke te inisieer om moontlike gapings te vul. Daar is naamlik die gapings tussen verskillende groeperinge binne 'n gemeenskap, tussen die gemeenskap en die regering, tussen die gemeenskap en korporatiewe organisasies, tussen navorsers en die implementeerders op grondvlak, asook tussen die gemeenskap en die befondsers van programme. Hierin bestaan 'n beduidende leemte ten opsigte van die konseptualisering van die koördineringsfunksie van die VIGS-rade. Die gemeenskap moet nie oorheers of voorgesê word nie, maar die VIGS-rade moet as 't ware die rol van 'n openbare skakelpraktisyn vervul om die passiewe gemeenskap aktief te betrek. Volgens Grunig en Grunig (1991:267) sou dit daarop neerkom dat die gemeenskappe VIGS as 'n probleem moet erken, moet glo dat hulle persoonlik daarby betrokke is en glo dat hulle bemagtig en in staat kan wees om iets daaraan te doen. Die verhouding en skakeling met die gemeenskap moet sodanig wees dat die VIGS-rade weet waar is ondersteuning en netwerkvorming nodig en waar om moontlike struikelblokke uit die weg te ruim om die gemeenskapskommunikasie te ondersteun.

Dit is 'n uitdaging om 'n effektiewe metode te ontwikkel om 'n diverse gemeenskap hulle behoeftes te laat artikuleer en om konsensus te bereik oor wat gedoen behoort te word. Hoewel daar talle metodes bestaan, is een metode wat reeds met sukses toegepas is gemeenskapsgeleide portuurgroepopleiding. In hierdie portuurgroep verander die teikengroep hulle gedrag geredelik na die voorbeeld van gerespekteerde persone binne die portuurgroep met wie hulle identifiseer (vgl. King, 1999:29; Campbell, 2003:83-100; Kempe, 2003; Wolf & Pulerwitz, 2003).

'n Tweede interaktiewe metode is gemeenskapsteater, waar vermaaklikheid en opvoeding gekombineer word – die sogenaamde “edutainment”. Rolspel en direkte interaksie met die gemeenskap maak dit 'n goeie deelnemende metode waar massakommunikasie en interpersoonlike kommunikasie met mekaar versoen word (vgl. Glik *et al.*, 2002; Panford *et al.*, 2001; Gallavotti *et al.*, 2001). Watter metodes ook al gebruik word – die metode moet help om die gemeenskap betrokke te maak en volhoubare vennootskappe te bou en te behou. Die vennootskappe ter sprake is dié tussen die gemeenskap en die plaaslike owerheid, gesondheidswerkers en ander belangegroepe.

Daar is nie slegs 'n enkele standaardmodel vir effektiewe, dialogiese, interaktiewe gesondheidskommunikasie nie. Gesondheidskommunikasie moet geskoei wees op aanvaarbare riglyne vir effektiewe, interpersoonlike kommunikasie wat direk voortvloei uit die bepaalde behoeftes van 'n spesifieke gemeenskap. 'n Verhouding moet opgebou word tussen die gemeenskap en gesondheidswerkers en ander deskundiges en/of belangegroepe op verskillende vlakke. Hierdie siening plaas onmiddellik verskillende kulture en interkulturele kommunikasie in die fokus.

Die rol van kultuur en kultuursensitiwiteit binne ontwikkelingskommunikasie en veral VIGS-veldtogte is uiters belangrik en veel kan daarvoor gesê word. Hier word slegs met enkele opmerkings volstaan. Volgens Servaes (2001:19-20) moet daar kultuursensitief gekommunikeer word. 'n Diepgaande studie van die leefwêreld en al die kulturele fasette van die teikengroep is nodig om die bepaalde groep se kulturele konteks te verstaan (Wilson & Miller, 2003:189). Kulturele kompetensie is nodig, en behels onder andere die volgende: kulturele begrip en vertrouwe, kulturele respek en wederkerige verhoudings.

Kennis van en erkenning van die betrokke kultuur moet 'n sentrale deel vorm van die probleemidentifisering, beplanning, implementering en evaluering van enige gesondheidsprogram (Airhihebuwa & Obrigon, 2000). Dit is dus gewens om waar nodig juis lede van die gemeenskap te gebruik, soos plaaslike gesondheidswerkers wat die kultuur en die gemeenskap goed ken. Die beginsels van kulturele homofilie en kennisheterofilie, kom hier tereg – dit kan verandering fasiliteer (Dodd, 1998:209-224). Kultuurpraktyke wat dus 'n risiko vir gesondheid inhou en persone weerloos maak, moet met die nodige begrip en respek ondersoek en verander word. Daar moet enersyds daarteen gewaak word om sekere kulturele gebruike slegs as struikelblokke te sien. Dan word sodanige kultuur in hierdie konteks

gereduseer en gestereotipeer as slegs negatiewe individuele gesondheidspraktyke. Andersyds moet kulturele gebruike nie so verheerlik word dat alles binne 'n bepaalde kultuur as onaantasbaar beskou en so aanvaar moet word nie. Positiewe kulturele waardes moet versterk en bevestig word, maar dit wat negatief is moet herken en erken word. Die negatiewe moet gekontekstualiseer word, sodat die nadelige “koste” of risiko's wat die voortsetting van die gedrag inhou, deeglik begryp en in berekening gebring word, asook wat die voordele van verandering sal wees.

Sodanige verandering kan wel gedoen word, veral as die verandering vanuit 'n bepaalde kultuur self voortkom. Dit kan met 'n voorbeeld geïllustreer word: Kabanda Syamalewwe het tydens een van die sessies op die Internasionale VIGS-konferensie in Lusaka in 1999 vertel hoe sy ma met hom geraas het omdat hy aan sy eie vrou getrou bly: “Is jy nie sterk genoeg nie? Wat het ek verkeerd gedoen?” (Esu-Williams, 2000:125). Hy het téén sy eie ma se kulturele oortuigings in dit gedoen wat van groter waarde was vir sy verhouding en sy gesondheid. Verandering is dus moontlik. Esu-Williams (2000:126), 'n Senegalese vrou, pleit dat positiewe gedrag wat by 'n enkeling in die gemeenskap kan begin, deur die gemeenskap en deur relevante beleid ondersteun en versterk moet word – dit kan die waardegedrewe norm word vir getroude mans binne die gemeenskap.

Soms kan kommunikasie binne dieselfde groep of intrakulturele kommunikasie egter blind wees vir die gemeenskap se eie leemtes en gebrek aan waardes en wil nie graag eie risikogedrag erken of selfs verander nie (vgl. Whyte, 1995:12). Die uitsluitlike gebruik van intrakulturele kommunikasie kan teenproduktief wees ten opsigte van verandering van risikogedrag en die voorkoming van VIGS. Dit is dus nodig om sowel intra- as interkultureel te kommunikeer om nuwe perspektiewe te verkry. Ter wille van gemeenskapsontwikkeling en vermindering van gesondheidsrisiko's moet daar 'n simmetriese wisselwerking en uitruiling van inligting wees, sodat die resulterende hibriede kultuur of gemeenskap vorendag kan kom met moontlikhede vir die verbetering van lewensomstandighede. Hierdie vorm van kommunikasie bewerkstellig makliker eienaarskap en die vestiging van gesonde waardes.

5. Waardes

Die konsep *waardes* is moeilik om te definieer. Hier word volstaan met enkele omskrywings. Elke menslike handeling word deur die een of ander beginsel-, norm- of waarderaamwerk gerig en bepaal

(Van der Walt, 2003:126). So 'n raamwerk is gewoonlik diep-gesetelde oortuigings oor dit wat reg en verkeerd is in 'n mens se lewe. Hierin speel veral opvoeding en godsdienstige oortuigings 'n groot rol. Waardes verskaf as 't ware 'n standaard of maatstaf waarvolgens mense se optredes beoordeel word en dit het gewoonlik 'n langtermyninvloed op iemand se besluite (Chernoff & Davison, 1999). Kortom, *waardes* is daardie fenomeen wat sentraal die kern van 'n mens is en as 't ware jou identiteit bepaal (Beamer & Varner, 2001:4-7).

Een van die redes vir die mislukking van die VIGS-veldtogte is hoogs waarskynlik die afwesigheid van die normatiewe, want gesonde waardes word nie duidelik en eksplisiet gestel nie. Hoewel die gebruik van kondome tegnies help om die virus nie na 'n gesonde persoon oor te dra nie en ARM lewenskwaliteit verbeter, verander dit niks aan die mens se rentmeesterskap of sy/haar innerlike of geestelike gesondheid nie. Die pandemie is nie net primêr 'n gesondheidsprobleem nie, maar dui op 'n moontlike gebrek aan gesonde waardes. VIGS moet dus nie slegs beveg word omdat dit die ekonomie in duie kan laat stort (vgl. De Waal, 2003), of om bloot te keer dat mense so gou doodgaan nie.

In hierdie artikel word uitgegaan van die aanname dat die persoon wat byvoorbeeld liefde en respek vir sy/haar medemens as 'n belangrike waarde ag, nie 'n maat sal forseer om seksuele omgang te hê nie. Dit is nie te sê dat mense met goeie waardes, en selfs Christelike waardes, nooit sal faal nie of dat waardes altyd en onder alle omstandighede gedrag sal bepaal nie. Selfs Paulus het uitgeroep: “Die goeie wat ek wil doen, doen ek nie, maar die kwade wat ek nie wil doen nie, dit doen ek” (Rom. 7:19). Ten spyte van die gebroke werklikheid is ek van mening dat die vestiging en behoud van gesonde waardes een van die magtigste instrumente kan wees teen die bekamping van VIGS. Volgens Tiendrebeogo, Buykx en Van Beelen (2004:2) het baie religieuse leiers aanvanklik VIGS bloot gesien as God se straf vir sondaars. Hulle het die onderwerp probeer vermy en dit het tot die ontkenning van die probleem en onbetrokkenheid gelei. Van der Walt (2004) meen dat 'n mens nie regtig weet of dit God se oordeel is of nie, en dat dit ook nie saak maak nie. Daar moet egter 'n oproep tot skuldbelydenis en gehoorsaamheid aan sy geboorte wees ten opsigte van kuisheid en huwelikstrou. In sekere lande het geloofsgebaseerde organisasies van verskeie godsdienste juis 'n geleentheid gesien om dit waarvoor hulle staan, aan ander uit te dra. Enkele voorbeelde word voor-gehou.

In Malawi waar 80% van die bevolking Christene is, het World Vision Malawi (WVM), 'n Christenorganisasie, kerke gemobiliseer om aktief betrokke te raak. Hulle het 'n groot rol gespeel in die voorkoming van VIGS deur onthouding en wedersydse getrouheid aan huweliksmaats as waardes te vestig. Daar is ook tekens dat die voorkoms van VIGS afneem. In Lilongwe het die voorkoms van VIGS by meisies tussen 15 en 24 jaar van 26% in 1996 tot 16% tans, afgeneem. Hoewel daar nie gesê kan word dat die kerke alleen alles teweeggebring het nie, kan aanvaar word dat die waardes waarop 'n appèl gemaak is, 'n rol hierin gespeel het. Die gemiddelde voorkoms van VIGS in Malawi is tans 14,4% (vgl. Kapyepye & Greyling, 2004).

In Kambodja, waar 95% van die bevolking Boeddhiste is, speel Boeddhistiese instellings 'n reuse rol in die stryd teen VIGS. Die Ministerie van Kultuur en Godsdienste het in 2000 'n formele beleid aanvaar waarin die Boeddhiste en ander geloofsgebaseerde organisasies se deelname aktief bevorder word as gevolg van die positiewe bydraes en die erkenning van hulle godsdienstige waardes wat help om VIGS te beveg. Die voorkoms van VIGS onder mense tussen 15 en 49 jaar is slegs 2,7% (Ward & Chanthon, 2004).

Op institusionele vlak het godsdienstige organisasies, hoofsaaklik Christelike kerke, in sekere Afrikalande 'n VIGS-inligtingsdiens verskaf deur verskillende dienste te lewer en versorging te verskaf (Tiendrebeogo, Buykx & Van Beelen, 2004:2). In Suid-Afrika is soortgelyke organisasies ook betrokke by MIV-/VIGS-voorkoming. Die programme wissel van prediking oor onthouding, getrouheid aan mekaar binne die huwelik en enkele programme wat die gebruik van kondome promoveer (Yoliswa & Judge, 2004). Daar is ook 'n fokus op die versorging van sterwendes en weeskinders. Hierdie programme is egter nog te sporadies en ad hoc om op groot skaal oor die breë spektrum waardes te kan vestig. Die *Faith Organisations in HIV/AIDS Partnership* (FOHAP) is egter tans aktief in drie van die nege provinsies, naamlik Limpopo, die Wes-Kaap en Gauteng (Notshe & Judge, 2004). Hier lê 'n groot braakland vir betrokkenheid, hetsy as 'n enkele organisasie of in samewerking met ander geloofsgebaseerde organisasies.

Die fundamentele waardes, of die gebrek daaraan, kan uiteraard in verskillende sekondêre waardes manifesteer. In 'n studie in die VSA onder laat-adolessente is bevind dat hoërisikorespondente se prioriteite ten opsigte van sekere waardes verskil het van dié van laerisiko-respondente. Hoërisikorespondente het 'n *opwindende*

lewe en *stimulering* hoog gewaardeer, maar lae prioriteit getoon ten opsigte van *selfdiscipline, selfbeheersing, behulpsaamheid, eerlikheid, liefdevolheid, gelykheid* en 'n *vredevolle wêreld*. Dit was duidelik dat egoïstiese behoeftes en motiewe voorrang geniet het bo die omgee en verantwoordelikheid teenoor ander. Die Bybelse norm van kuisheid en liefde tot die naaste het hier ontbreek of 'n geringe rol gespeel. Daar kan dus aanvaar word dat die afwesigheid van sekere waardes tot hoër risikogedrag lei.

'n Onlangse studie onder universiteitstudente in Bloemfontein het getoon dat daar nie 'n statisties beduidende verskil is tussen die morele waardes van swart en wit studente nie. Daar is wel 'n beduidende verskil tussen die morele waardes van mans en vroue (Le Roux, 2003:159-160). Vroue se waardes was hoër of sterker as dié van mans. In die vermelde studie onder Tswanasprekende studente het 26% gemeen armoede is nie die oorsaak van VIGS nie, maar wel die gebrek aan sekere waardes (Schutte, 2003:31-40):

- The moral norm demanding sexual abstinence is lost.
- To say AIDS is related to poverty is a big mistake. AIDS are not caused by poverty but by men who failed to control their sexual behaviour. Men should learn to have control and respect women.
- The world is slowly but surely coming to an end, our morals and values are not what they used to be.

Ouerlike liefde en sosiale ondersteuning, dit wil sê die waarde van hegte familiebande, kan ook help om risikogedrag te verminder. In die *Summertown-projek* is aangetoon dat daar 'n duidelike verband is tussen die vlak van sosiale ondersteuning en onthouding. Diegene wat nie betrokke was by seks nie, was meestal dié wat aan kerke behoort het en sterk familiebande gehad het. Die jeug uit Lesotho het byvoorbeeld gesê dat die liefde van hulle ouers hulle van seks weerhou het (Campbell, 2003:126).

Die meeste waardes kan herlei word na religieuse of godsdienstige oortuigings wat die basis vorm vir menslike optrede. Dit is veelbetekenend dat veral in lande soos Senegal, Uganda en Thailand, waar VIGS beduidend afgeneem het, die leiers van verskillende godsdiensgroeperinge vroeg reeds in die beplanning en implementering van programme betrek is (Tiendrebeogo, Buykx & Van Beelen, 2004; Nantulya, Stoneburner & Stover, 2002). Daar skyn dus 'n positiewe verband te wees tussen godsdienstige

oortuigings en laerisikogedrag, soos onthouding en getrouheid aan een maat.

Hoewel verskeie godsdienste in Suid Afrika voorkom, staan Suid-Afrika oorwegend as 'n Christelike land bekend (Le Roux, 2003:146). Christelike kerke behoort dus die voortou te neem met vermanings om kuis te lewe, asook om Christelike liefde te betoon. Oppervlakkige morele lessies sal nie voldoende wees nie. Die sonde moet uitgewys word, maar sondaars moet nie verwerp word nie. Sondaars moet vermaan en ondersteun word om die beeld van Christus op aarde te vertoon.

In die lig van bogenoemde uitgangspunte kan gekyk word wat die geval in Uganda was: Bestaan daar ooreenstemming met die benadering wat tot dusver beredeneer is?

6. Die Ugandese konteks

In Uganda het die voorkoms van VIGS vanaf 20% in 1992 tot 9,8% in 1998 gedaal, met 'n verdere afname tot 6,1% in 2001 (Butcher, 2003:4; Low-Beer & Stoneburner, 2003). Hierdie afname is aan verskeie faktore toegeskryf, maar veral aan die volgende: die toename van volgehoue interpersoonlike kommunikasie op alle gemeenskapsvlakke, primêre gedragsverandering deur onthouding en monogame verhoudings, asook die sorg vir VIGS-lyers. Hierdie aktiwiteite is ondersteun deur 'n duidelike regeringsbeleid, waarin president Museveni en sy vrou 'n direkte rol gespeel het. Uganda was eerste om 'n multisektorale benadering tot VIGS te aanvaar en te implementeer deur 'n Ugandese VIGS-kommissie, waarby 'n Anglikaanse en Rooms-Katolieke biskop ingesluit was (Butcher, 2003; Nantulya, Stoneburner & Stover, 2002:7). Die volgehoue kommunikasie is in die negentigerjare geïnisieer deur elke kwartier op alle radiostasies in al die landstale 'n boodskap wat met VIGS verband hou, uit te saai. Die sogenaamde "kleiner media" is gebruik en sterk aangevul met persoonlike kommunikasie deur 'n netwerk van plaaslike portuurgroepleiers, kerke, vrywilligers, gemeenskapsleiers en opvoeders binne die gemeenskap te gebruik (Myhre & Flora, 2000:12). Verder het die owerheid aanvanklik verwag dat by elke byeenkoms waar daar meer as drie persone vergader, MIV/VIGS 'n besliste agendapunt moet wees (Bboosa, 2004). Met hulle aanvanklike geïntegreerde benadering het die regering dit reggekry om die gemeenskap so te laat deelneem dat hulle die kommunikasie as 't ware oorgeneem het.

Verskeie programme het uiteraard bygedra tot 'n afname van die epidemie – nie omdat hulle uitsluitlik oor VIGS gehandel het nie, maar omdat daar ook op die opbou van die gemeenskap en sy waardes en die aanvaarding van eie verantwoordelikheid gefokus is (Barnett & Whiteside, 1999:228). Vervolgens word die rol van die regering, die aard van die kommunikasie en die bepaalde gedragsveranderinge wat ingetree het, in meer detail bespreek.

• **Die politieke beleid**

Die politieke beleid in Uganda het 'n horisontale of deelnemende benadering bevorder (vgl. Stoneburner & Low-Beer, 2004; Hogle, 2002; Low-Beer & Stoneburner, 2003).

Daar was 'n duidelike, eenvoudige kommunikasieprogram wat op drie aspekte gefokus het:

- VIGS is 'n werklikheid en 'n groot bedreiging – dus, erkenning en nie ontkenning van die probleem nie.
- Vrye seks is gevaarlik en seksmaats moet verminder word. Hierdie waarde-oordeel is verwoord in die slagspreuke: “zero grazing” en “loving faithfully”.
- Moenie vingers wys of met klippe gooi nie, maar gee om vir mense met VIGS. Hierdie benadering het die stigma rondom VIGS op die lang duur laat afneem. In plaas daarvan om VIGS-lyers te vermy, te stereotipeer en te stigmatiseer, is hulle versorg.

Deur gereelde opnames en bekendmaking van VIGS-syfers is die siekte gediagnoseer en gestalte op plaaslike vlak daaraan gegee. Deur die openhartige erkenning en duidelike uitspel van die VIGS-gevaar deur sowel die politici as die gemeenskap, is die probleem legitiem gemaak. Daar is ook sterk primêre ondersteuning verskaf deur sorgnetwerke soos onder andere NRO's en kerkorganisasies te betrek. Dit het vertroulik gebly, maar die VIGS-status is op rekords en doodsertifikate aangebring en met pasiënte bespreek.

• **Kommunikasie**

Wat die kommunikasie betref, het die Ugandese anders oor VIGS gekommunikeer. Die basiese kennis was ongeveer dieselfde as in ander Afrikalande, maar hulle kennis van VIGS-lyers was veel meer. Hierdie kommunikasie het ook die vermoë ingesluit om daarop te reageer en risiko's te verminder. 'n Ander belangrike aspek was hulle kennis van iemand met VIGS of iemand wat daaraan doodgegaan het. Deur die gebruik van sosiale netwerke, weet 91,5% mans en 86,4% vroue van iemand wat VIGS onder lede het.

In Suid-Afrika, waar stigmatisering en ontkenning nog bestaan, het slegs 14% in 1998 en 50% in 2002 van sodanige mense geweet (Stoneburner & Low-Beer, 2004:716). VIGS in Uganda het dus 'n "gesig" gekry, deurdat dit erken is en daar vrylik oor gepraat is. VIGS-kwessies is ingebed in onderlinge dialoog of besprekings veel eerder as in blote inligting wat ontvang is. Die gesonde en openlike gemeenskapskommunikasie het ook gelei tot 'n afname in die stigmatisering van VIGS.

'n Ander opmerkbare verskil tussen Uganda en lande soos Kenia, Malawi, Tanzanië, Zambië en Zimbabwe, was die bron en die medium van kommunikasie. In laasgenoemde lande was die gebruik van massakommunikasie die hoogste. In Uganda is interpersoonlike en informele netwerke die meeste gebruik, gevolg deur massakommunikasie en derdens institusionele kommunikasie. Sedert 1989-1995 het 'n verskuiwing plaasgevind vanaf onpersoonlike na persoonlike kanale – 82% vroue het hulle kennis vanaf persoonlike bronne gekry, in vergelyking met 40%-65% in ander lande. Navorsing het getoon dat waar kommunikasie deur middel van sosiale netwerke in ander Afrikalande veel laer is, is die voorkoms van VIGS steeds hoog (Stoneburner & Low-Beer, 2004).

Wat het dus teoreties hier gebeur? Die gemeenskapskommunikasie is 'n deelnemende ritueel waardeur kultuur geskep en onderhou, maar ook verander is. Rituele sluit onder andere die daaglikse gesprekke in wanneer vroue gaan water haal, of weekliks kerkdienste bywoon of wyksvergaderings hou (vgl. Schultze, 2000:45-58). Sodanige rituele is die gemeenskap se subjektiewe interpretasie van die betekenis en belangrikheid van hulle gedeelde kulturele aktiwiteite – wat in hierdie geval oor VIGS gehandel het. Deelnemende tweerigting-, simmetriese kommunikasie het inderdaad hier plaasgevind.

Hierdie deelnemende benadering of horisontale proses is gemobiliseer deur kerklike organisasies, prominente kulturele figure, politieke, militêre en gemeenskapsleiers, asook organisasies soos NRO's en sorgorganisasies.

• **Verandering in waardes**

Navorsing is gedoen onder manlike weermagrekrute en bloedskenkers in Uganda om te bepaal watter gedragsverandering ingetree het. Die volgende veranderinge is geïdentifiseer: verandering in seksuele gedrag deur die drastiese vermindering van seksmaats, onthouding, getrouheid aan geliefdes of monogame verhoudings; 'n toename in huwelike; asook 'n geringe toename in

kondoomgebruik. Daar is bevind dat 48% mans en vroue by een maat bly; 11% vroue en 14% mans het hulle van seks onthou, terwyl slegs 2,9% vroue en 12,5% mans kondome begin gebruik het. Dit is interessant dat die praktyk om by een maat te hou by al die ouderdomsgroepe die meeste voorgekom het. By seuns tussen 15 en 19 jaar is dit beduidend dat onthouding die dominantste verandering was (Low-Beer & Stoneburner, 2003:9).

Uit die analise van die inligting van 'n studie waar kennis, houdings en gedrag van respondente in Uganda in vergelyking met ander lande ondersoek is, is bevind dat die groot verskil 'n afname van seksmaats in die stede en platteland was, asook 'n krimpings van seksuele netwerke (Hogle, 2002; Low-Beer & Stoneburner, 2003: 11). Vergelykende studies is gedoen in Kenia, Zambië en Malawi. Hoewel kondoomgebruik in hierdie lande toegeneem het, het nie naastenby dieselfde primêre gedragsverandering plaasgevind as in Uganda nie. Die voorkoms van VIGS het ook nie naastenby in dieselfde mate afgeneem nie. Dit blyk dat kondoomverspreiding net 'n korttermynhulp en nie 'n langtermynoplossing is nie. Die waarde-gedrewe wyse waarop die Ugandese gekommunikeer het, het hulle gedrag beïnvloed. Hierdie is in teenstelling met sommige ander lande waar VIGS-kommunikasie dikwels 'n eenrigtingverkeer en nie-simmetries is en dikwels bloot gesien word as die voorsiening van boodskappe deur die media en gesondheidswerkers (Myhre & Flora, 2000).

'n Grootskaalse sosiale gemeenskapsmobilisering het 'n duidelike primêre gedragsverandering en terugkeer na bepaalde waardes tot gevolg gehad (Stoneburner & Low-Beer, 2004). Dit is opmerklik dat in Uganda, volgens 'n USAID-studie, geloofsgebaseerde organisasies 'n beduidende rol gespeel het in die land se oorlog teen VIGS (Farrell, 2004). Die drie grootste groeperinge (33% Rooms-Katoliek, 33% Protestants en 16% Moslem) het duidelik hulle standpunt uitgespreek teenoor die regering se bekende ABC-beleid: "A' for Abstinence, 'B' for Being faithful, and 'C' for Condom use" (Farrell, 2004:70). Al drie groeperinge het duidelik onthouding en getrouheid binne vaste verhoudings ondersteun, waar die Anglikane en Moslems wel kondome binne die huwelik voorgestaan het as middel tot geboortebepaling en voorkoming in gevalle waar een maat wel MIV-positief was. Albei het wel gesê dat kondoomgebruik buite die huwelik nie aanvaarbaar is nie en slegs "ongeoorloofde seks" sou aanmoedig. Die sukses is ook daaraan toegeskryf dat kerke direkte kontak met die gemeenskap opgebou het.

7. Slot

In Suid-Afrika moet besef word dat die bestaande benaderings weinig hond haaraf gemaak het. 'n Ander benadering, wat nie noodwendig vreemd is nie, is nodig. Die onderliggende filosofie van deelneming van multibelangegroepes op gemeenskapsvlak binne 'n ontwikkelingskonteks moet begryp word. Daar moet 'n gemeenskaplike doelwit en toewyding wees om naasteliefde en -diens aan die gemeenskap te lewer, sonder om eiegewin voorop te stel. Deelnemers aan hierdie proses moet dus gemotiveerde en toegewyde mense wees met besondere leierseienskappe.

'n Verskeidenheid groepe moet betrek word wat voorheen dalk uitgesluit was in besluitneming en daar moet ook na hulle geluister word. Met die nodige ondersteuning en bemagtiging vanaf die regering en belanghebbende organisasies ten opsigte van fondse, inligting en bestuursvaardighede, moet meer verantwoordelikhede in gemeenskapsgebaseerde organisasies se hande gelaat word.

Uganda was uniek in hulle benadering, maar veral ook in hulle implementeringstrategieë. Daar is verskeie aspekte wat met vrug in ander Afrikalande toegepas kan word:

- Eksplisiete gemeenskapskommunikasie en 'n waardegedrewe reaksie op grondvlak om risikogedrag te vermy en vir VIGS-lyers te sorg, is nodig.
- Kommunikasie oor VIGS binne persoonlike netwerke moet domineer.
- Erkenning van die probleem en persoonlike kennis van VIGS-lyers, met die gepaardgaande openhartige gesprek daaroor, behoort die stigma grotendeels te laat afneem.
- Indien gemeenskapsmobilisering nie van nasionale politieke rolspelers kom nie, moet dit van ander toegewyde rolspelers kom, soos NRO's, GBO's of gemeenskapsleiers. Dit vra egter vir opregte politieke en sosiale kapitaal.

Die VIGS-rade moet eerder 'n deelnemende skakelfunksie as 'n van-bo-na-onder regulerende funksie verrig. Burokратiese reëls en hiërargiese strukture moet plek maak vir meer horisontale strukture, sodat sosiale netwerke geskep word tussen diverse sowel as homogene groepe.

'n Waardegedrewe benadering is bowenal dringend nodig. Verskillende godsdiensgroepe moet betrek word wat mobilisering

van die gemeenskap en positiewe ondersteuning vanaf die regering en belanghebbende sektore insluit. Ondersteuning moet geskied met 'n konstante verbetering van gesondheidsorg en moet gerugsteun word deur simmetriese deelnemende kommunikasie op al die verskillende gemeenskapsvlakke.

Ek is van mening dat so 'n waardegedrewe sosiale mobilisering teen VIGS 'n uiters kragtige teenmiddel is. Nantulya, Stoneburner en Stover (2002:11-12) is selfs van mening dat die sosiale gedragsverandering gedurende die afgelope dekade in Uganda dieselfde trefkrag as 'n potensiële VIGS-entstof met 'n effektiwiteit van 80% gehad het. Hopelik sal die land se politieke transformasie met 'n sosiale transformasie opgevolg word, waar gesonde waardes konstant 'n beduidende rol speel om die land en sy mense volhoubaar te laat ontwikkel.

Geraadpleegde bronne

- AIRHIHENUWA, C.O. & OBREGON, R. 2000. A critical assessment of theories/models used in health communication for HIV/AIDS. *Journal of Health Communication*, 5(2):5-16, Apr.-Jun.
- AIRHIHENUWA, C.O., MAKINWA, B. & OBREGON, R. 2000. Toward a new communications framework for HIV/AIDS. *Journal of Health Communication*, 5(3):101-102, Jun.
- BARNETT, T. & WHITESIDE, A. 1999. HIV/AIDS and development: Case studies and a conceptual framework. *The European Journal of Development Research*, 11(2):200-234, Dec.
- BBOOSA, P. 2004. Mondelinge mededeling aan die outeur te Raaswater, Potchefstroom.
- BEAMER, L. & VARNER, I. 2001. *Intercultural communication in the global workplace*. Boston: McGraw-Hill.
- BENATAR, S.R. 2004. Health care reform and the crisis of HIV and AIDS in South Africa. *New England Journal of Medicine*, 351:81-92, Jul.
- BOESSENKOOL, J., SCHUTTE, P.J. & WECK, J. 2004. HIV/AIDS policy: Communication between provincial and local levels in the North-West Province – does it work? *Communicare*, 23(1):171-196, Jul.
- BUTCHER, K. 2003. *Lessons learned from mainstreaming HIV into the poverty eradication action plan in Uganda: "Mainstreaming HIV means adapting core business to cope with the realities of HIV and AIDS."* London: John Snow International Research and Training. [Electronic version – PDF.]
- CAMERON, E. 2003. The dead hand of denialism. *Mail and Guardian*: 2-4, Apr. 17.
- CAMPBELL, C. 2003. *"Letting them die": Why HIV/AIDS intervention programmes fail*. Wetton: Double Storey Books (Juta).
- CAMPBELL, C. & WILLIAMS, B. 2001. Briefing: Riding the tiger: Contextualizing HIV prevention in South Africa. *African Affairs*, 100(398):135-140.

- CHERNOFF, R.A. & DAVISON, G.C. 1999. Values and their relationship to HIV/AIDS risk behavior among late-adolescent and young adult college students. *Cognitive Therapy and Research*, 23(5):453-468.
- DE WAAL, A. 2003. How will HIV/AIDS transform African governance? *African Affairs*, 102(406):1-23.
- DEPARTMENT OF HEALTH. 2000. HIV/AIDS/STD strategic plan for South Africa, 2000-2005. <http://www.info.gov.za/documents/2000/aidsplan2000.pdf> [6 Jun. 2004].
- DEPARTMENT OF HEALTH. 2005. National HIV and syphilis antenatal seroprevalence survey in South Africa, 2004. Pretoria. <http://www.doh.gov.za/aids/index.html> [11 Jul. 2005].
- DODD, C.H. 1998. *Dynamics of intercultural communication*. 5th ed. Boston: McGraw-Hill.
- ESU-WILLIAMS, E. 2000. Gender and HIV/AIDS in Africa: Our hope lies in the future. *Journal of Health Communication. Supplement*, 5(3):123-126. (EBSCOHost: Communication & Mass Media Complete: <http://www-sa.ebsco.com> [2 Nov. 2004].)
- FARRELL, M. 2004. Condoning or condemning the condom: Lessons learned from Uganda. *Sexual Health Exchange*, 1:7-8.
- GALLAVOTTI, C., PAPPAS-DELUCA, K.A. & LANSKY, A. 2001. Modelling and reinforcement to combat HIV: The MARCH approach to behavior change. *American Journal of Public Health*, 91(10):1602-1607, Oct.
- GILLIES, P. 1998. The effectiveness of alliances and partnership for health promotion. *Health Promotion International*, 13(2):99-120, June.
- GLIK, D., NOWAK, G., VALENTE, T., SAPSIS, K. & MARTIN, C. 2002. Youth performing arts entertainment-education for HIV/AIDS prevention and health promotion: Practice and research. *Journal of Health Communication*, 7(1):39-57, Jan. (EBSCOHost: Communication & Mass Media Complete: <http://www-sa.ebsco.com> [10 Aug. 2004].)
- GRUNIG, J.E. & GRUNIG, L.A. 1991. Conceptual differences in public relations and marketing: the case of health-care organizations. *Public Relations Review*, 17(3):257-278, Fall.
- HOGLE, J.A. 2002. *What happened in Uganda? Declining HIV prevalence, behavior change, and the national response*. Washington: USAID.
- KAPYEPYE, E. & GREYLING, C. 2004. Partnering with faith-based organisations to address HIV/AIDS in Malawi. *Sexual Health Exchange*, 1:9-10.
- KEMPE, R.H. 2003. Promoting behavior change in Botswana: An assessment of the Peer Education HIV/AIDS Prevention Program at the workplace. *Journal of Health Communication*, 8(3):267-281, May. (EBSCOHost: Communication & Mass Media Complete: <http://www-sa.ebsco.com> [9 Okt. 2004].)
- KING, R. 1999. Sexual behavioural change for HIV: Where have theories taken us? Geneva: UNAIDS. (UNAIDS/99.27E.) http://www.who.int/hiv/strategic/surveillance/en/un aids_99_27.pdf [12 Okt. 2004].
- KIWANUKA-TONDO, J. & SNYDER, L.B. 2002. The influence of organizational characteristics and campaign design elements on communication campaign quality: Evidence from 91 Ugandan AIDS campaigns. *Journal of Health Communication*, 7(1):59-77, Jan. (EBSCOHost: Communication & Mass Media Complete: <http://www-sa.ebsco.com> [14 Okt. 2004].)

- LE ROUX, A. 2003. 'n Kruiskulturele ondersoek na Christelike moraliteit onder universiteitstudente. *Acta Theologica*, 23(2):146-166.
- LOW-BEER, D. & STONEBURNER, R.L. 2003. Behaviour and communication change in reducing HIV: Is Uganda unique? *African Journal of AIDS Research*, 2(1):9-21.
- MOEMEKA, A.A. 1994. *Communication for development: A new pan-disciplinary perspective*. Albany: State University of New York Press.
- MOEMEKA, A.A. 2000. Development, social change and development communication: Background and conceptual clarification. (In Moemeka, A.A., ed. *Development communication in action: Building understanding and creating participation*. Lanham: University Press of America. p.1-17.)
- MYHRE, S.L. & FLORA, J.A. 2000. HIV/AIDS communication campaigns: Progress and prospects. *Journal of Health Communication. Supplement*, 5(2):29-45. (EBSCOHost: Communication & Mass Media Complete: <http://www-sa.ebsco.com> [10 Okt. 2004].)
- NANTULYA, V., STONEBURNER, R. & STOVER, J. 2002. What happened in Uganda? Declining HIV prevalence, behavior change, and rational response. *Project Lessons Learned Case Study*, p. 1-13.
- NORTH-WEST (South Africa). 2001. Act No. 5 of 200: N.W.P. Council on Aids Act, 2001. Provincial Council on AIDS Act. *North West provincial gazette*, 5723(244), Nov. <http://www.sabinet.co.za> [12 Jun. 2004].
- NOTSHE, Y. & JUDGE, M. 2004. South Africa: interfaith collaboration, the example of FOHAP. *Sexual Health Exchange*, 1:11.
- PANFORD, S., NYANEY, M.O., AMOAH, S.O. & AIDOO, N.G. 2001. Using folk media in HIV/AIDS prevention in rural Ghana. *American Journal of Public Health*, 91(10):1559-1562, Oct.
- SCHULTZE, Q.J. 2000. *Communicating for life: Christian stewardship in community and media*. Grand Rapids: Baker Books.
- SCHUTTE, P. J. 2003. Tswana-speaking students' perceptions of HIV/AIDS and poverty: Implications for communication. *Communicare*, 22(2):25-44, Dec.
- SERVAES, J. 2001. Participatory communication research for democracy and social change. (In Richards, M., Thomas, P.N. & Nian, Z., eds. *Communication and development: The Freirean connection*. New Jersey: Hampton. p. 13-32.)
- STONEBURNER, R.L. & LOW-BEER, D. 2004. Population-level HIV declines and behavioral risk avoidance in Uganda. *Science*, 304(5671):714-718, Apr. 30.
- TIENDREBEOGO, G., BUYKX, M. & VAN BEELEN, N. 2004. Faith-based responses and opportunities for a multisectoral approach. *Sexual Health Exchange*, 1:1-3.
- VAN DER WALT, B.J. 1997. *Afrosentries of Eurosentries? Ons roeping in 'n multikulturele Suid-Afrika*. Potchefstroom: PU vir CHO. (Instituut vir Reformatoriese Studie. Wetenskaplike bydraes van die PU vir CHO. Reeks F2, Brosjurereeks; no. 66.)
- VAN DER WALT, B.J. 2004. Is vigs die oordeel van God oor ons ongehoorsaamheid? *Woord en Daad*, 44(388):6-8, Winter.
- VAN DER WALT, J.L. 2003. Die proses van waardeverheldering in die Suid-Afrikaanse onderwysopset beoordeel vanuit reformatoriese perspektief. *Koers*, 68(2 & 3):125-142.

- WARD, C. & CHANTON, U. 2004. Moving beyond care and support: The role of a Cambodian buddhist FBO in challenging stigma and promoting gender equality. *Sexual Health Exchange*, 1:11-14.
- WHITE, K. 1999. The importance of sensitivity to culture in development work. (In Jacobson, T.L. & Servaes, J., eds. *Theoretical approaches to participatory communication*. New Jersey: Hampton. p. 17-49.)
- WHO
kyk WORLD HEALTH ORGANIZATION
- WHYTE, M.A. 1995. *The biography of local AIDS initiative within the church of Uganda*. (Paper presented at the 38th annual meeting of the African Studies Association, Orlando, Florida, Nov. 3-6, 1995.) Orlando: African Studies Association.
- WILLAN, S. 2004. Briefing: Recent changes in the South African government's HIV/AIDS policy and its implementation. *African Affairs*, 103:109-117.
- WILSON, B.D.M. & MILLER, R.L. 2003. Examining strategies for culturally grounded HIV prevention: A review. *AIDS Education and Prevention*, 15(2):184-202.
- WITTE, K., CAMERON, K.A., LAPINSKI, M.K., NZYUKO, S. 1998. Theoretical based evaluation of HIV/AIDS prevention campaigns along the Trans-Africa highway in Kenya. *Journal of Health Communication*, 3(4):345-363, Oct.-Dec. (EBSCOHost: Communication & Mass Media Complete: <http://www-sa.ebsco.com> [10 Jul. 2004].)
- WOLF, R.C. & PULERWITZ, J. 2003. The influence of peer versus adult communication on AIDS-protective behaviors among Ghanaian youth. *Journal of Health Communication*, 8(5):463-474, Sept. (EBSCOHost: Communication & Mass Media Complete: <http://www-sa.ebsco.com> [19 Aug. 2004].)
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. UNAIDS. 2004. Epidemiological fact sheet on HIV/AIDS and sexually transmitted infection: South Africa. <http://www.who.int/emc-hiv/fact-sheets/pdfs/Southafrica-EN.pdf> [18 Okt. 2004].
- YOLISWA, N. & JUDGE, M. 2004. South Africa – Interfaith collaboration: The example of FOHAP. *Sexual Health Exchange*, 1:11.

Kernbegrippe:

beleid

gemeenskap: kommunikasie

gemeenskap: waardes

MIV/VIGS

Key concepts:

community: communication

community: values

HIV/AIDS

policy