

**DIE GEBRUIK VAN EN BEHOEFTE AAN SOSIALE ONDERSTEUNING ONDER
HUISHOUDINGS MET GESINSLEDE WAT AS MIV-POSITIEF GEDIAGNOSEER IS**

Nicola van Zyl

**Tesis ingelewer ter voldoening aan die vereistes vir die graad Magister in die Lettere en
Sosiale Wetenskappe (Sielkunde) aan die Universiteit van Stellenbosch**



Studieleier: Prof. Awie Greeff

Desember 2016

Verklaring

Deur hierdie tesis elektronies in te lewer, verklaar ek dat die geheel van die werk hierin vervat, my eie, oorspronklike werk is, dat ek die alleenouteur daarvan is (behalwe in die mate uitdruklik anders aangedui), dat reproduksie en publikasie daarvan deur die Universiteit van Stellenbosch nie derdepartyregte sal skend nie en dat ek dit nie vantevore, in die geheel of gedeeltelik, ter verkryging van enige kwalifikasie aangebied het nie.

Datum: 20 November 2016

Kopiereg © 2016 Universiteit Stellenbosch

Alle regte voorbehou

AFKORTINGS EN AKRONIEME

| | | |
|--------|---|---|
| MIV | - | menslike immuniteitsgebrekvirus |
| VIGS | - | verworwe immuniteitsgebreksindroom |
| ARB | - | antiretrovirale behandeling |
| VN | - | Verenigde Nasies |
| US | - | Universiteit Stellenbosch |
| POH | - | probleemoplossing en hantering |
| HAART | - | hoogs aktiewe antiretrovirale terapie |
| SOI's | - | seksueel oordraagbare infeksies |
| VMV | - | voorgeskrewe minimum voordele |
| TB | - | Tuberkulose |
| SOS's | - | seksueel oordraagbare siektes |
| MNKO | - | moeder-na-kind-oordrag |
| NBV | - | na-blootstellingvoorbehoeding |
| VSA | - | Verenigde State van Amerika |
| UNESCO | - | die Verenigde Nasies se opvoedkundige, wetenskaplike en kulturele organisasie |
| UNAIDS | - | Verenigde Nasies se program rakende MIV/VIGS |
| NNS | - | Nasionale Navorsingstigting |
| AVERT | - | averting HIV/AIDS |

SUMMARY

The human immunodeficiency virus (HIV) and acquired immune deficit syndrome (AIDS) have a severe effect on society but more specifically families, because when one member of a household is sick or eventually dies, everyone in the household suffers. The HIV epidemic disturbs and often disrupts the family structure in an irreparable or disturbing way (Belsey, 2005).

For the purpose of this study, 12 Xhosa households in the Boland were identified where an HIV-positive person was part of the household. The person with HIV was either a child or an adult, but the participants with whom the interviews were conducted were not HIV-positive and had to be 18 years and older. Qualitative data were collected during the study and analysed to answer the research question, namely *Which forms of social support are used and which needs are there in terms of social support in these households with an HIV-positive family member?*

The specific objectives of this study were to describe the use of social support by these HIV households from their perspective; to determine the needs related to social support within these households; and to make recommendations regarding the promotion of social support for HIV households.

Following the results, the households involved in the study mainly used psychologists, counselors, social workers, community residents, friends and especially friends who are HIV positive, their family groups and particularly spouses, former spouses, the household itself, support groups or their neighbors as emotional support. For financial support the maintenance paid by the former husband, their family and welfare services were mainly used as support.

Practical support in the form of clinics and medication, support from the school, foster care, work colleagues and part-time studies and information relating to the disease were used. Lastly spiritual / religious support was in the form of religious institutions such as the church and prayer groups.

The family's needs in terms of social support that were identified during the current research study included: Jobs, support groups and social workers or counselors, HIV grants, healthy food, help with sustaining medication, better housing, more information and education regarding HIV, support from their churches and support by their children's schools. Guidelines are therefore needed to empower these families regarding available social support.. My recommendation is that a program of social support should be developed with the necessary guidance on how to follow it.

OPSOMMING

Die menslike immuuniteitsgebreksvirus (MIV) en verworwe immuuniteitsgebreksindroom (VIGS) het 'n ernstige uitwerking op die samelewing maar meer spesifiek op gesinne, want wanneer 'n lid van die huishouding siek word of uiteindelik sterf, ly almal in die gesin daaronder. Die MIV-epidemie versteur en ontwig dikwels die gesinstruktuur op 'n onherstelbare of ontstellende manier (Belsey, 2005).

Vir die doeleindes van hierdie studie is 12 Xhosa-huishoudings in die Boland geïdentifiseer waar 'n MIV-positiewe persoon deel van die huishouding was. Die persoon met MIV kon óf 'n kind óf 'n volwassene wees, maar die deelnemers met wie die onderhoude gevoer is, kon nie MIV-positief wees nie en moes ouer as 18 jaar wees. Kwalitatiewe data is tydens die navorsingstudie ingesamel en geanaliseer om sodoende die navorsingsvraag te beantwoord naamlik: *Watter vorme van sosiale ondersteuning word gebruik en watter behoeftes aan sosiale ondersteuning bestaan daar by huishoudings met 'n lid wat as MIV-positief gediagnoseer is?*

Die spesifieke doelwitte van hierdie studie was om die gebruik van sosiale ondersteuning onder gesinne met 'n MIV-positiewe lid vanuit hulle perspektief te beskryf; om die behoeftes ten opsigte van sosiale ondersteuning onder gesinne met 'n MIV-positiewe lid te bepaal; en om aanbevelings ten opsigte van die bevordering van ondersteuning vir gesinne met 'n MIV-positiewe lid te maak.

Wat die vorme van sosiale ondersteuning betref, het die bevindinge getoon dat hulle sielkundiges, beraders, maatskaplike werkers, inwoners van die gemeenskap, vriende en veral vriende wat ook MIV-positief is, hulle familie-groepe en in die besonder lewensmaats, gewese lewensmaats, die huishouding self, ondersteuningsgroepe of hulle bure as emosionele

ondersteuning gebruik. As finansiële ondersteuning is onderhoud betaal deur die gewese man, hulle familie, toelae en welsynsdienste hoofsaaklik gebruik as ondersteuning. Praktiese ondersteuning was in die vorm van klinieke en medikasie, ondersteuning van die skole, pleegsorg, werk en kollegas en deelydse studies en inligting met betrekking tot die siekte. Laastens was spirituele/geestelike ondersteuning in die vorm van Godsdienstige instansies soos die kerk en Gebedsgroepe.

Die gesinne se behoeftes in terme van sosiale ondersteuning wat identifiseer is tydens die huidige navorsingstudie sluit in: Werksgeleenthede, ondersteuningsgroepe en maatskaplike werkers of beraders, MIV-toelae, gesonde kos, hulp met die volhouding van medikasie, beter behuising, meer inligting en opvoeding rakende MIV, ondersteuning deur hulle kerke en ondersteuning van hulle kinders se skole. Riglyne is dus nodig om hierdie gesinne te bemagtig met betrekking tot beskikbare sosiale ondersteuning. My aanbeveling is dat 'n program rakende sosiale ondersteuning ontwikkel moet word met die nodige riglyne oor hoe om dit te volg.

ERKENNING

- Eerstens aan die Here wat my die krag en genade gegee het om hierdie tesis te voltooi en so 'n groot doelwit te bereik.
- Ek wil baie dankie se aan NNS (Nasionale Navorsingstigting) vir die befondsing van my navorsingsprojek. Dit sou nie moontlik gewees het sonder hierdie finansiële hulp nie.
- Dan wil ek baie dankie se aan my gesin, veral my ouers Nico en Carine Van Zyl, vir julle ondersteuning, gebede en bemoediging. Dit was nie 'n maklike pad nie. Baie dankie vir alles wat julle vir my gedoen het tydens die afhandeling van hierdie meestersgraad. Ek is baie lief vir julle.
- My vriende wat saam met my 'n meestersgraad aangepak het Leandri Vrolijk, Elna Durr, Gerrit van Wageningen en Annemi Nel, baie dankie vir al julle omgee, luister, bemoediging, gebede en koffiesessies. Ek waardeer dit baie.
- Dan ook al my vriende wat ek nie hierbo genoem het nie, dankie vir julle motivering, liefde en ondersteuning tydens hierdie tyd.
- Baie dankie aan Martin Gomes, my kritiese vriend, wat gehelp het met advies, bemoediging en redigering van my tesis.
- Baie dankie aan Jackie Viljoen vir die taalversorging van hierdie tesis. Ek waardeer die moeite opreg.
- Ek dra ook hierdie tesis op aan my liefste ouma, Truida van der Merwe, wat nie vandag meer met ons is nie. Sy het altyd in my geglo, baie omgee en dikwels vir my studies gebid. Sy het nooit getwyfel nie dat ek al my doelwitte kan bereik. Ek is steeds baie lief vir haar.

- My studieleier, prof. Awie Greeff (Universiteit Stellenbosch), dankie vir die leiding en ondersteuning tydens hierdie navorsingsprojek.
- Ek wil ook dankie sê aan die @Heart-organisasie deur wie ek my navorsingsmateriaal ingesamel het, vir julle ondersteuning en hulp.
- Elke persoon wat 'n deelnemer was aan die navorsingstudie, dankie vir julle groot bydrae en dat julle bereid was om julle ervarings met my te deel.

INHOUDSOPGAWE

| | |
|------------------------------|-----|
| Verklaring..... | i |
| Afkortings en akronieme..... | ii |
| Summary | iii |
| Opsomming..... | v |
| Erkenning | vii |
| Inhoudsopgawe..... | ix |

Hoofstuk 1: INLEIDING TOT, MOTIVERING VIR EN DOELSTELLINGS VAN DIE ONDERSOEK 1

| | | |
|-----|--|----|
| 1.1 | INLEIDING EN DIE BEHOEFTE VIR DIE HUIDIGE STUDIE..... | 1 |
| 1.2 | BESKRYWING VAN TERMINOLOGIE WAT IN TESIS GEBRUIK WORD..... | 4 |
| 1.3 | RASONAAL EN MOTIVERING VIR HIERDIE STUDIE..... | 8 |
| 1.4 | NAVORSINGSVRAAG EN DOELSTELLINGS..... | 10 |
| 1.5 | NAVORSINGSONTWERP..... | 10 |
| 1.6 | ETIESE OORWEGINGS..... | 11 |
| 1.7 | UITEENSETTING VAN HOOFSTUKKE..... | 11 |

Hoofstuk 2: TEORETIESE GRONDSLAE..... 13

| | | |
|---------|--|-----------|
| 2.1 | INLEIDING..... | 13 |
| 2.2 | OORSIG OOR DIE HOOFSTUK..... | 14 |
| 2.3 | TEORIE VAN EN EMPIRIESE BEVINDINGE OOR VEERKRAGTIGHEID | 14 |
| 2.3.1 | Die aanvanklike fokus op individuele veerkrachtigheid..... | 15 |
| 2.3.2 | Die begrip gesinsveerkrachtigheid..... | 16 |
| 2.3.2.1 | <i>Die rol van navorsers om die begrip gesinsveerkrachtig te verfyn en te omskryf.....</i> | <i>16</i> |
| 2.3.3 | Empiriese verkenning van stressors, risiko- en beskermingsfaktore in gesinne..... | 18 |
| 2.3.4 | Die evolusie van gesinsveerkrachtigheidsmodelle..... | 21 |
| 2.3.4.1 | <i>Hill se ABCX-model</i> | <i>22</i> |

| | | |
|---|--|-----------|
| 2.3.4.2 | <i>Die veerkragtigheidsmodel van gesinstres, verstelling en aanpassing</i> | 24 |
| 2.3.4.3 | <i>Die model van gesinsverstelling en -aanpassing</i> | 24 |
| 2.3.4.4 | <i>Die tipologie-model</i> | 25 |
| 2.3.4.5 | <i>Die gesinsveerkragtigheidsmodel</i> | 25 |
| 2.4 | ‘N RAAMWERK WAARBINNE GESINSVEERKRAGTIGHEID BESTUDEER KAN WORD | 28 |
| 2.4.1 | Walsh se raamwerk vir gesinsveerkragtigheid..... | 29 |
| 2.5 | ‘N STERKTEGEBASEERDE BENADERING | 32 |
| 2.5.1 | Definisies van gesinsterktes | 32 |
| 2.6 | POSITIEWE SIELKUNDE | 34 |
| 2.6.1 | Die verband tussen positiewe sielkunde en veerkragtigheid..... | 35 |
| 2.7 | SOSIALE ONDERSTEUNINGSTELSELS | 36 |
| 2.7.1 | Definisie van sosiale ondersteuning | 36 |
| 2.7.1.1 | <i>Navorsing oor sosiale ondersteuning</i> | 37 |
| 2.7.2 | Bronne van sosiale ondersteuning..... | 38 |
| 2.8 | MOTIVERING VIR DIE KEUSE VAN DIE VEERKRAGTIGHEIDS- MODEL VIR DIE HUIDIGE STUDIE | 38 |
| 2.9 | NAVORSING OOR DIE VERBAND TUSSEN SOSIALE ONDERSTEUNING EN MIV/VIGS | 39 |
| 2.10 | GEVOLGTREKKING | 40 |
| Hoofstuk 3: LITERATUURSTUDIE | | 41 |
| 3.1 | HOOFSTUKOORSIG EN INLEIDING | 41 |
| 3.2 | DIMENSIES VAN DIE MENSLIKE IMMUNITEITSGEBREKSVIRUS (MIV) EN DIE VERWORWE IMMUNITEITSGEBREKSDROOM (VIGS)..... | 42 |
| 3.2.1 | MIV/VIGS | 43 |
| 3.2.2 | Konseptualisering | 43 |
| 3.2.2.1 | <i>MIV/VIGS</i> | 43 |
| 3.2.2.2 | <i>Tekens en simptome van MIV/VIGS</i> | 45 |
| 3.2.2.2.1 | <i>Fase een: Akute sero-omskakeling siekte</i> | 46 |
| 3.2.2.2.2 | <i>Fase twee: Asimptomatiese latente fase</i> | 46 |
| 3.2.2.2.3 | <i>Fase drie: Minder erge simptomatiese fase</i> | 47 |
| 3.2.2.2.4 | <i>Fase vier: Erg simptomatiese fase</i> | 47 |

| | | |
|-----------|---|----|
| 3.2.2.2.5 | <i>Fase vyf: VIGS, die ernstige simptomatiese fase</i> | 48 |
| 3.2.3 | Medikasie beskikbaar vir MIV/VIGS-pasiënte | 49 |
| 3.3 | MANIERE WAAROP MIV OORGEDRA WORD | 50 |
| 3.3.1 | Individuele faktore | 51 |
| 3.3.2 | Gemeenskapsfaktore | 51 |
| 3.3.3 | Samelewingsfaktore | 52 |
| 3.4 | DIE GEVOLG VAN MIV/VIGS: FAKTORE WAT DIE UITWERKING VAN DIE MIV/VIGS-EPIDEMIE OP DIE GESIN BEÏNVLOED | 54 |
| 3.4.1 | Die invloed van MIV/VIGS op die gesin..... | 55 |
| 3.4.2 | Die direkte en indirekte koste van MIV/VIGS..... | 57 |
| 3.4.3 | Navorsing ten opsigte van die invloed van MIV/VIGS op die gesin..... | 58 |
| 3.5 | SOSIALE ONDERSTEUNING VIR GESINNE MET MIV-LEDE: 'n VERDUIDELIKING VOLGENS DIE GESINSVEERKRAGTIG- HEIDSMODEL | 63 |
| 3.6 | SOSIALE ONDERSTEUNING VIR GESINNE MET 'n MIV- POSITIEWE LID: 'N EKOLOGIESE PERSPEKTIEF | 64 |
| 3.6.1 | Mikrostelsel..... | 66 |
| 3.6.1.1 | <i>Tuisversorging</i> | 66 |
| 3.6.1.2 | <i>Palliatiewe sorg</i> | 67 |
| 3.6.2 | Mesostelsel | 68 |
| 3.6.2.1 | <i>Ondersteuningsgroepe</i> | 69 |
| 3.6.3 | Makrostelsel | 70 |
| 3.6.3.1 | <i>Ongeskiktheidstoelaag</i> | 70 |
| 3.6.3.2 | <i>Beleid en wetgewing</i> | 70 |
| 3.6.3.2.1 | <i>Die Wet op Gelyke Indiensneming (no. 55 van 1998)</i> | 71 |
| 3.6.3.2.2 | <i>Die Wet op Arbeidsverhoudinge (no. 66 van 1995)</i> | 71 |
| 3.6.3.2.3 | <i>Die Wet op Mediese Skemas (no. 131 van 1998)</i> | 71 |
| 3.6.3.3 | <i>Maatskaplikewerk- en welsynsdienste</i> | 72 |
| 3.7 | NAVORSING OOR SOSIALE ONDERSTEUNING VIR HUISHOUDINGS MET 'N MIV-POSITIEWE LID | 72 |
| 3.7.1 | Internasionale navorsing..... | 73 |
| 3.7.2 | Suid-Afrikaanse navorsing | 76 |
| 3.8 | GEVOLGTREKKING | 76 |

| | |
|---|---|
| Hoofstuk 4: NAVORSINGSMETODOLOGIE..... | 78 |
| 4.1 | INLEIDING..... 78 |
| 4.2 | NAVORSINGSONTWERP 79 |
| 4.3 | DEELNEMERS..... 80 |
| 4.4 | SEMIGESTRUKTUREERDE ONDERHOUDE 83 |
| 4.5 | PROSEDURE..... 84 |
| 4.6 | DATA-ONTLEDING 86 |
| 4.6.1 | Die fases van tema-ontleding 88 |
| 4.6.1.1 | <i>Fase 1: Raak vertrou met die data</i> 88 |
| 4.6.1.2 | <i>Fase 2: Formuleer aanvanklike kodes</i> 88 |
| 4.6.1.3 | <i>Fase 3: Identifiseer temas</i> 89 |
| 4.6.1.4 | <i>Fase 4: Hersien aanvanklike temas</i> 89 |
| 4.6.1.5 | <i>Fase 5: Definieer temas en gee name daaraan</i> 90 |
| 4.6.1.6 | <i>Fase 6: Verwerk data en stel 'n verslag saam</i> 90 |
| 4.7 | ETIESE KWESSIES 90 |
| 4.8 | GELOOFWAARDIGHEID VAN NAVORSINGSTUDIE..... 92 |
| 4.9 | GEVOLGTREKKING 94 |
| Hoofstuk 5: RESULTATE EN BESPREKING..... | 95 |
| 5.1 | SOSIALE ONDERSTEUNING SOOS GEBRUIK DEUR HUISHOUDINGS BETROKKE BY DIE STUDIE 95 |
| 5.1.1 | Emosionele ondersteuning 96 |
| 5.1.2 | Finansiële ondersteuning 108 |
| 5.1.3 | Praktiese ondersteuning..... 111 |
| 5.1.4 | Spirituele/Geestelike ondersteuning..... 117 |
| 5.2 | RESULTATE VAN DIE HUIDIGE NAVORSING EN DIE OOREEN- STEMMING DAARVAN MET WALSH (2003) SE GESINS- VEERKRAGTIGHEIDSRAAMWERK..... 122 |
| 5.2.1 | Gedeelde oortuigingstelsels..... 124 |
| 5.2.2 | Gesinsorganisasiepatrone 126 |
| 5.2.3 | Gesinskommunikasiepatrone..... 129 |
| 5.3 | RESULTATE RAKENDE BEHOEFTE TEN OPSIGTE VAN SOSIALE ONDERSTEUNING ONDER HUISHOUDINGS MET 'N MIV- POSITIEWE LID 133 |

| | | |
|--|--|------------|
| 5.3.1 | Werkseleenthede | 135 |
| 5.3.2 | Ondersteuningsgroepe en maatskaplike werkers of beraders..... | 136 |
| 5.3.3 | MIV-toelae | 137 |
| 5.3.4 | Gesonde kos | 138 |
| 5.3.5 | Hulp met die volhouding van medikasie | 139 |
| 5.3.6 | Beter behuising..... | 139 |
| 5.3.7 | Inligting en opvoeding rakende MIV | 140 |
| 5.3.8 | Ondersteuning deur kerke | 141 |
| 5.3.9 | Ondersteuning van skole | 142 |
| 5.4 | GEVOLGTREKKING | 143 |
| Hoofstuk 6: GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS | | 145 |
| 6.1 | GEVOLGTREKKINGS | 145 |
| 6.1.1 | Ondersteuning op mikro-, meso- en makrovlak (vergelyk Tabel 5.1) | 148 |
| 6.1.2 | Sosiale ondersteuning wat gesinne ontvang..... | 148 |
| 6.1.3 | Gesinsveerkragtigheid en gesinsprosesse..... | 149 |
| 6.1.4 | 'n Sterktegebaseerde benadering..... | 149 |
| 6.2 | BEPERKINGE VAN HIERDIE NAVORSINGSTUDIE..... | 150 |
| 6.3 | AANBEVELINGS VIR TOEKOMSTIGE NAVORSING | 151 |
| VERWYSINGSLYS..... | | 153 |
| Bylae A: | Semigestruktureerde onderhoudsvrae | 166 |
| Bylae B: | Biografiese vraelys | 167 |
| Bylae C | Toestemming van die MIV toetsingsorganisasie | 169 |
| Bylae D: | Afrikaanse ingeligte toestemmingsvorm..... | 170 |
| Bylae E: | Engelse ingeligte toestemmingsvorm..... | 173 |
| Bylae F: | isiXhosa ingeligte toestemmingsvorm | 176 |
| Bylae G: | Etiese klaring | 179 |
| Bylae E: | Turnitin-verslag | 180 |

LYS VAN TABELLE

| | | |
|-------------|---|-----|
| Tabel 2.1: | Die kernprosesse van gesinsveerkragtigheid volgens Walsh (2003)..... | 30 |
| Tabel 3.1: | MIV en algemene opportunistiese infeksies (AVERT, 2011)..... | 48 |
| Tabel 3.2 : | Strategieë om die kwesbaarheid om MIV op te doen te verminder (Belsey, 2005)..... | 55 |
| Tabel 3.3: | Potensiële uitwerking van MIV/VIGS op gesinskapitaal (Hunter & Williamson, 1997) | 56 |
| Tabel 3.4: | Die direkte en indirekte koste van MIV/VIGS tydens alle fases, van voor die infeksie tot ná die sterfte (Solon & Barrozo, 1993)..... | 58 |
| Tabel 4.1: | Beskrywing van deelnemers wat betrokke was by die navorsingstudie (N = 12) | 82 |
| Tabel 5.1: | Temas en subtemas wat betref sosiale ondersteuning wat gesinne gebruik het | 96 |
| Tabel 5.2: | Gesinsveerkragtigheid onder die huishoudings wat betref gesinsprosesse volgens Walsh (2003) se raamwerk..... | 123 |
| Tabel 5.3: | Behoeftes ten opsigte van sosiale ondersteuning onder huishoudings betrokke by die studie..... | 134 |

LYS VAN FIGURE

| | | |
|-------------|---|----|
| Figuur 2.1: | Hill se ABCX model van gesinstres (Hill, 1949) | 23 |
| Figuur 2.2: | Die verstellingsfase van die model van veerkragtigheid (aangepas uit McCubbin & McCubbin, 1996)..... | 27 |
| Figuur 4.1: | Die Tematiese-ontledingsproses volgens Braun en Clarke (2006)..... | 88 |

Hoofstuk 1

INLEIDING TOT, MOTIVERING VIR EN DOELSTELLINGS VAN DIE ONDERSOEK

1.1 INLEIDING EN DIE BEHOEFTE VIR DIE HUIDIGE STUDIE

Die menslike immuuniteitsgebrek virus (MIV) en die verworwe immuuniteitsgebreksindroom (VIGS) het 'n beduidende uitwerking op die samelewing, maar meer spesifiek op gesinne, want wanneer 'n lid van die huishouding siek word of uiteindelik sterf, ly almal in die gesin daaronder. Die MIV-epidemie versteur en ontwig dikwels die gesinstruktuur op 'n onherstelbare of ontstellende manier (UNESCO, 2013). Met die vermindering van die gesin se inkomste weens mediese koste en die versorging van die MIV-positiewe lid van die gesin, neem die vermoë van elke gesinslid om sy/haar normale gesinsrolle te vervul ook dikwels af (Belsey, 2005). In die ergste geval, waar die siek gesinslid sterf, kan die gesin selfs uitmekaargeskeur word, wat dikwels daartoe lei dat die oorblywende gesinslede nie daarop voorbereid is nie om optimaal en produktief in die gemeenskap of in die breë samelewing te funksioneer (Belsey, 2005).

Wanneer 'n kritieke aantal huishoudings dus deur MIV/VIGS geraak word, kan 'n gemeenskap dalk nie meer in staat wees om in die behoeftes van hierdie gesinne of onaangeraakte gesinne die hoof te bied nie. Vir baie gemeenskappe, en selfs sommige lande, is die drie elemente van gesinskapitaal – verhoudings, hulpbronne en veerkragtigheid – onder aansienlike druk, of het dit baie afgeneem of verlore geraak (Belsey, 2005). In die afwesigheid van spesifieke beleid en programme wat die integriteit van die gesin en gesinskapitaal in stand hou en beskerm, sal gesinne nie alleenlik uitmekaarbeweeg en ineenstort nie, maar gemeenskappe as geheel kan

ook dermate geraak word dat menslike sekuriteit en die integriteit van sodanige gemeenskappe bedreig word (Belsey, 2005).

My belangstelling in die onderwerp rakende die gebruik van en behoefte aan sosiale ondersteuning onder huishoudings wat deur MIV/VIGS geraak word, het ontstaan toe ek as maatskaplikewerkstudent my internskap in 'n hospitaal in Kaapstad voltooi het. Tydens die aanbieding van weeklikse ondersteuningsgroepsessies vir pasiënte wat antiretrovirale behandeling (ARB) vir MIV/VIGS ontvang, het ek agtergekom dat baie van hierdie pasiënte, behalwe vir my ondersteuningsgroepe, geen ander sosiale ondersteuning tot hulle beskikking gehad het nie. Uit ons gesprekke het dit duidelik geword dat die gebrek aan ondersteuning deur verskeie faktore veroorsaak word, naamlik

- baie van die pasiënte se gesinne was nie eens daarvan bewus dat een van hulle gesinslede MIV-positief was nie en indien hulle wel daarvan bewus was, het die diagnose baie konflik in die betrokke huishoudings veroorsaak;
- die finansiële en die emosionele druk op hierdie gesonde gesinslede; en
- die gesinne van hierdie pasiënte het hulle ook dikwels, uit skaamte oor die gesinslid se MIV-diagnose, vanuit hulle gemeenskappe onttrek.

Ná my internskap het die gebrek aan ondersteuning wat ek by MIV-pasiënte en hulle huishoudings waargeneem het, my bygebly en wou ek navorsing doen oor die gebruik en behoeftes ten opsigte van sosiale ondersteuning, vanuit 'n gesinsperspektief, naamlik:

- die vermoë van MIV-pasiënte en hulle huishouding om tydens hierdie moeilike omstandighede te floreer of om te herstel en so weer na hulle normale funksionering terug te keer;

- die reg van MIV-pasiënte en hulle gesinne om versorg te word, liefde te ontvang, gewaardeer te word, en om op ander te kan staatmaak indien nodig en hulle so in staat te stel om te glo hulle is deel van 'n groter netwerk; en
- die kenmerke, dimensies en eienskappe van hierdie die gesinne wat hulle in staat stel om weerstand te bied teen die ontwinging wat gedurende hierdie krisissituasies kan plaasvind en hoe dit die gesinne help om aanpasbaar te wees in die krisissomstandighede.

Navorsing deur Belsey (2005) om te bepaal of MIV-pasiënte en hulle gesinne die nodige ondersteuning ontvang, het bevind dat baie navorsing in die verlede alleenlik op die behoeftes en gesinsomstandighede van jong kinders wat wees gelaat is weens 'n ouer wat as gevolg van MIV/VIGS gesterf het, gefokus het. Verder is daar op daardie stadium min aandag geskenk aan die gebruik van en behoefte aan sosiale ondersteuning onder gesinne met 'n MIV-positiewe lid en hoe die vermoë van huishoudings versterk kan word om die meervoudige uitdagings wat die MIV-epidemie skep, die hoof te bied.

Volgens Belsey (2005) het die Verenigde Nasies (VN) in 2001 die waarde van die rol wat die gesin speel by die voorkoming, versorging en ondersteuning van MIV-gesinslede nagevors. Na aanleiding van dié navorsing is regerings versoek om hulle strategieë, beleide en programme aan te pas, en so te fokus op die bydrae wat gesinne kan lewer om die land se kwesbaarheid ten opsigte van MIV/VIGS te verminder, veral strategieë, beleide en programme wat spesifiek daarop fokus om die vermoë van gesinne om die verskillende uitdagings van die MIV/VIGS-epidemie te hanteer, te verhoog (Belsey, 2005). Op grond van hierdie navorsing, wat onder toesig van die VN gedoen is, is daar ook aanbeveel dat gesinsveerkragtigheid bygevoeg word by die beroep van die Verenigde Nasies se program rakende MIV/VIGS (UNAIDS) om maatreëls wat benodig word om sosiale veerkragtigheid

onder gesinne te herstel. Volgens Belsey (2005) moet hierdie maatreëls vir gesinsveerkragtigheid veral konsentreer op:

- die bevordering van kommunikasie in die gesin;
- die beskerming en bevordering van die gesinslede se integriteit, regte en verantwoordelikhede; en
- die bevordering van die gesin se vermoë om te beplan vir die versterking van gesinsvermoë.

Die doelwit van hierdie voorstel was om te verseker dat die gesinslede se basiese behoeftes aandag geniet en die gesin se vermoë tot aanpasbaarheid versterk word. Om hierdie fundamentele doelwit te bereik, is moeilik aangesien beide die ontwikkeling van MIV/VIGS en die MIV/VIGS-epidemie die aard en struktuur van die gesin oor die jare verander het – moontlik teen 'n pas wat baie gesinne se vermoë tot aanpasbaarheid oorskry (UNESCO, 2013).

Omdat die gesinstruktuur weens MIV/VIGS baie kan verander, moet die gesin aangemoedig word om op hulle sterktes te konsentreer eerder as op die mislukkings en probleme van die verlede. Deur die gesin se sterktes en moontlike hulpbronne van sosiale ondersteuning te identifiseer en te ontwikkel, sal hulle beter in staat wees om toekomstige uitdagings te hanteer. Gesinsveerkragtigheid konsentreer juis op die kenmerke, dimensies en eienskappe wat gesinne in staat stel om voorkomend weerstand te bied teen die ontwinging wat gedurende hierdie krisissituasies kan plaasvind.

1.2 BESKRYWING VAN TERMINOLOGIE WAT IN TESIS GEBRUIK WORD

In hierdie afdeling sal ek enkele woorde definieer waarna daar voortdurend in die tesis verwys sal word. Dit sal die leser lei ten opsigte van wat bedoel word met die onderstaande terme:

Veerkrachtigheid: Individue met veerkrachtigheidseienskappe het die vermoë om tydens moeilike omstandighede te floreer of om te herstel en so weer na hulle normale funksionering terug te keer (McCubbin en McCubbin, 1988). **Gesinsveerkrachtigheid:** McCubbin en McCubbin (1988) beskryf gesinsveerkrachtigheid as sekere kenmerke, dimensies en eienskappe wat gesinne in staat stel om weerstand te bied teen ontwigting wat kan plaasvind gedurende krisissituasies, en dit wat gesinne help om in krisissituasies aanpasbaar te wees.

Gesin: 'n Gesin word beskryf as 'n groep nou verwante persone tussen wie daar 'n innige vertrouensverhouding bestaan en wat in dieselfde huis woon (Verklarende Handwoordeboek van die Afrikaanse Taal, 2000).

Die veerkrachtigheidsmodel van gesinstres, verstelling en aanpassing fokus op die vier belangrikste aspekte van gesinsfunksionering, naamlik interpersoonlike verhoudings, struktuur en funksie, ontwikkeling, welstand en spiritualiteit, en verhoudings met die gemeenskap. Hierdie vier gebiede word beïnvloed wanneer die gesin krisissituasies beleef, en die gesin moet dus probeer om 'n sin vir balans en harmonie in al vier hierdie gebiede te bereik (McCubbin & McCubbin, 1996). Hierdie model verduidelik ook dat gesinsveerkrachtigheid twee prosesse insluit, naamlik verstelling (skikking) en aanpassing. Die funksie van die verstellingsfase is om die balans en harmonie in die bogenoemde gebiede van gesinsfunksionering tydens moeilike situasies te herstel. Die aanpassingsfase verwys na die prosesse wat die gesin in staat stel om veranderinge te maak om so aan te pas na 'n krisis (McCubbin & McCubbin, 1996).

'n **Sterktegebaseerde benadering:** Volgens Ebersön en Elof (2001) kan die sterktegebaseerde benadering gesien word as die 'halfvol glas'-benadering tot intervensie, of as die 'vermoëgefokusde alternatief'. Twee basiese beginsels van hierdie perspektief is dat

elke individu, gesin, groep en gemeenskap sterktes besit en dat elke omgewing oor hulpbronne beskik (Johnson & Yanca, 2007). 'n Sterktegebaseerde benadering konsentreer op die sterktes, vermoëns, vaardighede en bates in 'n sosiale stelsel (Johnson & Yanca, 2007). Interne sterktes, bates, hulpbronne en positiewe, konstruktiewe intra-psigiese eienskappe word in hierdie benadering beklemtoon. Interne sterktes het 'n beduidende invloed op 'n gesin se geestesgesondheid en welstand (Ebersön & Eloff, 2001).

Positiewe Sielkunde: Dit verwys na die wetenskaplike studie van optimale menslike funksionering wat daarop konsentreer om die faktore wat individue en gemeenskappe toelaat om bo hulle omstandighede uit te styg, te ondersoek en te bevorder (Gillham & Seligman, 1999). Positiewe Sielkunde verwys oor die algemeen na die bestudering van positiewe emosies en karaktereenskappe in mense en gesinne (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Gable en Haidt (2005) verduidelik verder dat Positiewe Sielkunde-navorsing die bydrae van sekere prosesse wat mense in staat stel om optimaal te funksioneer en te floreer ondanks moeilike omstandighede, bestudeer. Positiewe Sielkunde probeer om te beklemtoon dat beide negatiewe en positiewe aspekte deel uitmaak van die lewe, terwyl Kliniese Sielkunde in die verlede hoofsaaklik op navorsing oor geestesversteurings, negatiewe aspekte en tekortkominge gekonsentreer het (Gable & Haidt, 2005).

Sosiale ondersteuning: Sosiale ondersteuning word gedefinieer as 'om versorg te word', liefde te ontvang, gewaardeer te word, en om op ander te kan staatmaak indien nodig (Friedland, Renwick, & Mccoll, 1996). Sosiale ondersteuning is deur Cobb (1976) beskryf as die inligting wat individue in staat stel om te glo hulle is deel van 'n groter netwerk. Lede van hierdie groter netwerk sluit familieledede, vriende, professionele en informele verhoudings in. Hierdie verhoudings verskaf verskillende vorme van bystand aan individue met verskeie behoeftes. Die term 'sosiale ondersteuning' verwys dus na die voorkoms, hoeveelheid en soorte interpersoonlike verhoudings, sosiale netwerke of bronne van ondersteuning wat die

individue het. Dit fokus ook op hoe hierdie interpersoonlike verhoudings op 'n konkrete, inligting en emosionele vlak funksioneer.

MIV en VIGS: MIV staan vir 'menslike immuuniteitsgebrekvirus'. VIGS is die afkorting vir 'verworwe immuuniteitsgebreksindroom'. 'n Onderskeid word tussen die twee konsepte gemaak, want as iemand MIV het, beteken dit dat die persoon met die virus besmet is, maar die immuunstelsel is nog nie noodwendig op hierdie stadium in die gedrang nie (AVERT, 2011). Die MIV val die immuunstelsel, wat die liggaam se verdedigingsmeganisme teen infeksies is, aan. Die immuunstelsel produseer selle wat teenliggaampies genoem word om infeksies te beveg of kieme dood te maak en het daarom 'n lewensnoodsaaklike rol in die menslike liggaam (Van Dyk, 2009). Die immuunstelsel bestaan uit 'n aantal bloedproteïene en witbloedselle. Hierdie komplekse stelsel beveg aanvalle deur indringerorganismes (AVERT, 2011). Die MIV vernietig uiteindelik hierdie selle in die immuunstelsel, wat die individue se liggaam weerloos laat vir infeksies (AVERT, 2011). Individue wat met die MIV besmet is, word so dan aan opportunistiese infeksies blootgestel.

Opportunistiese infeksies is infeksies wat in 'n gesonde individue se liggaam gewoonlik nie siektes veroorsaak nie. Hierdie infeksies benut egter die geleentheid wat 'n MIV-positiewe persoon se verswakte immuunstelsel bied, en val die liggaam aan wat lei tot VIGS en uiteindelik ook die dood (Van Dyk, 2009).

CD4-selle: Die MIV-infeksie kom voor as die virus in die individue se liggaam binnekom. Hy/sy het dan nog nie self die siekte nie en lyk en voel dikwels gesond, maar is in staat om die MIV-virus aan ander individue oor te dra. As die virus eers in die bloedstroom is, val dit sekere selle in die immuunstelsel aan. Dit word CD4-selle genoem. Die funksie van hierdie selle is gewoonlik om die liggaam te help om infeksies teen te werk (Musingafi, Rugonye, & Zebon, 2012). In die laaste fase van die MIV-infeksie vernietig die MIV-virus 'n groot aantal

CD4-selle totdat die liggaam se vermoë om ander virusse en bakterieë te beveg heeltemal afgeneem het. Dit veroorsaak uiteindelik dat die immuunstelsel heeltemal ophou funksioneer en die individu se liggaam word gevolglik weerloos gelaat vir infeksies (Musingafi et al., 2012).

Die belangrikste soort behandeling beskikbaar vir MIV/VIGS is **antiretrovirale behandeling (ARB)**. Dit is nie 'n kuur nie, maar dit kan pasiënte se lewens drasties verleng. Die doel van ARB is om die aantal MIV-virusse in die persoon se liggaam op 'n lae vlak te hou (Van Dyk, 2009).

Palliatiewe sorg: Pasiënte wat ernstig siek of sterwend is, benodig moontlik pynverligting en dit verg die aandag van gekwalifiseerde verpleegkundiges. Palliatiewe sorg kan gedefinieer word as sorg wat daarop fokus om na die pasiënt se konkrete behoeftes om te sien, byvoorbeeld deur pynverligting (Van Dyk, 2009).

Die **ekologiese perspektief** toon aan hoe die gesin by 'n veranderde omgewing kan aanpas ten einde te oorleef en vir die nodige bronne te kompeteer (Sheafor, Horejsi, & Horejsi, 2000). Die ekologiese perspektief kan dus begrip bevorder rondom MIV deur te kyk na die individuele en omgewingsfaktore wat tot MIV bydra deur dit op verskeie vlakke, waar die een vlak die ander vlak beïnvloed, te assesseer (Sheafor et al., 2000).

1.3 RASIONAAL EN MOTIVERING VIR HIERDIE STUDIE

There would be no society without families, but equally there would be no families if society did not already exist. (Lévi-Strauss, 1996)

Die gesinstelsel het heel moontlik die grootste invloed op individuele ontwikkeling oor alle lewensfases heen. Die gesinstelsel beïnvloed nie net die individu en gesinslede nie, maar ook die breër gemeenskap waarin die gesin sigself bevind. Ten spyte daarvan dat die gesinstelsel

gekonfronteer word deur baie stressors en eise, word daar van gesinne verwag om aanpasbaar en veerkragtig te wees en 'n beskermende omgewing vir die gesinslede te skep wat groei bevorder (Frude, 1991).

Probleme en uitdagings lei egter nie noodwendig altyd tot patologiese reaksies onder gesinslede nie. Jenkins (1997), wat navorsing gedoen het oor individue in moeilike omstandighede, stel dit soos volg: “what we have seen ... are truly remarkable instances of human resilience and irresistibility” (p. 40). Die vermoë om 'n krisis te hanteer en te herstel van moeilike omstandighede word die beste gekonseptualiseer deur die term ‘veerkragtigheid’. Afkomstig van Latyns, beteken veerkragtigheid ‘om terug te spring of te bons’ (Silliman, 1994). Veerkragtigheid dui dus die vermoë aan om terug te keer na normaal ná moeilike omstandighede, sowel as die vermoë om uit te styg bo moeilike omstandighede en stressituasies (Hawley & De Haan, 1996; Walsh, 1996).

Navorsing toon dat MIV/VIGS dikwels verhoudings in 'n huishouding kompliseer en ook breër gesinsnetwerke negatief beïnvloed (Edwards, 2006). Daar is ook bevind dat die MIV-stigma 'n beduidende invloed het op die huishouding se identiteit en interaksies onder mekaar (Bor & Du Plessis, 1997). Om dié rede ervaar individue wat MIV-positief is en hulle huishoudings dikwels spanning, sosiale isolasie en probleme in hulle gemeenskap (Edwards, 2006). Die MIV-stigma beïnvloed ook hierdie huishoudings se interaksie met hulle gemeenskap, vriende en die mense saam met wie hulle werk (Li et al., 2008).

Die teenwoordigheid van 'n MIV-pasiënt in 'n gesin het dus 'n uitwerking binne die huishouding sowel as op die eksterne omgewing. 'n MIV-diagnose veroorsaak dus probleme vir sosiale netwerke waarbinne die gesin hulle bevind, maar sosiale netwerke is noodsaaklik vir gesinsveerkragtigheid en funksionering. Om hierdie struikelblokke te oorkom, is 'n sterk ondersteuningstelsel baie belangrik (Li et al., 2008).

Daar is egter nog min navorsing gedoen oor die gebruik van en behoefte aan sosiale ondersteuning onder huishoudings met MIV-positiewe gesinslede. Daarom het die huidige navorsingstudie daarop gefokus en wou hierdie studie aantoon hoe die bevindinge aangewend kan word om hierdie behoeftes in ander huishoudings die hoof te bied. Hierdeur kan professionele persone en instansies bewus gemaak word van die aard van sosiale ondersteuning en die behoefte daaraan by hierdie huishoudings.

1.4 NAVORSINGSVRAAG EN DOELSTELLINGS

Die navorsingsvraag in hierdie ondersoek is: *Wat is die gebruik van sosiale ondersteuning, sowel as die behoeftes in hierdie verband onder Xhosa huishoudings met lede wat MIV-positief gediagnoseer is?*

Die spesifieke doelwitte van hierdie studie is –

- om die gebruik van sosiale ondersteuning onder gesinne met 'n MIV-positiewe lid vanuit hulle perspektief te beskryf;
- om die behoeftes met betrekking tot sosiale ondersteuning onder gesinne met 'n MIV-positiewe lid te bepaal; en
- om aanbevelings te maak ten opsigte van die bevordering van ondersteuning vir gesinne met 'n MIV-positiewe lid.

1.5 NAVORSINGSONTWERP

'n Verkennende en beskrywende navorsingsontwerp is gebruik (De Vos, Strydom, Fouché, & Delport, 2011). Die ontwerp is beskrywend van aard omdat die data wat ontleed is, aangewend is om 'n beskrywing te gee van die sosiale ondersteuning waarvan MIV-positiewe huishoudings gebruik maak en wat die huishoudings se behoeftes met betrekking tot sosiale

ondersteuning is (De Vos et al., 2011). In hierdie kwalitatiewe ondersoek is 'n meervoudige gevallestudie benadering gebruik. Hierdie gevallestudie-metode maak 'n in-diepte ondersoek na verskeie aspekte moontlik wat betref komplekse probleme in die werklike lewe (Crowe et al., 2011). Die kernaspek van hierdie metode is dat gebeure of verskynsels in hulle natuurlike omgewing ondersoek word. Die gevallestudie-metode is veral geskik waar daar gekyk word na *hoe*-, *wat*- en *hoekom*-vrae en ook waar daar byvoorbeeld gekyk word na gapings in dienslewering (Crowe et al., 2011). Daarom is hierdie metode gekies vir die huidige navorsingstudie om die gebruik van en behoefte aan sosiale ondersteuning onder huishoudings met MIV-positiewe lede te kon identifiseer en beskryf (Crowe et al., 2011).

1.6 ETIESE OORWEGINGS

Aangesien etiese aspekte meer volledig in hoofstuk 4 bespreek word, word hier slegs verwys na die instansies by wie toestemming verkry is om die navorsing te doen en daaroor te rapporteer. Die instansies is:

- die @heart-organisasie vir MIV-toetsing en berading op Stellenbosch; en
- die Navorsingsetiekkomitee: Menslike Navorsing van Universiteit Stellenbosch van wie etiese klaring verkry is (Etiekkomitee oor Gesondheidsnavorsing: Protokol Nommer: HS1089/2014).

1.7 UITEENSETTING VAN HOOFSTUKKE

In hoofstuk 1 word die agtergrond vir die navorsing aangedui en is die motivering vir die studie verskaf. Daarna is 'n beskrywing van die navorsingsprobleem en die navorsingsdoelwitte sowel as die navorsingsbeplanning gegee. Laastens is 'n lys met sleutelsterme verskaf. In hoofstuk 2 word die teoretiese grondslag van die navorsingstudie aangebied. Hier word die aandag gevestig op teorieë wat op gesinsveerkragtigheid en sosiale

ondersteuning konsentreer. Hoofstuk 3 behels 'n literatuuroorsig van vorige navorsing wat aansluit by die tema van die huidige ondersoek. Studies rakende gesinsveerkragtigheid en sosiale ondersteuning onder MIV-positiewe individue en gesinne word weergegee en bespreek. Die MIV-epidemie word ook grondig bespreek sowel as die onderskeie fases van MIV/VIGS.

In hoofstuk 4 word die metode van ondersoek beskryf. Hier word 'n beskrywing verskaf van die navorsingsontwerp sowel as die steekproef van deelnemers wat aan die huidige studie deelgeneem het. Die data-insamelingsprosedure sowel as die prosedure van steekproeftrekking word ook deeglik beskryf. Laastens word etiese aspekte en oorwegings bespreek. In hoofstuk 5 rapporteer ek die resultate van die huidige studie. Die kwalitatiewe bevindings word geïllustreer met aanhalings uit die getranskribeerde onderhoude. 'n Interpretasie en bespreking van die data word aangebied en in verband gebring met relevante literatuur. In hoofstuk 6 bied ek gevolgtrekkings na aanleiding van die resultate van hierdie studie aan en verduidelik ek die sterkpunte en beperkinge van hierdie navorsing. Laastens bied ek oorwegings vir toekomstige navorsing wat oor hierdie onderwerp beplan word, aan.

Hoofstuk 2

TEORETIESE GRONDSLAE

2.1 INLEIDING

As 'n samelewing het ons 'n lang geskiedenis waar daar hoofsaaklik gefokus is op die oorsake van siektes en die tekortkominge by individue of gesinne. In die 1970's het heelwat sosiale wetenskaplikes egter hulle oriëntering begin skuif en begin vra wat sommige individue in staat stel om gesond te bly en goed te doen in tye van risiko en moeilike omstandighede, terwyl ander nie hierdie vermoë het nie. Na aanleiding van bostaande vraag het navorsing die afgelope 20 jaar bewys dat spesifiek gesinne kan oorleef en selfs floreer ten spyte van moeilike omstandighede (Walsh, 2003). Gevolglik het navorsing op die gebied van gesinsielkunde die klem verskuif van tekortkominge van die gesin na gesinsterktes, en word daar tans probeer om te verduidelik hoekom sommige gesinne wat in moeilike omstandighede leef steeds eienskappe van veerkragtigheid toon.

Die gesinsveerkragtigheid-benadering het toenemend ondersteuning onder navorsers begin kry omdat dit inpas by die salutogene paradigma. Volgens hierdie benadering word gesinne gesien as dat hulle uitdagings ervaar, eerder as dat hulle permanent daardeur beskadig word, en dat hulle in staat is om uitdagings te weerstaan en van hierdie krisis of volgehoue stressors te herstel (Walsh, 1996).

'n Veerkragtigheidsbenadering is veral geskik in die 21ste eeu, waar gesinslewe voortdurend teen 'n baie vinnige pas verander. Gesinne ervaar baie onderbrekings, onsekerhede en verliese as gevolg van sosiale en ekonomiese uitdagings (Walsh, 1996). Gesinne moet in staat wees om die uitdagings wat oor hulle pad kom, te hanteer met wedersydse ondersteuning,

buigsaamheid en innovering om so die onderskeie uitdagings en eise van die lewe te kan weerstaan (Walsh, 1996).

2.2 OORSIG OOR DIE HOOFSTUK

In hierdie hoofstuk word die teoretiese ontwikkeling en perspektiewe ten opsigte van sosiale ondersteuning en gesinsveerkragtigheid bespreek. Eerstens sal daar gekyk word na die teorie van en empiriese bevindinge oor veerkragtigheid en die begrip ‘gesinsveerkragtigheid’. Daarna word die evolusie van gesinsveerkragtigheidsmodelle beskryf met inbegrip van Hill se ABCX-model (1949), die veerkragtigheidsmodel van gesinstres, verstelling en aanpassing (McCubbin & McCubbin, 1996) en ook Walsh (2003) se gesinsveerkragtigheidsraamwerk. Daarna word daar gekyk na gesinsterktenavorsing, die begrip ‘positiewe sielkunde’ en ook na die verband tussen positiewe sielkunde en veerkragtigheid. Laastens word daar gekyk na definisies van sosiale ondersteuning, navorsing met betrekking sosiale ondersteuning, navorsing oor die verband tussen sosiale ondersteuning en MIV/VIGS en ook die motivering vir die keuse van die veerkragtigheidsmodel as teoretiese grondslag vir die huidige studie.

In die volgende afdeling word daar eerstens gefokus op die ontwikkeling van veerkragtigheid en die modelle wat gebruik word om veerkragtigheidsfaktore in gesinne te identifiseer.

2.3 TEORIE VAN EN EMPIRIESE BEVINDINGE OOR VEERKRAGTIGHEID

Die begrip ‘veerkragtigheid’ en die bestudering daarvan het ontstaan vanuit teorie oor stres en hantering van ‘n krisis op die gebied van individuele ontwikkelingsielkunde (Garmezy, Masten, & Tellegen, 1984; Hawley, 2000; Rutter, 1987). Die meeste van die studies het probeer identifiseer hoe sommige kinders van ouers met geestesgesondheidsprobleme in staat was om die vroeë ervarings van mishandeling te bowe te kom en funksionele lewens te kon lei (Walsh, 1996).

2.3.1 Die aanvanklike fokus op individuele veerkrachtigheid

In die 1980's het dit duidelik geword dat dieselfde struikelblokke tot verskillende uitkomstes kan lei, byvoorbeeld terwyl sommige kinders se lewens daardeur erg ontwrig word, kan ander dieselfde situasies oorkom en produktiewe lewens lei (Garmezy et al., 1984; Rutter, 1987; Walsh, 2012).

As gevolg van hierdie resultate rakende individue en veerkrachtigheid het 'n belangstelling ontstaan in die bestudering van welstand en sterktes. Antonovsky (1987) het die begrip 'salutogenese' bekend gestel, en ander navorsers het probeer om persoonlikheidseienskappe wat sommige individue in staat stel om moeilike omstandighede te hanteer en veerkrachtig te wees ten spyte van struikelblokke, te identifiseer (Antonovsky, 1996; Dohrenwend & Dohrenwend, 1981; Lazarus, 1991). Alhoewel die aanvanklike studies primêr op individue en persoonlikheidseienskappe, sowel as kognitiewe en intra-persoonlike prosesse gefokus het, het die studies ook verder daarop gewys dat hierdie individue gevestig was in stelsels soos 'n kerngesin, familiegroep en die breër gemeenskap (Smith, 2006; Wolin & Wolin, 1993).

Gesinne word dus beskou as 'n beskermingsfaktor vir individue wat potensieel die risiko van moeilike omstandighede loop. Ten spyte van die siening dat gesinne as 'n beskermingsfaktor beskou kan word, het die individu steeds die belangrikste ontledingseenheid in veerkrachtighedsnavorsing gebly (Hawley, 2000). Soos wat navorsing uitgebrei het en die uitwerking van moeilike omstandighede op die gesin en sosio-kulturele invloede toenemend waargeneem is, het gesinsnavorsers die rol wat die gesin speel om individuele lede veerkrachtig te maak, toenemend ondersoek (Garmezy et al., 1984; Rutter, 1987; Werner, 1993). Hierdie verskuiwing in fokus het gelei tot die bestudering van gesinsveerkrachtigheid.

2.3.2 Die begrip gesinsveerkragtigheid

Die verskuiwing na gesinsveerkragtigheid was egter nie eenvoudig nie. Die vraag het ontstaan of veerkragtigheid gesien moet word as 'n gesinsvlak-konstruksie eerder as 'n samestelling van veerkragtigheide wat onder individuele gesinslede voorkom. Gevolglik is daar tans twee benaderings met betrekking tot gesinne en veerkragtigheid (Hawley & De Haan, 1996).

Aan die een kant word veerkragtigheid gesien as 'n individuele faktor, met die gesin wat dien as 'n beskermings- of risikofaktor, terwyl dit aan die ander kant gesien word as 'n sistemiese eienskap wat deur die gesinseenheid as geheel gedeel word (Hawley & De Haan, 1996). Laasgenoemde siening, dat veerkragtigheid gesien word as 'n gesinsvlak-konstruksie, is besig om al meer gewild te raak. 'n Basiese siening van die sistemiese benadering is dat krisisse 'n invloed het op die gesin as geheel en nie net op individuele gesinslede nie. Die gesin word dus gesien as 'n identiteit op sigself, met die individuele lede as slegs komponente van die gesin (Van Breda, 2001). Hierdie sistemiese benadering is ook in die huidige studie gehuldig. Die gesin as 'n geheel (of die gesinstelsel) was dus die ontledingseenheid.

2.3.2.1 Die rol van navorsers om die begrip gesinsveerkragtig te verfyn en te omskryf

Navorsers soos McCubbin en McCubbin (1988) en Walsh (1996) het teorieë oor gesinsvlak-veerkragtigheid versterk en het daarmee verseker dat vordering gemaak is met navorsing oor gesinsveerkragtigheid. Sodanige ontwikkeling is belangrik as daar gekyk word na die aantal uitdagings en veranderinge waarmee hedendaagse gesinne te doen kry.

Vervolgens word enkele definisies van gesinsveerkragtigheid gegee. McCubbin en McCubbin (1988) definieer gesinsveerkragtigheid as die kenmerke, dimensies en eienskappe van gesinne wat hulle help om weerstandig te wees teen ontwigting en struikelblokke as gevolg van veranderinge, en om sodoende aanpasbaar te wees in tye van krisissituasies. Hulle stel dit

verder dat gesinsveerkragtigheid ook gedefinieer kan word as die positiewe gedragspatrone en funksionele vermoë wat individuele lede en die gesinseenheid onder stresvolle of uitdagende omstandighede demonstreer en waardeur die gesin se vermoë om te herstel, bepaal word. Volgens Walsh (1996) verwys gesinsveerkragtigheid na die kernprosesse wat gesinne in staat stel om krisisse meer effektief te hanteer.

Hawley en De Haan (1996) dui aan dat gesinsveerkragtigheid die pad is wat 'n gesin volg algaande hulle aanpas en floreer ten spyte van stressors of moeilike omstandighede, beide op die oomblik en met verloop van tyd. Volgens hulle reageer veerkragtige gesinne positief op hierdie omstandighede en op unieke maniere, na gelang van die verhoudings, ontwikkelingsvlak, die interaktiewe kombinasie van risiko- en beskermingsfaktore, en die gesin se gedeelde lewensbeskouing. Hawley en De Haan (1996) wys ook op die belangrikheid daarvan om gesinsveerkragtigheid as 'n ontwikkelingskonstruk te sien en gesinsveerkragtigheid te verbind met die pad wat 'n gesin volg met verloop van tyd, en hulle algaande by stresvolle omstandighede aanpas. Hawley en De Haan (1996) se beskrywing van gesinsveerkragtigheid stem ooreen met Walsh (1996) se siening dat veerkragtigheid uniek is en 'n proses is wat van gesin tot gesin kan verskil.

Al die voorafgaande definisies van gesinsveerkragtigheid fokus op die onderstaande kernelemente:

- veerkragtigheid kom voor wanneer die gesin moeilike omstandighede ervaar;
- veerkragtigheid word gereflekteer in die manier waarop die gesin teenoor die moeilike omstandighede of stressors reageer;
- veerkragtigheid verwys na die vermoë om te herstel, of na 'n vlak van funksionering soos voor die krisis terug te keer, of selfs na 'n beter vlak as voor die krisis te beweeg;
- veerkragtigheid word geëvalueer aan die hand van sterktes eerder as tekortkominge;

- veerkragtigheid is dinamies van aard en verwys na 'n pad wat gesinne met verloop van tyd volg, in reaksie op moeilike omstandighede; en
- die pad wat gesinne volg om te herstel sal egter verskil, na gelang van die spesifieke stressors (Hawley & De Haan, 1996; Walsh, 1996).

Die begrip 'gesinsveerkragtigheid' word steeds uitgebou op grond van navorsing (Hawley & De Haan, 1996; Walsh, 1996) in verband met gesinstres wat reeds bekend is. Vorige navorsing oor stres en hantering het gelei tot 'n beter begrip van die gesin as 'n stelsel en die wyse waarop hierdie stelsel kan ly as gevolg van stresvolle situasies (Van Breda, 2001). Met verloop van tyd het literatuur oor gesinstres begin beklemtoon dat gesinne wel in moeilike omstandighede kan floreer en op hulle sterktes kan staatmaak ten einde by moeilike situasies aan te pas. Hierdie bevindinge het oorsprong gegee aan die verkenning van stressors, risiko- en beskermingsfaktore in gesinne, en die ontwikkeling van gesinsveerkragtigheidsmodelle (Van Breda, 2001).

2.3.3 Empiriese verkenning van stressors, risiko- en beskermingsfaktore in gesinne

Stressors of risikofaktore in 'n gesin, hetsy biologies, sosiaal, ekonomies of psigososiaal, vergroot die kans dat gesinsprobleme kan ontwikkel (McCubbin et al., 1997). Navorsing (Jansen, 1994) met betrekking tot gesinstres en hantering het stressors definieer aan die hand van normatiewe stressors (verwagte stressors, bv. ouerskap) en nie-normatiewe stressors (onverwagde stressors, bv. siektes). In studies deur Larson, Wilson, en Beley (1994) en Voyandoff en Donnelly (1988) is bevind dat nie-normatiewe stressors soos werksonsekerheid en afdankings 'n invloed het op die huweliksverhouding en ook op die gesin se probleemoplossingsvaardighede. Studies wat die invloed van 'n kind se kroniese siekte op die gesin ondersoek het, het 'n twee-keer groter risiko vir sielkundige en gedragsprobleme by die kind en 'n toenemende risiko vir gesinsprobleme gerapporteer (Lavigne & Faier-Routman,

1992; Wallander & Varni, 1998). Tydens 'n ander studie (Patterson, Leonard, & Titus, 1992) oor siek kinders wat by die huis gebly het, is bevind dat in 75% van die gesinne een of beide van die ouers psigiatriese probleme op 'n standaardskaal vir die meting van simptome getoon het (Patterson et al., 1992).

Daar is egter 'n verdeeldheid in die literatuur oor die graad van erns van 'n risiko voordat die gesin se pogings om aan te pas as bewyse van veerkragtigheid gesien kan word (Patterson, 1993). Aan die een kant definieer Masten en Coatsworth (1998) ernstige stres of risiko's as die resultaat van:

- (a) 'n hoë risiko as gevolg van volgehoue blootstelling aan moeilike omstandighede, bv. armoede;
- (b) blootstelling aan traumatiese gebeure, bv. oorlog of
- (c) 'n kombinasie van die twee.

Maar, vanuit hierdie perspektief kan slegs 'n klein aantal gesinne dus as veerkragtig gesien word. 'n Ander perspektief stel voor dat enige gesin wat effektief funksioneer in moeilike omstandighede as veerkragtig gesien kan word (Walsh, 1998). Selfs klein gebeure kan ernstige stres veroorsaak en groot veranderinge vereis.

Om gesinsveerkragtigheid beter te verstaan, is dit belangrik om beskermingsfaktore te identifiseer. Beskermingsfaktore is hulpbronne of eienskappe van die individu, sy/haar gesin en hulle omgewing wat die uitwerking van 'n stresvolle situasie op die individu beperk of teenstaan (Patterson, 1993). Beskermingsfaktore verbeter dus die gesin se kanses om suksesvol aan te pas ná 'n krisis, en kan voorkom by individuele gesinslede, by die gesin as 'n eenheid of in hulle omliggende gemeenskap.

Wolin en Wolin (1993) het individue bestudeer wat moeilike omstandighede, soos alkoholisme en geestesversteurings, in hulle gesinne van oorsprong te bowe gekom het. Hulle het tot die gevolgtrekking gekom dat individuele eienskappe soos insig, onafhanklikheid, inisiatief en humor belangrike beskermingsfaktore in hierdie situasies was. Garmezy et al. (1984) het ook beskermingsfaktore ondersoek by kinders en het bevind dat interpersoonlike faktore soos iemand wat belangstelling toon in die kind, en persoonlike karaktereienskappe soos temperament, faktore is wat tot kinders se veerkragtigheid bydra.

In verdere studies is die invloed van sosiale ondersteuning op gesinne ondersoek. Walsh (1996) het bevind dat gesinne wat in staat is om sosiale ondersteuning te benut meer weerstandig was tydens groot krisis en ook beter in staat was om te herstel na hierdie krisissituasies as gesinne wat geen sosiale ondersteuning gebruik het nie. Die belangrikheid van ondersteuning deur gesinslede en familielede word deur Barnard (1994), Hawley en De Haan (1996) en Walsh (1998) beklemtoon. Ander navorsers beklemtoon die belangrikheid van sosiale ondersteuning deur vriende (Hawley & De Haan, 1996). 'n Algemene voorkoms in hierdie studies is die siening dat die gesin self as 'n beskermingsfaktor beskou kan word (Hawley, 2000).

Die belangrikheid van beskermingsfaktore in krisissituasies verskil egter na gelang van die fase van die gesin se lewensiklus, asook die gesin se ras, kultuur en etnisiteit (McCubbin, 1995; Patterson, 2002). Die prominentste beskermingsfaktore wat oor alle fases van 'n gesin se lewensiklus heen as belangrik bevind is, was gesinsvieringe, gesinsgehardheid, gesinstyd, gesinsroetines, gesinstradisies en gesinsondersteuningstelsels (McCubbin, McCubbin, Thompson, Han, & Chad, 1997).

Gordon Rouse, Longo, en Trickett (2000) identifiseer emosionele ondersteuning tussen gesinslede onderling, duidelike grense en reëls, en gereelde kontak tussen gesinslede as

beskermingsfaktore wat tot veerkragtigheid in gesinne bydra. Gebaseer op hulle hersiening van vorige werk, dui McCubbin et al. (1997) gevolglik die volgende tien algemene beskermingsfaktore aan wat betref gesinsveerkragtigheid: die gesin se vermoë tot probleemoplossing, kommunikasie, gelykheid, spiritualiteit, buigsaamheid, waarheidliewendheid, hoop, gesinsgehardheid, gesinstyd en roetines, sosiale ondersteuning en gesondheid. Baie van hierdie faktore is ingewerk by die veerkragtigheidsmodelle en sal later in meer besonderhede bespreek word (vergelyk afdeling 2.5).

2.3.4 Die evolusie van gesinsveerkragtigheidsmodelle

Ontwikkelingsielkundiges het begin ontdek dat die veerkragtigheidsproses verskeie transaksies tussen verskeie stelsels in ekologiese verband insluit. Hulle het ook bevestig dat beide risiko- en beskermingsfaktore kan voorkom binne individue, gesinne en die breër gemeenskap (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000). Gesinstreoteoretici soos Boss (2001) beklemtoon gesinstres as 'n baie belangrike fokus en noem dat veral die gemeenskap en kulturele verband van die gesin in ag geneem moet word tydens krisissituasies, om so te begryp hoe en hoekom verskillende gesinne stres ervaar en hoe hulle dan op stressituasies reageer.

Gesinne is op 'n daaglike basis betrokke by 'n relatiewe stabiele interaksiepatroon soos wat hulle balans tussen die bestaande vereistes van die gesin probeer handhaaf. Nógans is daar tye wanneer die gesin se eise die gesin se vermoëns drasties oorskry. Wanneer hierdie wanbalans volhou, ervaar die gesin dikwels 'n krisis, wat 'n tydperk van kenmerkende disekwilibrium en disorganisasie is. 'n Krisis is dikwels 'n keerpunt vir 'n gesin, wat lei tot groot veranderinge in hulle struktuur en interaksiepatrone, of beide (McCubbin & Patterson, 1983).

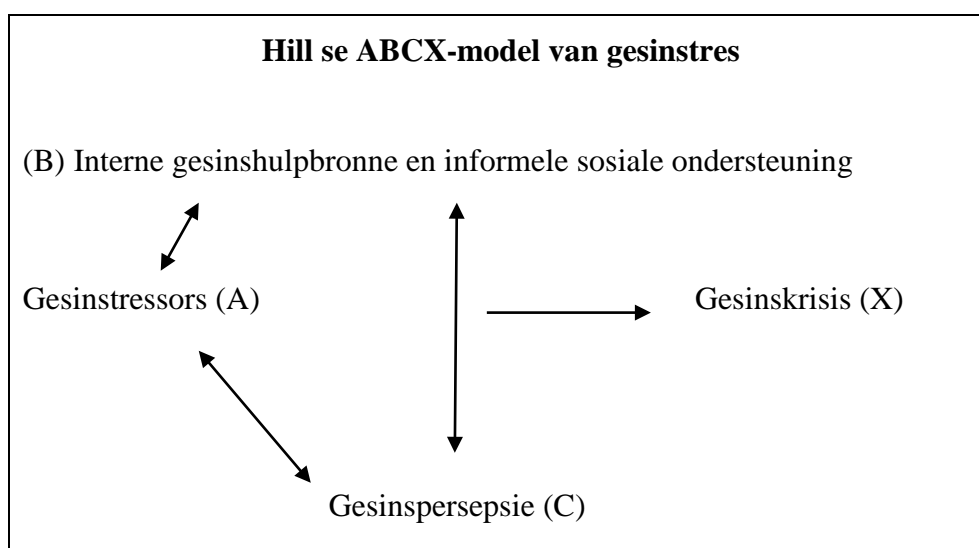
Die gesin is 'n integrale eenheid van die samelewing. Die welstand en veerkragtigheid van gesinne en gemeenskappe is inherent verbind (Landau, Cole, Tuttle, Clements, & Stanton, 2000). Alhoewel gesinne inherent bevoeg en veerkragtig is, is dit waarskynlik dat gesinne en gemeenskappe wat drie of meer groot lewensoorange in 'n kort tydjie ervaar, stres sal beleef tot op die punt van simptomatiesse gevolge. Dit is veral 'n gegewe as daar 'n wanbalans is tussen die gesin se stressors en hulle hulpbronne (Landau et al., 2000). Gesinne hanteer elkeen hulle eie unieke traumas en oorange, alhoewel nie in isolasie nie. Die uitwerking vloei na buite tot in die gemeenskap na vriende, bure, skole, instansies, gesondheidsorg en ander natuurlike ondersteuningstelsels. Wanneer die balans of stressors en hulpbronne versteur word deur onvoorspelbare of groot verliese, ontwikkel individue, gesinne en gemeenskappe onbewustelik aanpassingsgedrag en hanteringsmeganismes (Landau, 2007).

Soos met individuele en gesinsverliese en trauma, is die gevolge van gemeenskapstressors ook selde slegs beperk tot diegene wat direk geraak word (Bell, 2004; Garmezy et al., 1984; Landau et al., 2000; Rutter, 1987; Walsh & McGoldrick, 1991). Ten spyte van geen sigbare verband tussen natuurrampe, kroniese siektes, trauma, verslawing, geweld en gesinsveerkragtigheid nie, is betekenisvolle verbintenisse wel tussen hulle gedokumenteer (Centers for Disease Control and Prevention, 2011; Milstein, 2002; Singer & Clair, 2003). Na aanleiding van bogenoemde navorsing het gesinsveerkragtigheidsmodelle dus begin ontwikkel om gesinsfunksionering tydens moeilike omstandighede en krisissituasies te beskryf. Eerstens word gekyk na Hill (1949) se ABCX-model.

2.3.4.1 Hill se ABCX-model

Die meeste navorsing sedert die 1970's rakende gesinstres is gebaseer op Hill (1949) se ABCX-model (vergelyk Figuur 2.1) ten opsigte van gesinstres en gesinsbestuur. Alhoewel ander meer gesofistikeerde modelle sedertdien ontwikkel is, bly Hill se model die belangrikste

prototipe (Van Breda, 2001). Hill (1949) het die model ontwikkel om te verduidelik hoekom gesinne wat deur dieselfde krisis gekonfronteer word, verskil in hulle vermoë om by moeilike omstandighede aan te pas. Volgens Hill se ABCX-model, is die gesin se vermoë om 'n potensiële krisissituasie (X) te hanteer, afhanklik van die interaksie tussen drie faktore: faktor A (die stressor), faktor B (die gesin se hulpbronne en sterktes) en faktor C (die gesin se interpretasie van die stressorsituasie) (McKenry & Price, 1994). Faktore B en C kom binne die gesin self voor en moet gesien word in die lig van die gesin se waardes en strukture, terwyl faktor A buite die gesin voorkom en 'n element is van die gebeure self.



Figuur 2.1. Hill se ABCX model van gesinstres (Hill, 1949)

Kortliks dui die model aan dat 'n stressor (A) in interaksie tree met die gesin se hulpbronne (B) en die gesin gee interpretasie aan die gebeure (C) om die krisis te produseer (X). Die model illustreer dus dat 'n gesin se aanpassing tot 'n krisis gemanifesteer word deur die interaksie tussen die gesin se hulpbronne en hulle persepsies van die situasie. 'n Ander model rakende gesinsveerkragtigheid wat ontwikkel is, is die veerkragtigheidsmodel van gesinstres, verstelling en aanpassing. Dit word in afdeling 2.3.4.2 bespreek.

2.3.4.2 Die veerkragtigheidsmodel van gesinstres, verstelling en aanpassing

Die veerkragtigheidsmodel van gesinstres, verstelling en aanpassing (voortaan word hierna verwys as die ‘veerkragtigheidsmodel’) is deur McCubbin en McCubbin (1996) ontwikkel in ’n poging om te demonstreer en te beskryf hoekom sekere gesinne ná krisisse kan aanpas terwyl ander nie daartoe in staat is nie. Hierdie model het egter ontstaan vanuit vroeë modelle oor gesinsveerkragtigheid (Boss, 2001; Hill, 1949; McCubbin, 1995; McCubbin & Patterson, 1983; Patterson, 1988).

Die veerkragtigheidsmodel het hoofsaaklik uit die ABCX-model wat deur Hill (1949) ontwikkel is, ontstaan. Volgens Hill se model verwys A na die stressor, B na die hulpbronne, C na die definisie van die stressor en X na die gesinskrisis. Ná hierdie oorspronklike model is die **dubbele ABCX-model** (McCubbin & Patterson, 1983) ontwikkel wat meer spesifiek op hanteringsvaardighede onder gesinne en die ondersteuning van familie, vriende en die gemeenskap gefokus het.

2.3.4.3 Die model van gesinsverstelling en -aanpassing

Die model van gesinsverstelling en -aanpassing is daarna ontwikkel en was ’n uitbreiding op die dubbele ABCX-model. Hierdie model het spesifiek op die gesin se vermoë om hulle hulpbronne en behoeftes effektief teen mekaar op te weeg, gefokus. In hierdie model word die verstellingsfase beskryf as die gesin se probeerslae om verandering teen te staan, en die aanpassingsfase beskryf die prosesse wat hierdie gesinne gebruik om te verander en te herstruktureer om te probeer om die krisis te bowe te kom.

Die model van gesinsverstelling en gesinsaanpassing (Patterson, 1988) kan gebruik word om die verband tussen die gesinstresteorie en die gesinsveerkragtigheidsperspektief te bevestig. In die model van gesinsverstelling en gesinsaanpassing word vier belangrike aspekte

beklemtoon, naamlik gesinne ondergaan aktiewe veranderinge om 'n balans te handhaaf tussen **gesinsbehoefte**s en die **gesin se vermoë** soos wat hierdie aspekte met **gesinsbetekenisse** in interaksie tree om so te eindig by 'n vlak van **gesinsaanpassing of hantering deur die gesin** (Patterson, 1988).

2.3.4.4 Die tipologie-model

Die model van gesinsverstelling en gesinsaanpassing is deur die tipologie-model van gesinsverstelling en gesinsaanpassing wat op die reeds bestaande prosesse van gesinsfunksionering gefokus het, opgevolg. Hierdie model het meer spesifiek gefokus op die gesin se prosesse en hulle funksioneringspatrone wat reeds gevestig was (McCubbin & McCubbin, 1996).

2.3.4.5 Die gesinsveerkragtigheidsmodel

Die gesinsveerkragtigheidsmodel is uiteindelik ontwikkel in reaksie op voorafgaande modelle en fokus op die vier belangrikste aspekte van gesinsfunksionering, naamlik interpersoonlike verhoudings; struktuur en funksie; ontwikkeling, welstand en spiritualiteit; en verhoudings met die gemeenskap. Hierdie vier aspekte word geraak wanneer die gesin krisissituasies beleef en die gesin moet probeer om 'n sin vir balans en harmonie in al vier hierdie gebiede te bereik (McCubbin & McCubbin, 1996).

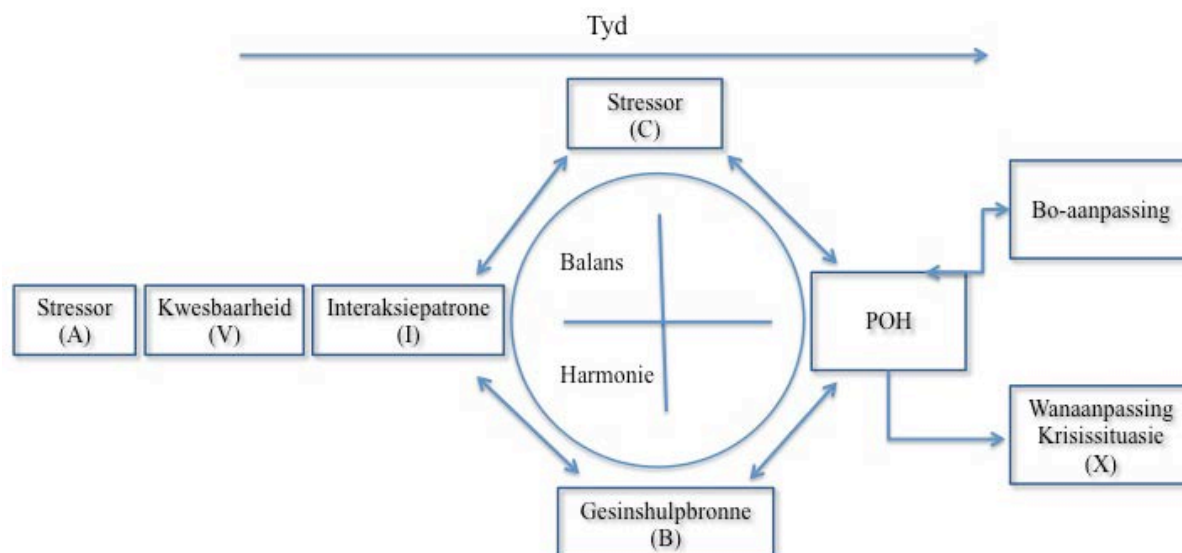
Die gesinsveerkragtigheidsmodel verduidelik dat gesinsveerkragtigheid twee prosesse insluit, naamlik verstelling en aanpassing. Die funksie van die verstellingsfase is om die balans en harmonie in die bogenoemde gebiede van gesinsfunksionering tydens moeilike situasies te herstel. Die aanpassingsfase verwys na die prosesse wat die gesin in staat kan stel om veranderinge te maak om sodoende ná 'n krisis aan te pas (McCubbin & McCubbin, 1996).

Die veerkragtigheidsmodel beskryf dus twee belangrike verwante fases tydens 'n gesin se reaksie op stressituasies (McCubbin et al., 1997). Eerstens is daar die funksionering van die gesin voor die krisis en ook die invloed van weerstandsfaktore op die gesin se funksionering tydens 'n krisis. Wanneer die gesin met alledaagse stressors, spanning en oorgangveranderinge te doen kry, maak die gesin klein korttermynverstellings om die noodsaaklike eise van die krisis te hanteer, en met so min moontlik ontwinging vir die gesin se struktuur. Die aanpassingsfase dui op veranderinge in die gesin se eksterne stelsels en ook die gesin se verhoudings met hierdie eksterne stelsels, om hulle so in staat te stel om onderskeie herstelfaktore te benut.

Wanneer 'n gesin dus sekere stressors ervaar, gaan hulle eers deur die verstellingsfase, wat volgens die veerkragtigheidsmodel deur die aanpassingsfase gevolg word (McCubbin et al., 1997). Hierdie aanpassingsfase behels die inwerkingstelling van herstelfaktore en verwys na die gesin se vermoë om by 'n krisissituasie aan te pas. Die verstellingsfase behels slegs veranderinge in die gesin se funksioneringspatrone sodat effektiewe beskermingsfaktore tydens 'n krisissituasie in werking kan tree. Vervolgens word die verstellings- en aanpassingsfases onderskeidelik bespreek.

- **Die verstellingsfase**

Die verstellingsfase van die veerkragtigheidsmodel (vergelyk Figuur 2.2) beskryf 'n reeks gesinsprosesse wat ontstaan nadat 'n gesin stressors ervaar het. Die uitkoms van hierdie fase sal op 'n kontinuum lê tussen 'n vlak van 'bo-aanpassing' en 'wanaanpassing'. Die gesin bereik 'n vlak van 'bo-aanpassing' as hulle 'n vlak van harmonie en balans bereik. As die gesin steeds in 'n krisissituasie is en nie effektief aangepas het nie, sal hulle in 'n vlak van 'wanaanpassing' wees (McCubbin & McCubbin, 1996).



POH: probleemoplossing en hantering

Figuur 2.2. Die verstellingsfase van die model van veerkragtigheid (aangepas uit McCubbin & McCubbin, 1996).

- **Die aanpassingsfase**

Wanneer 'n gesin ná die verstellingsfase steeds in 'n krisis is, sal hulle na die aanpassingsfase beweeg. Hulle kon dus nie effektief aanpas by die stressors nie ten spyte van die verstellingsfase. Verskeie faktore het egter 'n uitwerking en beïnvloed die vlak van aanpassing wat 'n gesin bereik nadat hulle 'n krisis ervaar het. Die vlak van aanpassing wat die gesin bereik, word ook deur verskeie prosesse wat met mekaar in interaksie tree, bepaal (McCubbin & McCubbin, 1996).

As die gesin die aanpassingsfase binnegaan, beteken dit dat die gevestigde patrone van funksionering problematies is en nie die gesin kon help om aan te pas nie. Die situasie vererger ook algaande meer stressors na vore kom en bydra tot die krisis, bv. 'n akkumulاسie van stressors kom voor. Die gesin probeer egter balans en harmonie bereik deur veranderinge te maak om so aan te pas en die krisis te bowe te kom. Die doel van die aanpassingsfase is om die balans en harmonie binne al vier die gesin se belangrike gebiede van funksionering,

naamlik interpersoonlike verhoudings, struktuur en funksie, ontwikkeling, welstand en spiritualiteit en verhoudings met die gemeenskap te herstel. Daar word na suksesvolle aanpassing verwys as ‘bo-aanpassing’ en na onsuksesvolle aanpassing as ‘wanaanpassing’ (McCubbin & McCubbin, 1996).

‘Bo-aanpassing’ en ‘wanaanpassing’ word gesien op ’n kontinuum en daarom sal daar na die gesin se uitkoms ten opsigte van aanpassing verwys word as ’n vlak van aanpassing. ‘Bo-aanpassing’ in ’n gesin word deur die onderstaande faktore beïnvloed:

- die nuwe patrone van funksionering wat deur die gesin ontwikkel is;
- die veranderinge of instandhouding van reeds bestaande patrone van funksionering;
- die gesin se persoonlike hulpbronne en vermoë;
- die gesin se sosiale ondersteuningstelsel; en
- die gesin se betekenisgewing aan die situasie.

2.4 ‘N RAAMWERK WAARBINNE GESINSVEERKRAFTIGHEID BESTUDEER KAN WORD

Die hoofaanneme van die veerkragtigheidsmodel is dat veranderinge en teëspoed in alle gesinne voorkom, en ook uitdagings stel tydens die gesin se lewensiklus. Indien stressors voorkom, word sommige aspekte van gesinsfunksionering geaffekteer, met inbegrip van interpersoonlike verhoudings, gemeenskapsverhoudings, die gesin se ontwikkeling, hulle welstand en ook hulle struktuur en funksie. Die veerkragtigheidsmodel stel dit dat, indien daar ’n krisis in ’n gesin plaasvind, is die hoofdoelwit van die gesin om weer balans te verkry. Volgens Walsh (2003) beteken veerkragtigheid nie noodwendig dat die gesin tydens ’n krisis onaangeraak sal wees nie. Die gesin se funksionering kan steeds beïnvloed word, maar veerkragtigheid sal grootliks daartoe bydra om die gesinskrisisse te verwerk (Walsh, 2003).

2.4.1 Walsh se raamwerk vir gesinsveerkragtigheid

Walsh (2003) beskryf gesinsveerkragtigheid met betrekking tot gesinsprosesse, naamlik:

- die gesin se oortuigingstelsels;
- organisasiepatrone in die gesin, en
- kommunikasiepatrone in die gesin.

In Tabel 2.1 word hierdie gesinsprosesse en die maniere waarop dit volgens Walsh (2003) met gesinsveerkragtigheid verband hou, in meer besonderhede bespreek:

Tabel 2.1

Die kernprosesse van gesinsveerkragtigheid volgens Walsh (2003)

| OORTUIGINGSTELSELS | ORGANISASIE-PATRONE | KOMMUNIKASIE-PROSESSE |
|--|---|--|
| 1. Heg betekenis aan moeilike omstandighede <ul style="list-style-type: none"> • Oriëntering van gesin se lewensiklus: normaliseer, plaas probleme en stres in verband • 'n Sin vir gehegtheid: krisis as betekenisvol beskou, begrip daarvoor, sien dit as uitdaging 2. Positiewe uitkyk <ul style="list-style-type: none"> • Hoop, optimistiese lewensuitkyk, selfvertroue om probleme te bowe te kom; • Moed en aanmoediging; fokus op sterktes en potensiaal • Deursettingsvermoë • Hulle siening van optrede wat moontlik is en aanvaar dit wat nie verander kan word nie 3. Spiritualiteit <ul style="list-style-type: none"> • Groter waardes, doelwitte; doel van en drome vir toekoms • Spiritualiteit: geloof, rituele • Inspirasie: kreatiwiteit • Transformasie: leer en groei tydens moeilike omstandighede | 1. Buigsaamheid <ul style="list-style-type: none"> • Vermoë om te verander: kan herstel, herorganiseer om by uitdagings aan te pas 2. Gehegtheid <ul style="list-style-type: none"> • Gedeelde ondersteuning, samewerking en toewyding • Respekteer individuele behoeftes, verskille en grense • Sterk leierskap: Beskerm, lei kinders en kwesbare gesinslede • Gelyke ouerskap-verhoudings • Behoeftes om problematiese gesinsverhoudings te wil herstel 3. Sosiale en ekonomiese hulpbronne <ul style="list-style-type: none"> • Mobiliseer familiegroep en sosiale ondersteuning; modelle en mentors. Bou gemeenskapsnetwerke • Bou finansiële sekuriteit; balanseer werk-gesinsdruk | 1. Helderheid <ul style="list-style-type: none"> • Duidelike, konstante boodskappe (woorde en dade) 2. Oop emosionele ondersteuning <ul style="list-style-type: none"> • Deel 'n reeks gevoelens (geluk en pyn, hoop en vrees) • Gedeelde empatie; toleransie vir verskille • Individue neem verantwoordelikheid, vermy blamering • Humor en goeie interaksie 3. Gesamentlike probleemoplossing <ul style="list-style-type: none"> • Kreatiewe denke en gesamentlike oplossings vir probleme • Gedeelde besluitneming en konflikoplossing • Fokus op doelwitte, bou op sukses, leer uit mislukkinge • Voorbereid vir toekomstige uitdagings |

Volgens Walsh (2003) bepaal die wyse waarop gesinne hierdie onderskeie prosesse benut die gesin se vermoë om ná moeilike krisissituasies te herstel. Sy beskryf **gedeelde oortuigingstelsels** in 'n gesin as 'n belangrike aspek van die veerkragtigheid van die gesin aangesien dit verband hou met die manier waarop gesinne betekenis heg aan teenspoed en krisissituasies. Hierdie hulpbronne bemagtig en versterk gesinne om suksesvol op krisissituasies en uitdagings te reageer.

Gesinsorganisasiepatrone verwys na die gesin se buigsaamheid, verbondenheid aan mekaar, en sosiale en ekonomiese hulpbronne in die gesin (Walsh, 2003). Tydens uitdagings en krisisse vind herorganisasie in gesinne plaas en dan moet daar hulpbronne geïdentifiseer en gebruik word om hierdie uitdagings of krisisse te bowe te kom (Walsh, 2003). Buigsaamheid is 'n belangrike eienskap wat gesinne tydens 'n krisissituasie in staat stel om aanpassings te maak indien nodig. Verbondenheid onder die gesinslede lei tot wederkerige ondersteuning en samewerking in die gesin, en familie en sosiale netwerke word tydens krisissituasies as noodsaaklik vir 'n gesin beskou. Hierdie aspekte bied emosionele en praktiese ondersteuning aan gesinne (Walsh, 2003).

Gesinskommunikasiepatrone behels duidelike kommunikasie, vrye emosionele uiting en samewerkende probleemoplossing in die gesin (Walsh, 1998). Dit is belangrik dat gesinne tydens krisistye die stresvolle situasie so duidelik moontlik beskryf en bespreek om besluitnemingsproesse te bevorder en 'n gedeelde verstandhouding tussen gesinslede te vestig. Effektiewe kommunikasie in 'n gesin help ook om duidelikheid oor die gesin se situasie tydens die krisis te verkry. Onduidelike kommunikasie kan tot verwarring en misverstande lei (Walsh, 1998).

In afdeling 2.6 word gekyk na die sterktegebaseerde benadering aangesien dit verband hou met die raamwerk vir gesinsveerkragtigheid en dus 'n relevante benadering was vir die huidige navorsingstudie.

2.5 'N STERKTEGEBASEERDE BENADERING

Volgens Ebersön en Eloff (2001) kan die sterktegebaseerde benadering gesien word as die 'halfvol glas'-benadering tot intervensie, of as die 'vermoë-gefokusde alternatief'. Twee basiese beginsels van hierdie perspektief is dat elke individu, gesin, groep en gemeenskap sterktes besit en dat elke omgewing hulpbronne besit (Johnson & Yanca, 2007).

2.5.1 Definisies van gesinsterktes

'n Sterktegebaseerde benadering fokus op die sterktes, vermoëns, vaardighede en bates in 'n sosiale stelsel (Johnson & Yanca, 2007). Interne sterktes, bates, hulpbronne en positiewe, konstruktiewe intra-psigiese eienskappe word by hierdie benadering beklemtoon. Interne sterktes het 'n beduidende invloed op 'n gesin se geestesgesondheid en welstand (Ebersön & Eloff, 2001). Voorbeelde van gesinsterktes (vergelyk Tabel 2.1) sluit in gesinskohesie, kommunikasie, probleemoplossing, spiritualiteit en waardes, gesinsidentiteit en rituele, die gesin se buigsaamheid en aanpasbaarheid en sosiale ondersteuning. Die kernbeginsels van die sterkte perspektief sluit in:

- die siening dat elke persoon en gesin potensiaal het, en dat dit hulle unieke sterktes is wat bepaal wie hulle is, en nie hulle beperkinge nie;
- dit waarop primêr gefokus word, word die individu se realiteit en daarom moet daar op elkeen se sterktes gefokus word en nie op hulle beperkinge nie - uitdagings word bloot gesien as iets wat te bowe gekom moet word (Ebersön & Eloff, 2001);

- die sterktegebaseerde benadering tot geestesgesondheid probeer individue verstaan aan die hand van hulle sterktes. Dit behels die stelselmatige ondersoek van oorlewingsvaardighede, vermoë, kennis, hulpbronne en behoeftes wat op 'n manier gebruik kan word om hulle doelwitte te bereik (Saleeby, 1996).

Die onderliggende aannames van hierdie benadering is dat die mens of gesin die vermoë het om te groei en te verander, kennis het wat betref hulle situasie, veerkragtigheid kan toon, en deel is van die oplossing vir 'n probleem (Saleeby, 1996). Hierdie aannames word hieronder in meer besonderhede bespreek:

- Die vermoë om te groei en te verander: die basiese aanname van die sterktegebaseerde benadering is dat individue of gesinne die vermoë het tot groei en verandering. Individue of gesinne het baie verskillende vermoëns en sterktes. Hulle het ook 'n reeks ervarings, karaktereenskappe en rolle wat bydra tot wie die persoon of gesin is en dit beïnvloed hoe hulle spesifieke probleme hanteer.
- Kennis oor hulle situasie: die sterktegebaseerde benadering neem aan dat alle individue of gesinne belangrike kennis het oor die situasie waarin hulle hulself bevind, oor die probleemsituasie sowel as moontlike oplossings vir die probleem. Die individue se kennis oor hoe hulle tot dusver met die probleem saamgeleef het, kan van groot waarde wees.
- Veerkragtigheid: die sterktegebaseerde benadering neem aan dat alle mense of gesinne veerkragtig kan wees en dat hulle ten spyte van moeilike omstandighede steeds bo hulle omstandighede kan uitstyg.
- Deelname: die sterktegebaseerde benadering aanvaar dat mense of gesinne aktief deel moet wees en verantwoordelikheid moet aanvaar vir die oplossing en hantering van hulle krisissituasie of probleem.

Deur 'n sterktegebaseerde benadering te bevorder, word reeds bestaande sterktes in die gesin erken terwyl daar op hulle vaardighede gebou word om moeilike omstandighede en alledaagse uitdagings te kan hanteer. 'n Sterktegebaseerde benadering bevorder die vaardighede wat individue gebruik om moeilike omstandighede te bowe te kom terwyl daarop gefokus word om die gesinne se reeds bestaande vaardighede te gebruik en tydens moeilike omstandighede beter te benut. In afdeling 2.7 word die begrip positiewe sielkunde bespreek, en die relevansie daarvan vir die huidige studie asook die verband daarvan met die veerkragtigheidsraamwerk en sterktegebaseerde benadering aangedui.

2.6 POSITIEWE SIELKUNDE

Positiewe sielkunde kan gedefinieer word as die wetenskaplike studie van optimale menslike funksionering wat daarop fokus om die faktore wat individue, gesinne en gemeenskappe toelaat om bo hulle omstandighede uit te styg, te ondersoek en te bevorder (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Sielkunde het in die verlede hoofsaaklik op die tekortkominge van individue en gesinne gefokus en nie op hulle sterktes of vermoëns nie.

Die benadering van die positiewe sielkunde konsentreer dus op die vermoëns en sterktes van individue of gemeenskappe. Daar word nie net op die oplossing vir probleme gekonsentreer nie, maar eerder op aspekte wat die lewe vir individue en gesinne die moeite werd maak (Gillham & Seligman, 1999). Om dié rede is hierdie benadering gepas vir die huidige navorsingstudie aangesien daar gekyk is na die sosiale ondersteuning wat deur huishoudings met MIV-positiewe gesinslede gebruik word. Op grond van dié navorsing sal daar in die toekoms gepaste hulp, raad en ondersteuning aan gesinne met MIV-positiewe lede gebied kan word om sodoende 'n beter lewensgehalte vir hierdie gesinne moontlik te maak.

2.6.1 Die verband tussen positiewe sielkunde en veerkragtigheid

Aanvanklik het teorieë en navorsing in die sielkunde bloot daarop gefokus om die simptome van psigopatologie te verminder (Bono & McCullough, 2006). Gedurende die afgelope paar jaar is daar egter meer klem gelê op navorsing in die gebied van positiewe sielkunde (Watkins, Grimm, & Kolts, 2004). Gable en Haidt (2005) verduidelik verder dat Positiewe Sielkunde 'n bydrae lewer deur prosesse te beskryf wat mense in staat stel om optimaal te funksioneer en te floreer ten spyte van moeilike omstandighede.

Positiewe Sielkunde wil beklemtoon dat beide negatiewe en positiewe aspekte deel uitmaak van die lewe, terwyl Kliniese Sielkunde in die verlede hoofsaaklik gefokus het op navorsing oor geestesversteurings, negatiewe aspekte en tekortkominge onder individue en gesinne (Gable & Haidt, 2005). Daar is dus toenemend gevra vir 'n klem op positiewe emosies en sterktes, omdat 'n klem op negatiewe emosies en tekortkominge dikwels die welstand onderskat wat individue ten spyte van hulle moeilike omstandighede kan bereik (Myers, 1999).

Aaron Antonovsky (1996) was een van die eerstes wat die gebied van die positiewe sielkunde betree het. Antonovsky (1996) het gefokus op wat hy genoem het salutogenese, of die oorsprong van gesondheid. Salutogenese handhaaf 'n sterktegebaseerde eerder as 'n tekortgebaseerde fokus. Die sterktegebaseerde fokus plaas die klem op die welstand van gesinne en hulle vermoë om ná stresvolle situasies te kan herstel (Antonovsky, 1987).

Werner en Smith (1982) doen aan die hand dat die begrip 'veerkragtigheid' inherent 'n salutogenies-gebaseerde perspektief veronderstel. Volgens Antonovsky (1996) vorm 'n salutogeniese oriëntering 'n integrale deel van navorsing op die gebied van gesondheidsbevordering. 'n Salutogeniese oriëntering beweeg weg van menslike patologie deur eerder op menslike gesondheid en welstand te fokus. Dié benadering beskou individue

en gesinne as op 'n spesifieke punt in hulle lewens, iewers op 'n kontinuum tussen gesondheid en siekte (Antonovsky, 1996).

Antonovsky (1996) beweer egter dat die salutogeniese oriëntering nie 'n teorie is wat daarop fokus om mense gesond te hou nie. Dit probeer bloot die individu vanuit 'n gesondheidsgeoriënteerde perspektief te bestudeer. Die salutogeniese oriëntering hou dus verband met die veerkragtigheidsbenadering. Vanuit 'n veerkragtigheidsperspektief word beklemtoon hoe gesinne tydens moeilike omstandighede aanpas, en aspekte soos die herstel van individue na stresvolle gebeure, die implementering van gehardheid en die vermoë om voort te gaan, wat inherent positief is van aard, word vooropgestel (Cicchetti & Rogosch, 1997). Veerkragtigheid kan daarom ook gesien word as konstruk wat van belang is in die positiewe sielkunde.

Volgens McCubbin en McCubbin (1996) se veerkragtigheidsmodel is sosiale ondersteuning 'n belangrike aspek van gesinsveerkragtigheid, en gesinsveerkragtigheid ressorteer onder die breër raamwerk van positiewe sielkunde. Sosiale ondersteuning is die hooftema van die huidige navorsing en hierdie konstruk word in afdeling 2.8 in meer besonderhede bespreek.

2.7 SOSIALE ONDERSTEUNINGSTELSELS

2.7.1 Definisie van sosiale ondersteuning

Sosiale ondersteuning word gedefinieer as 'om versorg te word', liefde te ontvang, gewaardeer te word, en om op ander te kan staatmaak indien nodig (Friedland, Renwick, & Mccoll, 1996). Sosiale ondersteuning is deur Cobb (1976) beskryf as die inligting wat individue in staat stel om te glo hulle is deel van 'n groter netwerk. Lede van hierdie groter netwerk sluit familieledes, vriende, professionele en informele verhoudings in. Hierdie verhoudings verskaf verskillende vorme van bystand aan individue met verskeie behoeftes.

Die term 'sosiale ondersteuning' verwys dus na die voorkoms, hoeveelheid en soorte interpersoonlike verhoudings, sosiale netwerke of bronne van ondersteuning wat die individu het. Dit fokus ook op hoe hierdie interpersoonlike verhoudings op 'n konkrete, inligting en emosionele vlak funksioneer.

2.7.1.1 Navorsing oor sosiale ondersteuning

Volgens navorsing (Hudson, Lee, Miramontes, & Portillo, 2001) is die doel van sosiale ondersteuning om die aanpassingsbalans tussen persone en hulle omgewing te fasiliteer deur die verlaging van stresvlakke, 'n toename in hanteringsmeganismes of die instandhouding van stabiliteit. Sosiale ondersteuning sal die negatiewe gevolge van spanning beperk, die bestuur van spanning moontlik maak en die emosionele reaksies van individue reguleer. Dit sal lei tot die vermindering van spanning en sal 'n positiewe uitwerking op pasiënte se gesondheid hê (Hudson et al., 2001).

Navorsing (Cobb, 1976) toon ook dat sosiale ondersteuning verband hou met welstand, die afwesigheid van spanning en beter gesondheidsuitkomst. Individue hanteer spanning en stresvolle situasies beter wanneer positiewe sosiale ondersteuning vir hulle beskikbaar is en wanneer hulle deel is van 'n ondersteunende sosiale netwerk (Hudson et al., 2001). Sosiale ondersteuning word daarom geïdentifiseer as 'n belangrike faktor vir die beskerming van individue teen stressors en speel 'n sentrale rol in die instandhouding van hulle gesondheid (Cohen & Syme, 1985). By MIV-positiewe pasiënte word swak sosiale ondersteuning ook geassosieer met die vinnige progressie van MIV na VIGS. So word 'n goeie begrip verkry van die doeltreffendheid van beskikbare sosiale ondersteuning vir huishoudings met MIV-positiewe gesinslede (Matthews et al., 2001).

2.7.2 Bronne van sosiale ondersteuning

Sosiale ondersteuning kom in verskillende vorme voor, naamlik affektiewe ondersteuning, praktiese ondersteuning en inligtingsondersteuning (Ciambrone, 2002). **Affektiewe ondersteuning** verwys na die gevoel van liefde, omgee en behoort aan wat deur ander gebied word, **praktiese ondersteuning** verwys na hulp met praktiese take, en **inligtingsondersteuning** verwys na die deel van inligting met mekaar (Friedland et al., 1996).

2.8 MOTIVERING VIR DIE KEUSE VAN DIE VEERKRAGTIGHEIDSMODEL VIR DIE HUIDIGE STUDIE

Volgens McCubbin en McCubbin (1996) se veerkrachtigheidsmodel is sosiale ondersteuning 'n belangrike faktor by gesinsveerkrachtigheid. Sosiale ondersteuning word gedefinieer as om versorg te word, liefde te ontvang, gewaardeer te word, en om op ander te kan staatmaak indien nodig (McCubbin & McCubbin, 1996). Sosiale ondersteuning is deur Cobb (1976) beskryf as die inligting wat individue in staat stel om te glo hulle is deel van 'n groter netwerk. Lede van hierdie groter netwerk sluit familieledede en vriende asook professionele en informele verhoudings in. Hierdie verhoudings verskaf verskillende vorme van bystand aan individue met verskeie behoeftes. Dit fokus ook op hoe hierdie interpersoonlike verhoudings op 'n konkrete, informatiewe en emosionele vlak funksioneer (Hudson et al., 2001).

Indien sosiale ondersteuning 'n huishouding se welstand wil verbeter, kan daar egter nie bloot op die uitruil van ondersteunende gedrag of fisiese hulpbronne gefokus word nie. Die huishouding moet die ondersteuning ervaar. Daarom verskil sosiale ondersteuning van algemene ondersteuning aangesien die sosiale ondersteuning wat ontvang word, nie objektief waargeneem en getel kan word nie; die ontvanger moet eerder gevra word hoe die sosiale ondersteuning ontvang en ervaar word (Hudson et al., 2001). Sosiale ondersteuning is daarom

'n belangrike faktor in die beskerming van huishoudings teen stressors en kan 'n sentrale rol speel in die instandhouding van die gesondheid en die veerkragtigheid van die gesin (Cohen & Willis, 1985).

2.9 NAVORSING OOR DIE VERBAND TUSSEN SOSIALE ONDERSTEUNING EN MIV/VIGS

Volgens Ciambrone (2002) is die voordele van sosiale ondersteuning spesifiek belangrik vir individue en vir huishoudings met MIV-positiewe gesinslede, veral as gevolg van die stigma en sosiale isolasie wat verband hou met hierdie siekte. Volgens navorsing is sosiale ondersteuning 'n positiewe aspek wat individue help om terug te keer vir hulle MIV-uitslae en hulle ook in staat stel om so beter met hulle medikasie vol te hou. Goeie sosiale ondersteuning word ook dikwels geassosieer met baie minder depressiesimptome onder MIV-positiewe individue (Ciambrone, 2002).

Lede van die huishouding wat na aan die MIV-positiewe gesinslid is, kan ook 'n belangrike rol speel wat betref sosiale ondersteuning deur emosionele ondersteuning te bied, die MIV-positiewe lid van die gesin se ervarings te bevestig en hom/haar te ondersteun deur praktiese hulp en advies aan te bied (Ciambrone, 2002). Die hele huishouding word dus direk of indirek beïnvloed. Gevorderde MIV-infeksie word ook dikwels gekenmerk deur kognitiewe probleme wat ook soms visuele probleme en demensie kan veroorsaak. MIV-positiewe pasiënte – veral in die gevorderde toestand – kan daarom moontlik ook hulp benodig met daaglikse aktiwiteite soos om die toilet te gebruik, te bad, te eet, en ook aktiwiteite soos vervoer, inkopies en om hulle huishouding te bestuur (Ciambrone, 2002). Daarom is sosiale ondersteuning veral baie belangrik vir hierdie huishoudings en om veerkragtigheid by hierdie gesinne te bevorder.

2.10 GEVOLGTREKKING

In hierdie hoofstuk is die teoretiese ontwikkeling en perspektiewe ten opsigte van sosiale ondersteuning en gesinsveerkragtigheid bespreek. Daar is gekyk na teorie en empiriese bevindinge oor veerkragtigheid en die begrip ‘gesinsveerkragtigheid’. Daarna is die evolusie van die gesinsveerkragtigheidsmodelle beskryf met inbegrip van Hill se ABCX-model (1949), die veerkragtigheidsmodel van gesinstres, verstelling en aanpassing (McCubbin & McCubbin, 1996) en ook Walsh (2003) se gesinsveerkragtigheidsraamwerk. Daar is gekyk na gesinsterktenavorsing, die begrip ‘positiewe sielkunde’ en ook na die verband tussen positiewe sielkunde en veerkragtigheid. Laastens is daar gekyk na definisies van sosiale ondersteuning, navorsing met betrekking sosiale ondersteuning, navorsing oor die verband tussen sosiale ondersteuning en MIV/VIGS en ook die motivering vir die keuse van die veerkragtigheidsmodel as teoretiese grondslag vir die huidige studie.

Hoofstuk 3

LITERATUURSTUDIE

3.1 HOOFSTUKOORSIG EN INLEIDING

In hierdie hoofstuk word die behoeftes en omstandighede van pasiënte met MIV/VIGS-infeksie en hulle huishoudings sowel as die fisiese aspekte van die MIV-siekte bespreek. 'n Oorsig word gebied van die verloop en progressie van die siekte soos dit in die menslike liggaam manifesteer. Die verlamme aard van MIV/VIGS toon die noodsaaklikheid van sosiale ondersteuning vir individue wat met hierdie siekte leef sowel as vir hulle huishoudings. Daar word ook gekyk na navorsing oor sosiale ondersteuning vir individue met MIV/VIGS en vir huishoudings met MIV-positiewe gesinslede, hoe die navorsing gedoen is en wat bevind is. Laastens word daar rapporteer oor die ekologiese perspektief en daar word vanuit hierdie perspektief gekyk na reeds beskikbare sosiale ondersteuning vir huishoudings met MIV-positiewe lede.

Dit is veral nodig om die beskikbaarheid van en behoefte aan sosiale ondersteuning vir gesinne met 'n MIV-positiewe lid in Suid-Afrikaanse verband te ondersoek. 'n MIV-diagnose lei dikwels tot 'n verskeidenheid negatiewe gevoelens soos angs, woede, onsekerheid en skaamte. Hierdie reaksies vind gewoonlik plaas teen die agtergrond van 'n gesin of huishouding en daarom beïnvloed 'n MIV-diagnose die hele huishouding en word MIV gesien as 'n siekte van die gesin (Despa, 2013). Die MIV-infeksie vernietig nie alleenlik die individuele immuunstelsel nie, maar terselfdertyd dikwels ook die sielkundige welstand van die individu en dié van sy/haar gesin (Despa, 2013).

Om dié redes is navorsing in verband met sosiale ondersteuning vir huishoudings met 'n MIV-positiewe lid baie belangrik, veral in Suid-Afrika. Hierdie kennis sal ander huishoudings wat

MIV-positiewe gesinslede het, bewus kan maak van sosiale ondersteuningstelsels wat vir die gesin beskikbaar is. Dit sal ook professionele persone bewus maak van die behoeftes ten opsigte van sosiale ondersteuning wat hierdie huishoudings ervaar.

Deur identifisering van die onderskeie interne en eksterne faktore wat met mekaar in interaksie tree om gesinshanteringstrategieë en sosiale ondersteuning te verbeter, word betekenis, hoop en moed aan gesinne gebied sodat hulle, ten spyte van struikelblokke, by hulle daaglikse omstandighede kan aanpas. So dra gesinshanteringstrategieë en sosiale ondersteuning by tot veerkragtigheid van die gesin, met ander woorde die vermoë van die gesin om positief te reageer op stresvolle gebeure deur sterker en met meer hulpbronne en meer selfvertroue uit die situasie te stap. Eerstens word na die onderskeie dimensies van MIV/VIGS gekyk.

3.2 DIMENSIES VAN DIE MENSLIKE IMMUNITEITSGEBREKSVIRUS (MIV) EN DIE VERWORWE IMMUNITEITSGEBREKSINDROOM (VIGS)

MIV/VIGS is vir die eerste keer in 1980 in die VSA gediagnoseer (WHO/UNAIDS/UNICEF, 2009). Einde 2014 was daar ongeveer 36.9 miljoen mense wêreldwyd wat lewe met MIV en ongeveer 34 miljoen sterftes het reeds weens VIGS voorgekom (WHO, 2014).

MIV/VIGS is in 1983 vir die eerste keer by twee pasiënte in Suid-Afrika gediagnoseer en die eerste sterfte, as gevolg van VIGS, het in 1985 plaasgevind. Voor 1990 het MIV/VIGS egter meer algemeen onder homoseksuele individue voorgekom (WHO, 2014). Tans word Sub-Sahara-Afrika beskou as die land met die hoogste aantal MIV-geïnfekteerde individue ter wêreld, naamlik 24.7 miljoen. (UNAIDS, 2014). Baie faktore dra by tot die verspreiding van MIV in Suid-Afrika. Dit sluit in armoede, ongelykheid en sosiale onstabiliteit, hoë vlakke van seksueel oordraagbare infeksies, die lae status van vroue, seksuele geweld, hoë mobiliteit (in

die besonder immigrantearbeid), beperkte en ongelyke toegang tot gesondheidsorg van hoë gehalte, en 'n geskiedenis van die regering se slegte beheer in reaksie op die epidemie (UNAIDS, 2014).

3.2.1 MIV/VIGS

Op grond van bogenoemde statistiek kan die afleiding gemaak word dat MIV/VIGS 'n groot gesondheidsprobleem in Suid-Afrika is. Die huidige studie het dus op die gebruik van en behoefte aan sosiale ondersteuning onder Suid-Afrikaanse huishoudings met MIV-positiewe gesinslede gefokus. Ten einde te verseker dat interpretasies en besprekings duidelik is, word relevante begrippe en terme wat deurgaans in die hoofstuk gebruik word, dus gedefinieer.

3.2.2 Konseptualisering

Volgende sal die konsepte waarna in die hoofstuk verwys word gedefinieer word en bespreek word.

3.2.2.1 MIV/VIGS

MIV staan vir 'menslike immuniteitsgebrevsvirus' en VIGS is 'n akroniem vir 'verworwe immuniteitsgebrevsindroom'. Hierdie onderskeid word getref aangesien, wanneer iemand as MIV-positief gediagnoseer word, dit bloot beteken dat die persoon met die virus besmet is, maar op daardie stadium is die immuunstelsel nog nie in die gedrang nie (AVERT, 2011). MIV val die immuunstelsel, wat die liggaam se verdedigingsmeganisme teen infeksies is, aan. Die immuunstelsel produseer selle wat teenliggaampies genoem word wat infeksies beveg of kieme wat die liggaam binnedring, doodmaak en het dus 'n lewensbelangrike rol in die menslike liggaam (AVERT, 2015).

Die immuunstelsel bestaan uit 'n stelsel bloedproteïene en witbloedselle (AVERT, 2015). Hierdie komplekse stelsel beveg aanvalle deur indringer-organismes. MIV vernietig uiteindelik die witbloedselle in die immuunstelsel, wat die individu se liggaam weerloos laat teen infeksies. Individue wat met MIV besmet is, word op dié manier aan opportunistiese infeksies blootgestel (AVERT, 2015). Opportunistiese infeksies is infeksies wat gewoonlik nie siektes in 'n gesonde persoon se liggaam veroorsaak nie (AVERT, 2015). Hierdie infeksies benut die geleentheid wat 'n MIV-positiewe persoon se verswakte immuunstelsel bied, en val die liggaam aan. Uiteindelik lei die verswakte immuunstelsel tot VIGS en later die dood (AVERT, 2015).

MIV-infeksie kom dus voor as die virus die mens se liggaam binnedring. Die persoon met MIV-infeksie het dan nog nie self die siekte nie en lyk en voel dikwels gesond, maar is reeds in staat om die MIV-virus aan ander mense oor te dra. Soos voorheen genoem, as die virus eers in die bloedstroom is, val dit sekere selle in die immuunstelsel aan, naamlik die CD4-selle. Die funksie van hierdie selle is om die liggaam te help om infeksies teen te werk (AVERT, 2015). In die laaste fases van die MIV-infeksie vernietig die MIV 'n groot aantal CD4-selle totdat die liggaam se vermoë om ander virusse en bakterieë te beveg, heeltemal ineenstort. Dit veroorsaak uiteindelik dat die immuunstelsel heeltemal ophou funksioneer en die individu se liggaam word gevolglik weerloos gelaat teen infeksies (AVERT, 2015).

Die siekte wat ontstaan as gevolg van die MIV-infeksie word VIGS genoem. Dit is die finale fase van die MIV-siekte en tydens hierdie fase toon die individu tekens en simptome van VIGS-verwante siektes (AVERT, 2015). VIGS is die mediese term vir 'n reeks simptome wat aandui dat die persoon in die laaste en ergste fase van die MIV-infeksie is en dat die persoon 'n vernietigde immuunstelsel het. Alhoewel sommige individue gou die finale fase van die MIV-virus bereik, neem dit gewoonlik ongeveer 10 jaar vanaf die tyd dat die individu geïnfekteer word vir die virus om tot volwaardige VIGS te ontwikkel (AVERT, 2015).

Die progressiewe aard van MIV/VIGS bied dus insig wat betref die behoefte by huishoudings wat lewe met gesinslede met MIV/VIGS om sosiale ondersteuning tot hulle beskikking te hê. Volgens navorsing (Pierret, 2000) stel sosiale ondersteuning hierdie huishoudings in staat om hulle siekte sowel as hulle daaglikse funksionering beter te bestuur. In afdeling 3.2.1.2 word gekyk na die tekens en simptome wat dikwels by MIV-positiewe individue voorkom.

3.2.2.2 Tekens en simptome van MIV/VIGS

MIV/VIGS word dikwels die ‘stille epidemie’ genoem omdat die virus ’n baie lang inkubasietydperk het. Dit beteken dat ’n individu vir baie jare geïnfekteer kan wees sonder dat hy/sy enige simptome toon. Die hoeveelheid MIV in die persoon se bloed staan bekend as die pasiënt se virale lading (of ook ‘viruslading’). Die persoon se virale lading kan deur die ondersoek van sy/haar CD4-telling bepaal word. Die CD4-telling kan gedefinieer word as witbloedselle of immunitetsvegters wat help om infeksies te beveg. ’n Normale CD4-telling moet hoër as 600 wees en ’n gesonde individu se CD4-telling is gewoonlik tussen 1 000 en 1 500. Die CD4-telling van ’n individu met VIGS is egter dikwels onder 200 en kan soms daal tot een (AVERT, 2015).

Die verloop van MIV/VIGS, wat bepaal word deur die hoeveelheid MIV in die geïnfekteerde individu se bloed, kan in vyf fases onderverdeel word:

- akute sero-omskakeling siekte;
- asimptomatiese latente fase;
- minder erge simptomatiese fase;
- erg simptomatiese fase; en uiteindelik
- VIGS, die ernstigste simptomatiese fase (AVERT, 2015).

Die vyf fases word in die volgende onderafdeling in meer besonderhede bespreek.

3.2.2.2.1 *Fase een: Akute sero-omskakeling siekte*

Die eerste fase begin wanneer die individu blootgestel word aan die MIV-virus. 'n MIV-negatiewe individu word dan MIV-positief. Hierdie fase duur gewoonlik tussen vier tot agt weke en gedurende hierdie tydperk is die MIV besig om vinnig in die persoon se liggaam te repliseer, wat die persoon se virale lading laat toeneem. Griepagtige simptome kan ontwikkel. Baie individue wat met die MIV-virus geïnfekteer word bly egter gesond, met geen simptome tydens hierdie fase nie. Slegs ongeveer 30% tot 60% van individue wat geïnfekteer word, ontwikkel verkouesimptome soos 'n seer keel, hoofpyn, koors, moegheid of gewrigspyne (AVERT, 2015). Gedurende hierdie eerste fase is MIV teenwoordig in die individu se bloedstroom, maar teenliggaam laboratorium toetse sal dit nog nie kan optel voor ongeveer drie maande na die persoon geïnfekteer is nie (AVERT, 2015).

3.2.2.2.2 *Fase twee: Asimptomatiëse latente fase*

Die tweede fase van die MIV-infeksie word ook die 'stille fase' genoem, omdat 'n besmette persoon tydens hierdie fase dikwels geen MIV-simptome toon nie. In teenstelling met wanopvattinge dat die MIV-virus nie oorgedra kan word tydens hierdie stadium nie, loop persone wat aan liggaamsvloeistof en bloed van die geïnfekteerde individu blootgestel word, steeds 'n risiko om die MIV-infeksie op te doen. Hierdie fase duur ongeveer 10 jaar (AVERT, 2015).

Tydens hierdie fase is daar geen ernstige simptome nie, alhoewel geswelde klieres by die individu kan voorkom (AVERT, 2015). Die tydperk wat die individu sy/haar gesondheid behou, hang van sy/haar immuunstelsel af, sowel as van ander faktore soos armoede wat lei tot gebrekkige toegang tot gesondheidsorg, en leefstyl, in die besonder voeding en gevolglik stres. Tydens hierdie fase is die geïnfekteerde persoon dikwels onbewus van sy/haar MIV-status en kan dalk onwetend sy/haar seksmaat infekteer. Die virus bly egter heeltyd tydens

hierdie fase aktief in die liggaam en dit hou aan om die persoon se immuunstelsel te vernietig (AVERT, 2015).

3.2.2.2.3 Fase drie: Minder erge simptomatiese fase

Tydens die derde fase van die virus begin die geïnfekteerde persoon dikwels MIV-simptome toon (AVERT, 2015). Met verloop van tyd verloor die liggaam se immuunstelsel die geveg en algaande die immuunstelsel afgetakel raak, begin simptome by die persoon ontwikkel. Aanvanklik is die simptome lig, maar algaande die immuunstelsel afgetakel raak, raak die simptome al hoe erger. Die uiteindelijke erg simptomatiese MIV-fase word hoofsaaklik veroorsaak deur infeksies wat die liggaam se immuunstelsel gewoonlik sou kon beveg, maar weens die MIV-infeksie nie meer kan nie (AVERT, 2015).

3.2.2.2.4 Fase vier: Erg simptomatiese fase

In hierdie fase van die MIV-infeksie begin opportunistiese siektes (vergelyk Tabel 3.1) by die individu verskyn soos wat die immuunstelsel verder verswak. Die individu se CD 4-telling is nou baie laag en die virale lading baie hoog. 'n Reeks simptome kom by die persoon voor en hy/sy kan bedlêend raak. Op hierdie stadium kan die pasiënt moontlik in die hospitaal opgeneem word (AVERT, 2015).

Tabel 3.1

MIV en algemene opportunistiese infeksies (AVERT, 2011)

| MIV en opportunistiese infeksies | Simptome van hierdie siektes |
|----------------------------------|---|
| Bakteriële Pneumonie | Pneumonie kan veroorsaak word deur verskeie bakterieë. Simptome kan insluit bewerigheid, borspyn en 'n afskeiding in die sputum. |
| Kandidiase | Daar is twee belangrike soorte kandidiase: Gelokeerde kandidiase (van die mond, keel of vagina) en sistemiese siekte (van die esofagus). Die simptome van kandidiase van die vagina sluit in jeukerigheid en 'n vaginale afskeiding. Kandidiase van die keel en mond kan orale pyn veroorsaak en die vermoë om te sluk bemoeilik. |
| Kriptokokkose | Kriptokokkose word veroorsaak deur 'n fungus wat primêr die brein infekteer. Dit kom meestal voor as breinvliesontsteking. |
| Herpes | Die algemene simptome van herpesinfeksies is sere rondom die mond en genitalieë. |
| Histoplasmose | Histoplasmose is 'n fungusinfeksie wat primêr die longe aantast, maar dit kan ook ander organe beïnvloed. Infeksie vind plaas deur die inaseming van fungusspore. Simptome kan insluit koors, moegheid, gewigsverlies en asemhalingsprobleme. |
| Tuberkulose | Tuberkulose (TB) is 'n bakteriële infeksie wat primêr die longe infekteer. Tuberkulose is die hoof- MIV-geassosieerde opportunistiese siekte in ontwikkelende lande (AVERT, 2011). |

3.2.2.2.5 Fase vyf: VIGS, die ernstige simptomatiese fase

In die finale stadium van MIV-infeksie word die simptome akueel. Algaande die immuunstelsel toenemend afgetakel raak, word die siekte ernstiger en lei uiteindelik tot 'n VIGS-diagnose. Tydens hierdie ernstige stadium van die MIV-infeksie is die CD 4-telling minder as 55 selle/mm³. Die persoon met VIGS is gewoonlik baie maer as gevolg van volgehoue diarree, naarheid en braking (AVERT, 2015). Sere in die mond kan ook so erg

word dat die pasiënt nie meer behoorlik kan eet nie. Vroue sukkel met herhaalde vaginale infeksies en dikwels kom servikale kanker voor. Dit neem gewoonlik ongeveer 18 maande vir die erg simptomatiese MIV-fase om te ontwikkel tot volwaardige VIGS. Alhoewel mense met VIGS gewoonlik binne twee jaar sterf, kan ARB en die voorkoming van opportunistiese infeksies die tydperk drasties verleng (AVERT, 2015). In afdeling 3.4.6 word hierdie medikasie bespreek.

3.2.3 Medikasie beskikbaar vir MIV/VIGS-pasiënte

Die belangrikste soort behandeling beskikbaar vir MIV is antiretrovirale behandeling (ARB). Dit is nie 'n kuur nie, maar dit kan pasiënte se lewens drasties verleng. Die doel van ARB is om die aantal MIV in die persoon se liggaam op 'n lae vlak te hou (Van Dyk, 2009). Die ARB stop die verswakking van die immuunstelsel wat die liggaam toelaat om te herstel van enige skade wat die MIV reeds kon veroorsaak het. ARB lei tot die onderdrukking van die replikasie van die MIV-virus en kan die virus verminder tot op vlakke waar dit onopspoorbaar is (Van Dyk, 2009).

Twee of meer antiretrovirale-middels op 'n slag word **kombinasie-terapie** genoem (Van Dyk, 2009). Daar word soms na 'n kombinasie van drie of meer antiretrovirale middels verwys as **hoogs aktiewe antiretrovirale terapie (HAART)**. As net een middel tesame met ARB geneem word, word MIV ongelukkig dikwels vinnig weerstandig teen die behandeling en hou dan op met werk (Van Dyk, 2009). Twee of meer antiretrovirale middels tegelyk verminder die tempo waarteen weerstand ontwikkel aansienlik, om die individu se behandeling sodoende oor die lang termyn meer effektief te maak (Van Dyk, 2009).

Behandeling met antiretrovirale middels het daartoe gelei dat MIV nou beskou word as 'n kroniese, behandelbare siekte eerder as 'n doodsvonnis (WHO, 2014). In 2014 het 14.9 miljoen mense wat lewe met MIV antiretrovirale behandeling (ARB) ontvang. Na gelang van

die middel wat gebruik word, begin die koste van ARB gewoonlik by ongeveer R300 per maand in Suid-Afrika (Ruud, Srinivas, & Toverud, 2009). Dis is baie belangrik om die gebruik van ARB te monitor, veral om seker te maak dat dit reg werk en nie skade aanrig in die MIV-positiewe pasiënt se liggaam nie. Die gewone roetine is om die behandeling maandeliks te monitor vir die eerste drie maande, dan weer ná ses maande, en weer indien dit stabiliseer, ná elke ses maande. Dit word gemonitor deur fisiese ondersoeke en bloedtoetse (Ruud et al., 2009). MIV word op verskeie maniere oorgedra en dit is belangrik om daarvan bewus te wees om sodoende infektering te voorkom. Vervolgens word die verskillende maniere van oordrag in meer besonderhede bespreek.

3.3 MANIERE WAAROP MIV OORGEDRA WORD

MIV is 'n seksueel-oorgedraagde infeksie (SOI) en word dikwels oorgedra deur bloedkontak, liggamsvloei-stowwe of tydens geboorte. Ongeveer 70% van alle MIV-infeksies wêreldwyd word versprei deur seksuele oordrag. Die algemeenste maniere waarop MIV-infeksie versprei word, sluit in seksuele kontak, deur naalde te deel, oordrag van moeders na hulle babas gedurende swangerskap of deur borsvoeding (AVERT, 2015).

MIV/VIGS is 'n universele krisis wat nie toegeskryf kan word aan een faktor nie, maar eerder aan 'n reeks interaksionele faktore (AVERT, 2015). Daar is verskeie redes vir die voorkoms en oordrag van MIV/VIGS. In afdeling 3.5.1 word daar vanuit 'n ekologiese perspektief (Bronfenbrenner, 1979) op faktore en omgewingsinvloede wat MIV/VIGS veroorsaak, gefokus. Daar word op mikrovlak na individuele faktore, op mesovlak na gemeenskapsfaktore en op makrovlak na samelewingsfaktore gekyk.

3.3.1 Individuele faktore

a) Gesinstruktuur

In Suid-Afrika word die struktuur van huishoudings dikwels vernietig as gevolg van die migrasie van gesinslede weens werkseleenthede (WHO/UNAIDS/UNICEF, 2009). Dit veroorsaak dat baie jongmense in landelike gebiede dikwels die hoof van hulle huishoudings word en verantwoordelik is vir hulle jonger gesinslede. As gevolg van 'n gebroke gesinstruktuur loop hierdie mense 'n groter risiko om aan MIV/VIGS blootgestel te word as gesinne waar die volwassenes die hoof van die huis is (UNAIDS, 2010).

b) Alkohol- en dwelmmisbruik

Alkohol- en dwelmmisbruik dra dikwels by tot die verspreiding van die MIV-virus aangesien alkohol dikwels individue se oordeelsvermoë beïnvloed. Terselfdertyd word gereelde alkoholmisbruik met riskante seksuele gedrag geassosieer wat die oordrag van MIV tot gevolg het (Kalichan, Dimarco, Austin, Luke, & Difonzo, 2003).

3.3.2 Gemeenskapsfaktore

a) Sosio-ekonomiese status

Werkloosheid is ook 'n oorsaaklike faktor by die oordrag van MIV-infeksie (UNAID, 2010). Jongmense wat vanuit agtergeblewe gemeenskappe afkomstig is, loop ook dikwels 'n groter risiko as individue wat uit 'n goeie sosio-ekonomiese agtergrond kom. Hulle word dikwels sekswerkers, aangesien dit hulle enigste uitweg vir oorlewing is en om aan hulle gesinne ondersteuning te bied (De Bruyn, 1992).

b) Sosiaal-strukturele faktore

Stigma rakende MIV/VIGS is steeds 'n groot realiteit in Suid-Afrika en belemmer dikwels voorkoming, diagnose en behandeling van MIV/VIGS (Gilbert & Walker, 2010). Dit lei dikwels tot geheimhouding van MIV-positiewe individue se MIV-status. By MIV/VIGS-pasiënte kom daar ook verskeie bekommernisse voor aangaande stigma, byvoorbeeld vrees in verband met hulle sosiale status, verwerping deur familie en vriende en veroordelende houdings teenoor hulle.

Terselfdertyd vrees 'n MIV-positiewe individu om sy/haar positiewe status met 'n intieme lewensmaat te deel, asook wat die maat se reaksie sal wees. Volgens AVERT (2011) sal MIV-positiewe individue eerder hulle positiewe status ignoreer as om die gevolge van stigma en verwerping te ervaar. Dit dra veral by tot die verspreiding en toename van MIV/VIGS-pasiënte. MIV/VIGS-verwante stigma is van die grootste hindernisse vir toegang tot gesondheidsdienste in Suid-Afrika (Kalichan et al., 2003).

3.3.3 Samelewingsfaktore

a) Samelewingsnorme en waardes

Die samelewing dra dikwels by tot die jeug se kwesbaarheid om die MIV-virus op te doen aangesien die jeug dikwels verhoed word om inligting in verband met MIV/VIGS te bekom. In sommige kulture word probleme rakende seks en seksualiteit selde met die jeug bespreek en word dit as 'n sosiale taboe beskou (De Bruyn, 1992). Dit verhoed jongmense om te leer van die voorkoming van MIV/VIGS. As gevolg van die samelewing se gebrek aan kennis en opvoeding oor MIV/VIGS, word daar dikwels geglo dat mense wat met MIV/VIGS leef, vernedering en skaamte oor die gemeenskap sal bring. Daar word dan ook soms geglo dat om MIV-positief te wees, 'n straf van God is vir die individu se immorele gedrag (De Bruyn,

1992). Daarom word MIV-positiewe pasiënte dan ook dikwels by die gemeenskap en kerke uitgesluit (De Bruyn, 1992).

b) MIV/VIGS en geslag

Ongeveer die helfte van individue wat met MIV/VIGS leef, is vroue of jong meisies (UNAIDS, 2010). Dit is hoofsaaklik die gevolg van manlike oorheersing ten opsigte van seksuele besluitneming en vrouegeweld soos verkragting (UNAIDS, 2010). In sommige kulture mag 'n man nie oor sy vorige seksmaats uitgevra word nie, aangesien dit kultureel van hulle verwag word om verskeie seksmaats te hê (UNAIDS, 2010). Om baie seksmaats te hê word as 'n teken van manlikheid beskou, of 'n manier om jou manlikheid te bewys (Jewkes, Levin, & Kekana, 2003). Die Centre for Disease Control and Prevention (2013) beraam dat ongeveer 20 miljoen nuwe seksueel oordraagbare infeksies in die Verenigde State elke jaar voorkom, wat die Amerikaanse gesondheidsorgsisteem bykans \$16 miljoen kos (Centre for Disease Control and Prevention, 2013). Seksueel oordraagbare infeksies (SOI's) is ook 'n baie groot probleem in Suid-Afrika met ongeveer 11 miljoen gevalle wat jaarliks behandel word (Centre for Disease Control and Prevention, 2013). Vroue in hul twintigerjare loop die grootste risiko vir SOI's, en SOI's word met 'n drastiese toename in die risiko vir MIV-infeksie en oordrag geassosieer (Centre for Disease Control and Prevention, 2013).

c) Sosio-kulturele en tradisionele waardes en gebruike

Daar is sekere geloofspraktyke wat bydra tot die verspreiding van MIV/VIGS. Dit sluit in suiweringsrituele waar ouer mans seksuele omgang met 'n maagd het, omdat hulle glo dit sal hulle MIV-geïnfekteerde bloed suiwer (De Bruyn, 1992). Daar is ook gelowe wat heeltemal teen die gebruik van voorbehoedmiddels, met inbegrip van kondome, is. Daar word geglo dat dit teen God se wil is om swangerskap te probeer voorkom (De Bruyn, 1992).

3.4 DIE GEVOLG VAN MIV/VIGS: FAKTORE WAT DIE UITWERKING VAN DIE MIV/VIGS-EPIDEMIE OP DIE GESIN BEÏNVLOED

Dit duidelik dat die uitwerking van MIV/VIGS op verskeie gebiede sigbaar is. Volgens navorsing (UNESCO, 2013) is MIV/VIGS 'n gesinsiekte, en die netwerke van 'n gesin en gesinskapitaal word beskou as van die belangrikste faktore wat 'n gesin se vermoë om die siekte te kan hanteer en daarmee saam te leef, kan beïnvloed (vergelyk Tabel 3.3). Vir die doel van hierdie studie sal daar dus hierna op die invloed van MIV-infeksie op die gesin gefokus word.

Die gesins-relevante gevolge van MIV/VIGS word beheer deur die manier waarop, en mate waartoe elk van die drie epidemies gesins- en sosiale kapitaal affekteer. Hierdie gevolge hou verband met die natuur, struktuur en funksionering van elke sektor, maar meer spesifiek die sosiale- en kulturele konteks (Belsey, 2005). Strategieë om die kwesbaarheid om MIV op te doen te verminder, sluit in maatstawwe wat ontwerp is om die onderliggende faktore, wat 'n klimaat skep waar risiko gedrag aangemoedig en onderhou word, aan te spreek (vergelyk Tabel 3.2).

Tabel 3.2

Strategieë om die kwesbaarheid om MIV op te doen te verminder (Belsey, 2005)

| | |
|--------------------|--|
| MIV-epidemie | <ul style="list-style-type: none"> • Daar moet seker gemaak word of die kwesbaarheid van gesinne deur 'n beskermende beleid betreffende die onderstaande aandag geniet: <ul style="list-style-type: none"> ➤ migrasie vir inkomste; ➤ gesondheidsopvoeding en dienste vir jong mense; ➤ seksuele teistering; en ➤ gevaarlike tradisionele rituele. • Die ontwikkeling en implementering van beleide om kinderarbeid en seksuele uitbuiting van kinders te elimineer. • Die beskikbaarheid en toegang tot voorplantingsgesondheidsdienste met inbegrip van berading, toetsing en opvoeding ten opsigte van voorkoming van MIV-infeksie. |
| VIGS-epidemie | <ul style="list-style-type: none"> • Statistiek rakende VIGS-spesifieke en VIGS-verwante siektes en mortaliteit; • Die veranderende bevolkingstruktuur as gevolg van MIV. • Die veranderende aard van die ekonomiese sektor. • Die mate waartoe individue met 'n inkomste weg van die huis af werk. • Die toeganklikheid en bekostigbaarheid van behandeling vir MIV/VIGS en VIGS-verwante siektes. |
| Epidemie van vrees | <ul style="list-style-type: none"> • Politieke erkenning dat om te reageer op MIV/VIGS 'n prioriteit is vir ekonomiese en sosiale ontwikkeling. • Die beskikbaarheid, verspreiding en effektiwiteit van akkurate inligting ten opsigte van MIV/VIGS. • Die kulturele basis van stigma en diskriminasie met betrekking tot MIV. • Die mate waartoe die regering en politieke figure aan stigma en diskriminasie aandag gee. |

3.4.1 Die invloed van MIV/VIGS op die gesin

Die primêre invloed van MIV word aanvanklik op gesin- en gemeenskapsvlak ervaar. VIGS tas meestal 'n baie produktiewe ouderdomsgroep aan. Waar die epidemie baie ernstig is, het dit 'n uitwerking op produktiwiteit en produksie, huishoudings, gesinskapaal (vergelyk Tabel 3.3), die gemeenskap en ekonomiese sekuriteit. In Tabel 3.3 word die invloed van MIV/VIGS

op huishoudings getoon (UNESCO, 2013). Daar is egter 'n leemte in navorsing oor die effek op gesinne aangesien die hoofokus van hierdie navorsing op kinders was.

Tabel 3.3

Potensiële uitwerking van MIV/VIGS op gesinskapaal (Hunter & Williamson, 1997)

| Potensiële uitwerking van MIV/VIGS op gesinskapaal | Uitwerking van MIV/VIGS op kinders | Uitwerking van MIV op gemeenskap |
|---|---|--|
| <p>Uitwerking op verhoudings</p> <ul style="list-style-type: none"> • konflik in die gesin; • verwerping van 'n gesinslid; • stigma, diskriminasie en isolasie; • dood van 'n gesinslid, smart; • toenemende aantal multi-generasiegesinne; • verandering in gesinsamestelling en in die rolle van volwassenes en kinders <p>Uitwerking op hulpbronne</p> <ul style="list-style-type: none"> • armoede; • verlies aan arbeid; • verlies aan inkomste vir mediese sorg en opvoeding; • gedwone migrasie; • tyd en geld bestee aan begrafnis. <p>Uitwerking op veerkragtigheid</p> <ul style="list-style-type: none"> • demoralisasie; • stres; • onvermoë om ouers te wees en vir kinders te sorg; • verbrokkeling van die gesin. | <ul style="list-style-type: none"> • verloor dikwels hulle gesin en identiteit; • depressie; • verslegte welstand; • wanvoeding en hongersnood; • gebrek aan gesondheidsorg; • swak gesondheidstatus; • toename in kinderarbeid; • minder opvoedingsgeleentheid; • verlies aan erfposies; • gedwonge migrasie; • haweloosheid; misdaad • meer kinders op straat; • blootstelling aan MIV-infeksie. | <ul style="list-style-type: none"> • meer werkloosheid; • toenemende armoede; • onvermoë om infrastruktuur te onderhou; • verlies aan arbeid, met inbegrip van gesondheidsorg werkers, onderwysers en landbouwerkers; • verlies aan landboubydraes; minder toegang tot gesondheidsorg; meer depressie en sterftes; • sielkundige stres |

3.4.2 Die direkte en indirekte koste van MIV/VIGS

Wanneer 'n familielid MIV-positief gediagnoseer word, daal 'n huishouding se inkomste (vergelyk Tabel 3.4) met ongeveer 52% tot 67% en die huishouding se gesondheidsuitgawes verdubbel ook (UNESCO, 2013). Algaande die huishouding se inkomste verminder en die uitgawes om die individu te versorg meer raak, verminder die voedselaankope van die gesin ook (Musingafi et al., 2012). Tabel 3.4 dui die bevindinge volgens 'n UNESCO-verslag oor die direkte en indirekte koste van MIV/VIGS aan.

Tabel 3.4

Die direkte en indirekte koste van MIV/VIGS tydens alle fases, van voor die infeksie tot ná die sterfte (Solon & Barrozo, 1993)

| Soort uitwerking | Voor infeksie | Latente fase | Tydperk van siekte | Tydperk na sterfte |
|------------------|--|---|--|---|
| Direkte koste | Beheer- en voorkomings-maatreëls | Toetsing, versorging van buite-pasiënt en opvolgbesoeke | Versorging van pasiënt tuis en in hospitaal en medikasie | Begrafniskoste |
| | Minder spaargeld | Laer produktiwiteit van siek gesinslid | Laer produktiwiteit van siek gesinslede verlies aan inkomste vir 'n deel van die tyd | Verlies aan inkomste ná sterfte |
| Indirekte koste | Versekering | Vermindering in beleggings | Vermindering in beleggings | Verlaagde gesinsinkomste en hulpbronne |
| | Aanvaarding van laer risiko, maar minder goed betaalde werk | Koste van werksgeleenthede as gevolg van die versorging van siek gesinslid | Koste van werksgeleenthede as gevolg van die versorging van siek gesinslid | Swak gesondheid van sommige oorlewende gesinslede |
| | Intra-gesins-kommunikasie | Koste van sielkundige dienste vir siek gesinslede en ook ander gesinslede. | Koste van sielkundige dienste vir siek gesinslede en ook ander gesinslede | Plasing van kinders wat wees gelaat is |
| | Terugkeer van die nie inwonende gesinslede na gesinshuishoudings | Koste aangegaan deur ander wat geïnfekteer en geïnfekteer word deur siek gesinslede | Terugkeer van gesinslede na gesinshuishouding vir versorging | Ondersteuning aan huishoudings waar kinders of ouer mense nou in beheer is. Terugkeer van nie inwonende gesinslede na gesinshuishoudings vir produktiewe aktiwiteite |

3.4.3 Navorsing ten opsigte van die invloed van MIV/VIGS op die gesin

Navorsing ten opsigte van die invloed van MIV/VIGS op die gesin (UNESCO, 2013) voer aan dat die onderstaande faktore van een gebied tot 'n ander kan verskil wat betref die invloed wat MIV op gesinne het, naamlik:

- hoe, wanneer en onder watter omstandighede die gesin kwesbaar is en deur MIV/VIGS geaffekteer word;
- die voorkoms en statistiek ten opsigte van gesinne wat deur MIV/VIGS aangetas is;
- die aard en mate van sosiale en gesinskapitaal beskikbaar vir gesinne;
- eie vraag of sosiale en gesinsbeleide en programme bestaan en toegepas word om die gebruik van sosiale en gesinskapitaal te bevorder, te beskerm en te ondersteun om sodoende die integriteit en funksionering van die gesin te behou.

Mark Belsey, die outeur van “*AIDS and the family*” (2005) is ‘n afgetreede personeellid van die “*World Health Organization*”. Die Verenigde Nasies se Departement van Ekonomiese en Sosiale sake het hom aangestel as ‘n konsultant vir ‘n tydeperk om ‘n dokument voor te berei in terme van MIV/VIGS en die effek op die gesin vir die Verenigde Nasies se algemene sinode. Dr. Belsey het ‘n groot aantal werk en toewyding aan hierdie projek afgestaan wat dit uiteindelik transformeer het in ‘n groot analitiese en empiriese navorsingsprojek. Dit het gelei tot die ontwikkeling en skryf van die publikasie, “*AIDS and the family*” (2005) en ‘n groot deel van die navorsing wat volg vorm daarom deel van sy werk .

Daar word aangedui dat die bevordering, beskerming en voorsiening van sosiale ondersteuning aan die gesin en die verskeie dimensies van gesinskapitaal, eerder as die nie-spesifieke beroep op armoedeverligting, as die kern van ‘n volhoubare oplossing tot MIV/VIGS gesien kan word (Belsey, 2005). ‘n Benadering wat veral op gesinne fokus, sal ‘n grondige ontleding vereis rakende –

- die struktuur en funksies van die gesin met MIV-lede;
- identifisering van kritiese elemente van gesinskapitaal wat belangrik is vir hierdie funksies; en

- die behoeftes van hierdie gesinne, gesien teen die verskillende sosiale, ekonomiese en kulturele agtergronde van verskeie lande en gemeenskappe, wat sal lei tot relevante oplossings vir spesifieke toestande wat in hierdie gebiede voorkom (Belsey, 2005).

Aan die hand van die inligting wat beskikbaar is (Belsey, 2005), is dit moontlik om tot algemene gevolgtrekkings te kom met betrekking tot die invloed van MIV/VIGS op die meeste gesinne in verskeie gebiede (maar in die besonder Afrika suid van die Sahara) en waardeur hierdie gesinne wat deur MIV/VIGS geaffekteer word, gekenmerk word:

- baie gesinne leef in omstandighede wat hulle kwesbaar maak vir MIV-oordrag;
- die gesinslid wat aanvanklik geïnfekteer is, is dikwels 'n ekonomies aktiewe inwoner of nie-inwonende volwasse man;
- ander gesinslede mag ook kwesbaar wees, en óf vrywillig of ónvrywillig aan MIV- verwante risikogedrag blootgestel word; en
- beide kohabitasie en gedeelde leefstyle lei dikwels daartoe dat meer as een gesinslid geïnfekteer word;

'n Oorweldigende meerderheid gesinne met 'n MIV-geïnfekteerde gesinslid is onbewus daarvan dat hulle 'n gesin is wat as geheel geaffekteer word (of geaffekteer gaan word) deur MIV/VIGS. As 'n persoon wat met MIV geïnfekteer is, daarvan bewus raak dat hy/sy seropositief is, kan enige van die onderstaande situasies voorkom:

- ander gesinslede word moontlik nie ingelig nie, of net sommige word ingelig, alhoewel meestal nie onmiddellik nie; en
- ander gesinslede raak bewus van die situasie wanneer simptome van VIGS of VIGS- verwante siektes duideliker begin manifesteer en die geïnfekteerde lid nie meer in staat is om te werk of normaal te funksioneer nie.

Die gesin wat deur MIV/ VIGS geaffekteer word, is ook dikwels:

- verplig om hulle tyd en hulpbronne te verskuif van prioriteite soos ekonomiese produksie en opvoeding na die voorsiening van persoonlike en gesondheidsorg vir die gesinslid met MIV/VIGS;
- blootgestel aan stigma en diskriminasie, wat dikwels lei tot isolasie van die gemeenskap en familiegroep – in sommige gevalle kan dit 'n rol speel by die kerngesin se verwerping van die geïnfekteerde individu;
- dikwels nie goed voorbereid vir die toekoms nie, omdat hulle nie beplan het vir die volgehoue welstand van die afhanklike gesinslede (soos kinders en oumense) en die versorging van die geïnfekteerde en geaffekteerde gesinslede tydens die tydperk van die siekte en moontlike sterfte nie;
- nie in staat om saam te bly as 'n kerngesin nie; en
- na gelang van die ekonomiese implikasies en versorgingsrol ten opsigte van die geïnfekteerde individu, sal hulpbronne en versorgingsfunksies verminder, en sodoende die funksionering van die gesin bedreig, wat dan moontlik uitmekaar kan beweeg (Belsey, 2005).

Dit is nie bekend of daar 'n spesifieke punt is waar die proporsie gesinne geaffekteer deur MIV/VIGS en hulle vermoë om te funksioneer, 'n kritiese vlak bereik nie. Dit kan daartoe lei dat 'n disfunksionerende of degenererende gemeenskap ontstaan as gevolg van die verlies aan gesinskapitaal en die agteruitgang van die fisiese en sosiale omgewing en produktiewe kapitaal soos vaardighede (Belsey, 2005).

Die gesin se hantering van en beheer oor die MIV/VIGS epidemie is egter relatief eenvoudig en sluit die onderstaande in:

- die voorkoming van MIV-infeksie onder gesinslede;
- voorkoming van MIV/VIGS-oordrag in die gesin; en
- in die geval van 'n MIV-seropositiewe individu, vertraging van die progressie van die MIV-infeksie na VIGS of VIGS-verwante siektes en sterfte.

Alhoewel hierdie uitgangspunte maklik gestel word, het ervaring bewys dat hulle moeilik bereikbaar is, veral in die afwesigheid van sosiale, politieke en materiële ondersteuning. Die soorte ondersteuning wat benodig word, sluit in beleidsopsies en -programme wat die onderstaande kan bereik (Belsey, 2005):

- identifisering en versterking van die vermoë van kwesbare gesinne om te voorkom dat hulle met MIV geïnfekteer word, met optrede om gesinspraktyke wat die epidemie bevorder en tot verdere swaarkry bydra, te verander;
- versekering dat die gesinne met 'n gesinslid wat alreeds met MIV geïnfekteer is, die kennis, vaardighede en hulpbronne het wat hulle in staat stel om verdere oordrag binne die gesin en ook buite die gesin te voorkom;
- identifisering en versterking van die vermoë van gesinne deur MIV geïnfekteer om die oorgang na VIGS te vertraag, en om te beplan en voor te berei vir die uiteindelijke progressie van die siekte en ook die dood;
- voorkoming van stigma en diskriminasie in die gesin en gemeenskap;
- identifisering van gesinne geïnfekteer deur VIGS; ondersteuning aan hulle in die uitvoering van hulle daaglikse funksies; en beskerming van die regte en welstand van die oorblywende gesinslede van gesinne geïnfekteer deur 'n VIGS-sterfte, deur daarstelling van gesinstipe omgewings en ander alternatiewe vir kinders wat wees gelaat is weens VIGS.

Volgens bogenoemde navorsing speel sosiale ondersteuning dus 'n beduidende rol as dit kom by die ondersteuning van gesinne met MIV-positiewe gesinslede. In afdeling 3.8 word daar na sosiale ondersteuning vir gesinne met MIV-lede gekyk aan die hand van 'n gesinsveerkragtigheids-benadering.

3.5 SOSIALE ONDERSTEUNING VIR GESINNE MET MIV-LEDE: 'n VERDUIDELIKING VOLGENS DIE GESINSVEERKRAGTIGHEIDSMODEL

Volgens Belsey (2005) sal die meeste gesinne, indien nie almal nie, sukkel om by 'n MIV-diagnose in hulle huishouding aan te pas. Die nuwe behoeftes wat ontstaan as gevolg van die siek persoon sal ook dikwels probleme skep in die gesin. Wanneer die huishouding se behoeftes as gevolg van die stressor-gebeure soos MIV-infeksie, nie opgelos kan word deur die gebruik van hulle huidige hulpbronne en hanteringstrategieë nie, ontstaan 'n gesinskrisis. Die gesin is dan op die punt van disintegrasie en moet veranderinge aanbring om stabiliteit in hulle funksionering te herwin. Die bespreking hieronder wys op die praktiese en emosionele krisis wat kan ontstaan in 'n huishouding ná 'n diagnose van MIV-infeksie by een of meer gesinslede.

Die lewe met 'n MIV-positiewe lid van die gesin is nie maklik nie en kan lei tot 'n krisissituasie vir die gesin. Daar is praktiese en emosionele kwessies wat 'n gesin sal moet oplos voor hulle so effektief soos voorheen, of selfs beter as voorheen, sal kan funksioneer (Musingafi et al., 2012). Gesinsaanpassing verwys na die uitkoms van 'n gesin se pogings om te groei en te herstel ná 'n krisistydperk, soos die MIV-diagnose van 'n gesinslid. 'n Gesin se aanpassing by 'n krisissituasie word beïnvloed deur hulle tipiese patroon van funksionering. Fokus word geplaas op die gesin se samewerking, aanpasbaarheid, hulle gesinsband, gesinstyd, roetines en tradisies (McCubbin & McCubbin, 1988). Hierdie aspekte het 'n belangrike funksie om kontinuïteit en stabiliteit in 'n gesinsopset te skep (McCubbin &

McCubbin, 1988). Gesinne met 'n MIV-positiewe gesinslid moet daarom aangemoedig word om rituele, roetines en tradisies te vorm om gesinskohesie en gesinsbande in tye van krisis te versterk (DeMatteo, Wells, Salter, & King, 2002). Terselfdertyd kan ongeïnfekteerde familielede ook betrokke raak deur sosiale ondersteuning aan siek gesinslede te verskaf (DeMatteo et al., 2002).

Dit was dus die doelwit van die huidige studie om te kyk na die gebruik van en behoeftes aan sosiale ondersteuning van sodanige gesinne ten einde hierdie huishoudings te help met die aanpassingsproses ná 'n MIV-diagnose.

Vervolgens word die ekologiese perspektief bespreek en daar sal aan die hand van hierdie perspektief gekyk word na ondersteuning wat in vorige navorsing gevind beskikbaar is vir MIV-positiewe individue en hulle huishoudings. Die ekologiese perspektief is relevant aangesien 'n huishouding nooit in isolasie bestaan nie, maar deel is van 'n groter stelsel of opset. Eerstens word die relevansie van die ekologiese perspektief as teoretiese raamwerk vir die ontleding van gesinne met 'n MIV-positiewe lid se gebruik van en behoeftes aan ondersteuningstelsels gestaaf en tweedens word gekyk na die algemeen beskikbare sosiale ondersteuning, soos gerapporteer in vorige navorsing.

3.6 SOSIALE ONDERSTEUNING VIR GESINNE MET 'n MIV-POSITIEWE LID: 'n EKOLOGIESE PERSPEKTIEF

Navorsers soos Bronfenbrenner (1979) en Germain en Gitterman (1996) het bygedra tot die ontwikkeling van die ekologiese perspektief. Menslike ontwikkeling vind deur komplekse wederkerige interaksie tussen 'n individu, ander menslike organismes en die persoon se onmiddellike omgewing plaas (Bronfenbrenner, 1979). Hierdie ontwikkeling verwys na 'n individu se verwantskap met die omgewing en sy/haar vermoë om te ontdek, te oorleef of aan

die omgewing se eienskappe te verander (Bronfenbrenner, 1979). Om effektief aan te pas, moet die interaksie op 'n gereelde basis oor 'n tydperk plaasvind, soos tydens die lewensduur van 'n huishouding met 'n MIV-positiewe lid.

Volgens Bronfenbrenner (1979) bestaan die sosiale agtergrond uit vier stelsels wat van klein mikrostelsels tot meer globale makrostelsels varieer. Volgens Bronfenbrenner (1979) se ekologiese perspektief is daar interaksie tussen alle stelsels, naamlik die mikro-, meso-, ekso- en makrostelsel. Die werking van hierdie stelsels kan benut word om die ondersteuningstelsels en behoeftes van huishoudings met 'n MIV-positiewe lid te identifiseer. Die ekologiese perspektief stel die navorser in staat om begrip te ontwikkel vir die invloed van hierdie omgewingsfaktore en interaksies wat die funksionering van die huishouding beïnvloed (Germain & Gitterman, 1996). Die ekologiese perspektief neem dus die invloed wat omgewingsfaktore op die funksionering van 'n huishouding het, in ag (Sheafor et al., 2000). Die fokus van die ekologiese perspektief is om uiteindelik 'n gesonde passing tussen 'n huishouding en hulle omgewing te beskryf. Die ekologiese perspektief is dus op die beginsel van interafhanklikheid gebaseer (Johnson & Yanca, 2007).

Germain en Gitterman (1996) voer aan dat individue deur wederkerige interaksie hulle fisiese en sosiale omgewing kan beïnvloed, en op hulle beurt deur hulle omgewing beïnvloed kan word. Volgens die ekologiese perspektief word 'n persoon en sy/haar omgewing beskou as 'n unitêre stelsel binne 'n spesifieke kulturele en historiese verband. Die ekologiese perspektief bied dus 'n konseptuele raamwerk wat kan help om beter te verstaan hoe 'n huishouding met 'n MIV-positiewe lid by hulle situasie en omgewing kan aanpas ten einde te oorleef en die nodige hulpbronne te verkry (Sheafor et al., 2000). Verder stel die ekologiese perspektief ons in staat om sosiale ondersteuning, wat huishoudings se probleme kan verminder en 'n beter passing tussen die gesin en die omgewing skep, te identifiseer en te beskryf (Scileppi, Teed, & Torres, 2000). Vanuit die ekologiese perspektief sal die beskikbare sosiale ondersteuning

vir 'n gesin met 'n MIV-positiewe lid op verskillende vlakke van die menslike ekostelsel, naamlik die mikro-, meso- en makrovlakke, geïdentifiseer en beskryf kan word.

3.6.1 Mikrostelsel

Die mikrostelsel is die stelsel wat die individu of huishouding direk sal beïnvloed (Scileppi et al., 2000). 'n Mikrostelsel is 'n patroon van aktiwiteite, rolle en interpersoonlike verhoudings wat deur die huishouding in 'n spesifieke situasie ervaar word (Sheafor et al., 2000). Binne hierdie stelsel neem die huishouding aan verwantskappe deel en vind daaglikse interaksie plaas (Sheafor et al., 2000). Daarom omvat die mikrostelsel die gesin met 'n MIV-positiewe lid self asook sy/haar familie en vriende wat as ondersteuning op hierdie vlak dien. Die mikrostelsel van 'n gesin met 'n MIV-positiewe lid bestaan dikwels uit verskeie sosiale netwerke van interpersoonlike verhoudings (Sheafor et al., 2000). In afdelings 3.9.1.1 en 3.9.1.2 word na tuisversorging en palliatiewe sorg as ondersteuning vir hierdie huishoudings op mikrovlak gekyk.

3.6.1.1 Tuisversorging

Die hoë voorkoms van die MIV/VIGS-epidemie in Suid-Afrika plaas baie druk op die land se gesondheidsorgdienste aangesien die groot aantal pasiënte dikwels lei tot 'n tekort aan noodsaaklike hulpbronne soos hospitaalbeddens en gesondheidsorgwerkers. Hierdie tekort veroorsaak dat 'n groot aantal pasiënte met MIV/VIGS tuis versorg moet word.

Daar word beraam dat tot 90% van MIV-versorging deur onopgeleide familie en vriende tuis verskaf word, en tot 80% van MIV-verwante sterftes tuis plaasvind (Weiss et al., 2003). 'n Potensiële voordeel van tuisgebaseerde sorg is dat die individu omring word deur 'n huishouding wat vir hom/haar omgee en wat in hulle fisiese en emosionele behoeftes kan voorsien. Tuisversorging bied dikwels ook meer effektiewe sorg aangesien die versorgers

dikwels familieledede of vriende is. Hulle word nie aan ander siektes of virusse blootgestel soos wat die geval in die hospitaalomgewing met sy verskillende siektes en virusinfeksies is nie. Die gesinslede bespaar ook op uitgawes wat betref hospitaal- en vervoerkoste indien hulle van tuisversorging gebruik maak (Weiss et al., 2003).

Mense wat as MIV-positief gediagnoseer is, kan 'n reeks ernstige simptome ervaar. Hierdie simptome kan hulle daaglikse funksionering beïnvloed, en hulle sal bystand benodig om hulle daaglikse take te verrig (Weiss et al., 2003). Hulle het dikwels hulp nodig met huishoudelike take en MIV-verwante kwessies soos byvoorbeeld die aanskaffing, gebruik en/of toediening van ARB en pynmedikasie. Die pasiënte sal ook hulp benodig ten opsigte van voeding en die monitering van hulle gewig (Weiss et al., 2003). Hierdie behoeftes beïnvloed die gesin as geheel en nie alleenlik die geïnfekteerde individu nie.

Tuisversorgers kan 'n mediese kassie bekom om byderhand te hou tydens die versorgings-tydperk. Die verskeidenheid items wat sodanige kassie kan bevat, behels pynstillers, medikasie soos teenswam-middels, antibiotika en antihistamiene, multivitamiene, verbande, antiseptiese seep, ontsmettingsmiddels, handskoene en diarree-tablette (Weiss et al., 2003). Versorgers kan ook vir tuisversorging opgelei word deur gesondheidsorgwerkers ten opsigte van hoe om die voorgeskrewe medikasie effektief te verskaf sowel asook om te leer hoe om aan die fisiese en sielkundige behoeftes van pasiënte met MIV/VIGS te voldoen.

3.6.1.2 Palliatiewe sorg

Palliatiewe of verligtingsorg vir mense met MIV/VIGS is 'n noodsaaklikheid veral in Suid-Afrika waar die epidemie problematies is. Pasiënte wat ernstig siek of sterwend is, benodig moontlik pynverligting en dit verg die aandag van gekwalifiseerde verpleegkundiges (Fausto & Selwyn, 2011). Palliatiewe sorg kan gedefinieer word as sorg wat daarop fokus om die pasiënt se behoeftes die hoof te bied, byvoorbeeld deur pynverligting (Fausto & Selwyn,

2011). Palliatiewe sorg word verskaf aan individue wat lewensbedreigende siektes het, en is die eerste keer in die 1980's aan MIV-positiewe individue verskaf (Van Dyk, 2009). Palliatiewe sorg behels ook dikwels eindstadium-sorg wat gewoonlik verwys na die versorging van 'n siek persoon gedurende die laaste ruk van sy/haar lewe (Fausto & Selwyn, 2011). Dié sorg word verskaf vanaf die tyd wanneer die individu erge agteruitgang begin toon totdat hy/sy sterf (Fausto & Selwyn, 2011).

Hierdie palliatiewe of verligtingsorg kan dus ondersteuning bied aan MIV-positiewe gesinslede sowel as hulle huishoudings deur aan hulle emosionele en inligtingsbehoefte aandag te skenk (Van Dyk, 2009). Die behoeftes van pasiënte met MIV-infeksie word byvoorbeeld die hoof gebied deur pynverligting, hulp om die dood as normale proses te sien en die integrasie van sielkundige en spirituele aspekte wat betref versorging (Van Dyk, 2009). So 'n ondersteuningstelsel verbeter die lewensgehalte van pasiënte met MIV-infeksie en van hulle huishoudings gedurende die laaste tydperk van die pasiënt se lewe (Departement van Gesondheid, 2009).

3.6.2 Mesostelsel

Die mesostelsel behels die interaksie tussen twee of meer mikrostelsels (Sheafor et al., 2000). Hoe sterker die band tussen die mikrostelsels, hoe groter is die positiewe invloed wat die mesostelsel op die huishouding het (Sheafor et al., 2000). Disfunksionering tussen twee mikrostelsels kan ook 'n negatiewe uitwerking op die huishouding se funksionering hê (Scileppi et al., 2000). Die mesostelsel sal byvoorbeeld ondersteuningsgroepe insluit by die bestudering van die sosiale ondersteuning van huishoudings met 'n MIV-positiewe lid.

3.6.2.1 Ondersteuningsgroepe

In die afwesigheid van vriende vir ondersteuning, kan ondersteuningsgroepe pas gediagnoseerde individue en hulle huishoudings 'n veilige omgewing bied om oor die virus te praat, hulle ervarings te deel en ook toegang tot belangrike inligting te verkry (Phillips & Morrow, 1998). Die implementering van 'n gestruktureerde ondersteuningsgroep behels om individue hanteringsmeganismes aan te leer en hulle met kennis te bemagtig (Phillips & Morrow, 1998). Al het ondersteuningsgroepe 'n algemene manier geword om ondersteuning aan MIV-positiewe individue te bied, is daar nog baie min gestruktureerde programme vir hierdie groepe ontwikkel, veral in 'n land met beperkte hulpbronne, soos Suid-Afrika (Phillips & Morrow, 1998).

Daar is 'n groot behoefte in Suid-Afrika aan MIV-ondersteuningsgroepe aangesien MIV-geïnfekteerde individue en hulle huishoudings hulp nodig het met aanvaarding, sowel as om in hulle inligtings- en emosionele behoeftes te voorsien (Van Dyk, 2009). Die ondersteuningsgroepe kan byvoorbeeld deur professionele mense in samewerking met skole of kerke in die onderskeie gemeenskappe aangebied word. Dikwels is iemand wat luister, aanvaarding toon en die nodige versekering gee, al wat hierdie individue nodig het. Dit is soms meer terapeuties as enige behandelingsprotokol (Phillips & Morrow, 1998).

Daar is ook 'n tussenvlak, die eksostelsel, wat gedefinieer word as die breë en groot gemeenskap waarin die huishoudings met 'n MIV-positiewe lid leef. Die eksostelsel verwys na die sosiale omgewing wat 'n mens nie noodwendig eerstehands sal ervaar nie, maar wat steeds die huishouding beïnvloed (Zungu-Dirwayi, Shisana, Louw, & Louw, 2007). Die huishouding is miskien nie aktief by die stelsel betrokke nie, maar word steeds indirek beïnvloed en hoewel die invloed van die eksostelsel indirek is, kan die invloed daarvan op die huishouding met 'n MIV-positiewe lid steeds redelik groot wees. Dit kan aspekte soos goeie

dokter-gesinsverhoudings insluit wat 'n positiewe bydrae tot die getroue gebruik van MIV-medikasie maak (Phillips & Morrow, 1998).

3.6.3 Makrostelsel

Die makrostelsel bestaan uit samelewingsfaktore wat by 'n individu of huishouding se spesifieke sosiale klas, ras of kultuur 'n rol speel (Scileppi et al., 2000). In die gemeenskap van sosiale instellings is daar 'n komplekse interaksiestelsel tussen kulturele, sosiale, ekonomiese en sielkundige elemente wat 'n invloed op die funksionering van huishoudings met 'n MIV-positiewe lid het. Bronfenbrenner (1979) beskou dit as 'n holistiese begrip en daarom as die basis vir effektiewe strategieë om die lewensgehalte van huishoudings met 'n MIV-positiewe lid te verhoog. Wat betref sosiale ondersteuning vir gesinne met 'n MIV-positiewe lid op die makrovlak word daar in afdelings 3.9.3.1 tot 3.9.3.3 na die ongeskiktheidstoelaag, beleid en wetgewing asook maatskaplikewerk- en welsynsdienste gekyk.

3.6.3.1 Ongeskiktheidstoelaag

Ongeskiktheidstoelae stel dikwels MIV-positiewe individue instaat om hulle medikasie te voltooi, aangesien dit hulle finansiële help om na klinieke te reis (Department of health, 2009). Dit is egter moeilik om 'n ongeskiktheidstoelaag te bekom aangesien nie alle pasiënte met die MIV-infeksie hierdie toelaag ontvang nie, maar slegs dié wat 'n CD4-telling van minder as 350 selle/mm³ het (Simchowitz, 2004). Dit beteken dat pasiënte eers siek genoeg moet wees om die toelaag te ontvang.

3.6.3.2 Beleid en wetgewing

Kragtens die Grondwet van Suid-Afrika (no. 108 van 1996) het alle persone 'n reg op gelykheid, vryheid en sekerheid, privaatheid, regverdige arbeidspraktyke en toegang tot

inligting. Dit sluit mense wat met MIV leef sowel as hulle huishoudings in. Suid-Afrika het 'n wetlike raamwerk daargestel om werknemers en werksaansoekers wat MIV-positief is te beskerm teen diskriminerende en onregverdigde arbeidspraktyke (vergelyk afdelings 3.6.3.2.1 tot 3.6.3.2.3). Hierdie wette en beleide is van toepassing op beide die privaat en openbare sektor. Spesifieke staatsdiensregulasies vir die staatsektor se werksplekprogramme rakende MIV-infektering is ook beskikbaar. Die wetgewing sluit die wette wat in afdelings 3.6.3.2.1 tot 3.6.3.2.3 bespreek word, in.

3.6.3.2.1 Die Wet op Gelyke Indiensneming (no. 55 van 1998)

Hierdie wet verbied onregverdigde diskriminasie teen 'n werknemer of aansoeker om indiensneming, in enige indiensnemingsbeleide of -praktyke op grond van sy/haar MIV-status. Die wet verbied ook alle vorme van toetsing in die werkplek en verbied selfs voorindiensnemingstoetse vir MIV, tensy die Arbeidshof die werkgewer toestemming gegee het om dit te doen (Employment Equity Act, 1998).

3.6.3.2.2 Die Wet op Arbeidsverhoudinge (no. 66 van 1995)

Dié wet verbied ontslag van 'n werknemer op grond van sy/haar MIV-status. Die wet laat egter die beëindiging van dienste toe wanneer die persoon nie langer in staat is om te werk nie en bepaal dan dat regverdigde ontslagprosedures gevolg moet word (Labour Relations Act, 1995).

3.6.3.2.3 Die Wet op Mediese Skemas (no. 131 van 1998)

Hierdie wet bepaal dat mediese skemas nie mense mag uitsluit van lidmaatskap op grond van 'n mediese toestand soos MIV nie (Medical Schemes Act, 1998). Die wet bepaal ook dat alle skemas 'n minimum vlak van voordele moet bied. Die voorgeskrewe minimum voordele (VMV) moet elke twee jaar hersien word en moet spesifiek fokus op die ontwikkeling van

behandelingsprogramme vir MIV-infeksie (Medical Schemes Act, 1998). Die huidige VMV vir MIV is:

- vrywillige berading en toetsing in geval van MIV-infeksie;
- kotrimoksasool as voorkomende terapie;
- antiretrovirale behandeling, sifting en voorkomende terapie vir tuberkulose (TB);
- diagnose en behandeling van seksueel-oordraagbare siektes (SOS's);
- pynbestuur by pasiënte wat gehospitaliseer is;
- behandeling van opportunistiese infeksies (byvoorbeeld TB, longontsteking, sekere soorte kanker), voorkoming van moeder-na-kind-oordrag (MNKO) van die MIV en na-blootstellingvoorbehoeding (NBV) indien ongelukke in die werkplek plaasvind of as gevolg van verkragting of seksuele aanranding.

3.6.3.3 Maatskaplikewerk- en welsynsdienste

Die MIV-epidemie het ook daartoe bygedra dat meer pasiënte die hulp van maatskaplike werkers in hospitale benodig (Van Dyk, 2009). Daar word deesdae veral fokus geplaas op die aanvulling van fisiese en mediese behandeling met maatskaplike hulpverlening om die lewensgehalte van pasiënte met MIV-infeksie sodoende te verbeter. Die positiewe invloed wat 'n tevrede en gelukkige gemoed op MIV-positiewe pasiënte en hulle huishoudings het, word veral beklemtoon (Van Dyk, 2009).

3.7 NAVORSING OOR SOSIALE ONDERSTEUNING VIR HUISHOUDINGS MET 'N MIV-POSITIEWE LID

Die voordele van sosiale ondersteuning is veral belangrik vir individue en huishoudings wat met MIV-positiewe gesinslede lewe, veral as gevolg van die stigma en sosiale isolasie wat met die siekte verband hou. Volgens navorsing is sosiale ondersteuning 'n positiewe aspek wat

individue help om terug te keer vir hulle MIV-uitslae en hulle ook in staat stel om beter vol te hou met hulle medikasie (Ciambrone, 2002).

3.7.1 Internasionale navorsing

In 'n studie deur Cox (2002) in die Verenigde State van Amerika (VSA) is gekyk na die verband tussen sosiale ondersteuning en die wyse waarop MIV-positiewe individue hulle medikasie neem. 'n Sub-steekproef van 179 MIV-geïnfekteerde deelnemers het ingestem tot 'n reeds befondsde kombinasie-terapie-behandelingstudie (Cox, 2002). 'n Kwalitatiewe studie is onderneem en die ontleding van 14 bivariaat-hipoteses en 20 onafhanklike veranderlikes op multivariaat-vlak het getoon dat individue wat emosionele ondersteuning en 'n vaste werk gehad het, meer getrou was met die neem van hulle medikasie as dié by wie hierdie ondersteuning ontbreek het. Dié studie het egter alleenlik op die MIV-positiewe persoon gefokus en het nie na die sosiale ondersteuning beskikbaar vir die hele huishouding, of na hulle behoeftes in dié verband gekyk nie.

Ciambrone (2002) het in die noordooste van die VSA 'n kwalitatiewe ondersoek gedoen na die sosiale ondersteuning van vroue wat met MIV gediagnoseer is en wat hulle ervarings met betrekking tot die MIV-infeksie is. Die deelnemers het bestaan uit tussen 30 en 50 vroue. Daar is bevind dat die deelnemers meestal net een persoon, gewoonlik 'n familielid, as sosiale ondersteuning gehad het. Daar was geen teken van informele netwerke as ondersteuning nie. Verder is in hierdie studie net op die individu gefokus en nie ook op die MIV-pasiënte se huishoudings nie.

Lichtenstein en Clair (2002) het die sosiale ondersteuningsbehoefte van 'n groep MIV-positiewe individue in die suide van die VSA ondersoek. Hierdie studie het Olshansky se begrip 'kroniese hartseer' (Olshansky, 1962) gebruik om ondersoek in te stel na die sosiale ondersteuningsbehoefte van 21 MIV-positiewe mans en vroue. Lichtenstein en Clair (2002)

het gebruik gemaak van kwalitatiewe onderhoude en die kwantitatiewe meting van depressie met die Center of Epidemiological Studies on Depression (CES-D) Scale (Radloff, 1977). In dié studie is bevind dat stigma 'n sterk verband toon met kroniese depressie by MIV-positiewe individue. Daar is bevind dat depressiesimptome by beide mans en vroue vererger het ná hulle as MIV-positief gediagnoseer is en dat die depressie dikwels kronies geword het as gevolg van werkloosheid, finansiële probleme, sosiale isolasie en slegte gesondheid. Die sosiale ondersteuningsnetwerke van die deelnemers het gewoonlik bestaan uit individue na aan hulle (Lichtenstein & Clair, 2002).

Min deelnemers het steeds 'n aktiewe sosiale lewe ná hulle MIV-diagnose gehad en baie min van hulle het kontak met ou vriende behou. Hulle sosiale netwerke het drasties verminder as gevolg van stigma, of as gevolg van die beperkinge wat hulle siekte meegebring het. Die navorsers beveel ook dan aan dat sosiale ondersteuningsdienste die gevolge van die MIV-stigma in ag moet neem (Lichtenstein & Clair, 2002).

In Emler (2006) se kwalitatiewe studie in die noordweste van die VSA is gekyk na sosiale netwerke en sosiale isolasie by beide jonger en ouer individue wat as MIV-positief gediagnoseer is. Onderhoude is in samewerking met 'n VIGS-diensleweringorganisasie met 88 individue wat met MIV/VIGS lewe, gevoer. Daar is bevind dat, waar die individue iemand gehad het wat hulle kon vertrou en waar hulle praktiese ondersteuning ontvang het, 'n negatiewe korrelasie met stigma rakende MIV voorgekom het. Daar is ook bevind dat ouer, swart MIV-positiewe volwassenes aansienlik minder sosiale ondersteuning ontvang het as die wit individue wat by die studie betrokke was. Hierdie bevindinge word deur Emler (2006) toegeskryf aan 'n tekort aan vriende, die beskikbaarheid van emosionele ondersteuning (iemand wat hulle kan vertrou), en ook aan 'n tekort aan emosionele ondersteuning onder die swart deelnemers (Emler, 2006). Daarom was dit gepas dat die huidige navorsing alleenlik op sosiale ondersteuning onder Xhosa-huishoudings met MIV-positiewe gesinslede gefokus het.

In die VSA het Shippy en Karpiak (2005) in 'n studie op die sosiale ondersteuning van bejaarde mense wat met MIV gediagnoseer is, gekonsentreer. 'n Gemeenskapsgebaseerde MIV-navorsing- en opvoedingsorganisasie in New York het 'n databasis van ongeveer 700 bejaarde persone wat met MIV/VIGS lewe gehad, en dié lys kon in Shippy en Karpiak se studie gebruik word. Hulle het bevind dat hierdie volwassenes geïsoleerd was van alle ondersteuningsnetwerke as gevolg van hulle ouderdom en die stigma verbonde aan MIV-infeksie. Shippy en Karpiak (2005) het verder egter net op die geïnfekteerde individue gefokus en nie op die hele huishouding nie. Die belangrikheid van en behoefte aan sosiale ondersteuning by mense wat met MIV geïnfekteer is, is op dié wyse weereens bevestig.

Brashers, Neidig, en Goldsmith (2004) het in Brittanje ondersoek gedoen na sosiale ondersteuning en die vraag of dit help, of eerder inmeng, met die bestuur van MIV-pasiënte se onsekerheid oor hulle gesondheid, identiteit en verhoudings. Die data is ingesamel deur middel van ses fokusgroepe wat bestaan het uit volwassenes wat met MIV-infeksie of volwaardige VIGS gediagnoseer is. Hulle het bevind dat sosiale ondersteuning gehelp het om pasiënte se onsekerhede in dié verband te bestuur. Daar is egter nie gekyk na die invloed of gebruik van sosiale ondersteuning onder hierdie mense se huishoudings nie.

In 'n studie in Ghana het Asante (2012) die verband ondersoek tussen ouderdom, geslag, sosiale ondersteuning en die sielkundige welstand van mense wat met MIV-infeksie lewe. Dit was 'n dwarsnit kwantitatiewe studie met data wat bekom is ten opsigte van demografie, sosiale ondersteuning en die sielkundige welstand van 107 mans en vroue wat met MIV/VIGS geleef het. Drie selfrapporteringsvraelyste is gebruik, naamlik 'n vraelys vir die insameling van demografiese data, die skaal vir die meting van bronne van sosiale ondersteuning, en die DASS 42-skaal vir die meting van depressie, angs en stres. Daar is bevind dat sosiale ondersteuning 'n negatiewe korrelasie het met gevoelens van depressie, stres en angs.

Uit die voorafgaande studies blyk die belangrikheid van sosiale ondersteuning vir mense met MIV-infeksie baie duidelik. Hierdie studies is egter almal oorsee gedoen en nie noodwendig van toepassing in Suid-Afrikaanse verband nie en al hierdie studies het alleenlik op die MIV-geïnfekteerde individue gefokus en nie op hulle huishoudings nie.

3.7.2 Suid-Afrikaanse navorsing

Daar kon geen studies opgespoor word wat in Suid-Afrika gedoen is en wat op sosiale ondersteuning van huishoudings met MIV-positiewe gesinslede fokus nie. Daar is wel twee studies in 'n landelike gebied in die Wes-Kaap gedoen oor veerkragtigheid in huishoudings met 'n MIV-positiewe gesinslid (Eiman, 2009; Strauss, 2011). In beide studies word sosiale ondersteuning aangedui as 'n belangrike aspek van veerkragtigheid by hierdie huishoudings. Hierdie studies het ook, soos die huidige studie, op huishoudings uit lae sosio-ekonomiese gemeenskappe gefokus. Die huidige studie het egter uitsluitlik op die gebruik van en behoefte aan sosiale ondersteuning onder gesinne met 'n MIV-positiewe lid gefokus en is die eerste studie wat spesifiek fokus op sosiale ondersteuning aan die MIV-pasiënt se huishouding. So 'n fokus is belangrik aangesien die hele huishouding deur 'n MIV-diagnose geraak word.

3.8 GEVOLGTREKKING

Wanneer 'n gesinslid met MIV/VIGS gediagnoseer word, gaan dit gewoonlik hand aan hand met –

- 'n verlies aan inkomste en gevolglike swak voeding;
- 'n toename in uitgawes ten opsigte van gesondheidsorg en vervoer;
- minder geld vir voedsel, skoolgaande kinders en klere;
- emosionele stres, en
- 'n risiko vir stigma, isolasie en verwerping (Musingafi et al., 2012).

MIV/VIGS plaas 'n groot las op die finansies van 'n gesin en vergroot die armoede van die gesin en langtermynonsekerheid wat betref fisiese en emosionele lyding. VIGS lei ook dikwels tot konflik tussen die egpaar en onder uitgebreide familie, terwyl blaam en suspisie ontstaan oor die manier van infektering en die oorsaak van die persoon se uiteindelik sterfte (Musingafi et al., 2012).

In hierdie hoofstuk is 'n oorsig gebied oor die verloop en progressie van MIV/VIGS soos dit in die menslike liggaam manifesteer. Die verlamme aard van MIV/VIGS toon die noodsaaklikheid vir sosiale ondersteuning vir individue wat met hierdie siekte leef, sowel as vir hulle huishoudings. Daar is ook gekyk na navorsing wat reeds in hierdie verband gedoen is, hoe die navorsing gedoen is en wat bevind is.

In die verlede het navorsing hoofsaaklik op die MIV-positiewe individu gefokus en is die breër konteks van die siekte geïgnoreer, naamlik die uitwerking wat dit op hulle huishoudings het (Pequegnat & Bray, 1997). Die ekologiese perspektief is laastens bespreek en daar is vanuit hierdie perspektief gekyk na reeds beskikbare sosiale ondersteuning vir huishoudings met 'n MIV-positiewe lid. Daarom is daar in die huidige studie ondersoek ingestel na watter sosiale ondersteuning gesinne met 'n MIV-positiewe lid gebruik en wat hulle behoeftes in hierdie verband is.

In hoofstuk 4 word die navorsingsontwerp bespreek, gevolg deur 'n beskrywing van die deelnemers. Verder word 'n beskrywing gegee van die kwalitatiewe meetinstrument wat gebruik is vir data-insameling, gevolg deur die prosedure van data-insameling, die metode gebruik vir data-ontleding, en laastens etiese sake wat in ag geneem is tydens die navorsingstudie.

Hoofstuk 4

NAVORSINGSMETODOLOGIE

4.1 INLEIDING

Kwalitatiewe data is tydens die navorsingstudie ingesamel en ontleed om sodoende die navorsingsvraag te beantwoord, naamlik: *Wat is die gebruik van sosiale ondersteuning, sowel as die behoeftes in hierdie verband onder Xhosa huishoudings met lede wat MIV positief gediagnoseer is?*

In hierdie hoofstuk word die navorsingsontwerp bespreek, gevolg deur 'n beskrywing van die deelnemers. Verder word 'n beskrywing gegee van die kwalitatiewe onderhoud wat gebruik is vir data-insameling, gevolg deur die prosedure van data-insameling, die metode gebruik vir data-ontleding, en laastens etiese sake wat in ag geneem is tydens die navorsingstudie.

Volgens Berkman, Glass, Brisette, en Seeman (2000) is daar 'n positiewe verband tussen sosiale ondersteuning en MIV-pasiënte se gesondheid. Daar word onder andere aanvaar dat sosiale verhoudings en affiliasie 'n kragtige uitwerking het op die fisiese en geestelike gesondheid en welsyn van individue wat lewe met MIV, sowel as op hulle huishoudings. Dit was egter nodig om die gebruik van en behoefte aan sosiale ondersteuning onder gesinne met 'n MIV-positiewe lid teen die Suid-Afrikaanse agtergrond te ondersoek. In vorige studies is daar dikwels op die direkte invloed van MIV op die individu gefokus, maar die indirekte invloed van die MIV-pasiënt op die huishouding behoort ook in ag geneem te word. Die struktuur van 'n huishouding word drasties beïnvloed ná 'n MIV-diagnose, byvoorbeeld waar 'n kind na sy/haar siek ouers moet omsien, terwyl die agteruitgang van die MIV-pasiënt dikwels ook gepaardgaan met 'n groot verlies aan inkomste vir die gesin. 'n MIV-diagnose is een van die vinnigste maniere waarop 'n huishouding van relatiewe rykdom na relatiewe

armoede kan beweeg (Swendeman, Ingram, & Rotheram-Borus, 2009). Daarom het die huidige studie op die vorme van sosiale ondersteuning wat deur Xhosa-huishoudings met MIV-positiewe gesinslede gebruik word, gefokus, sowel as op die behoefte aan sosiale ondersteuning wat hierdie huishoudings beleef.

Goeie sosiale ondersteuning onder MIV positiewe individue word ook dikwels met minder depressiesimptome geassosieer (Ciambrone, 2002). Lede in die huishouding wat na aan die MIV-positiewe lid is, kan ook 'n belangrike rol speel deur emosionele ondersteuning te bied, die persoon se ervarings te bevestig en hom/haar te ondersteun en praktiese hulp en advies aan te bied (Ciambrone, 2002). Die hele huishouding word dus direk of indirek beïnvloed deur 'n positiewe MIV-diagnose. Daarom is dit belangrik om sosiale ondersteuning aan hierdie huishoudings te bied.

4.2 NAVORSINGSONTWERP

'n Verkennende en beskrywende navorsingsontwerp is gebruik (De Vos et al., 2011). Die ontwerp is beskrywend van aard omdat die data wat ontleed is, aangewend is om 'n beskrywing te gee van die sosiale ondersteuning wat Xhosa-gesinne met 'n MIV-positiewe lid gebruik en wat hulle behoeftes is te opsigte van sosiale ondersteuning. In hierdie ondersoek is 'n kwalitatiewe, meervoudige gevallestudie-benadering gebruik. As 'n studie meer as 'n enkele geval insluit, word 'n meervoudige gevallestudie gewoonlik benodig. Die agtergrond is meestal verskillend vir elke geval, en 'n meervoudige gevallestudie stel die navorser in staat om teen elke agtergrond en ook regoor alle agtergronde heen te ontleed. By 'n meervoudige gevallestudie ondersoek die navorser verskeie gevalle om te verstaan wat die ooreenkomste en verskille tussen gevalle is (Yin, 2003).

Hierdie gevallestudie-benadering laat 'n grondige, ondersoek met veelvuldige aspekte toe wat betref komplekse probleme in die werklike lewe. Hiermee saam kan die individue se omstandighede as gevolg van hierdie probleme in hulle natuurlike omgewing ondersoek word (Crowe et al., 2011). Die kernaspek van hierdie metode is dat gebeure of verskynsels in hulle natuurlike omgewing ondersoek word. Die gevallestudie-benadering is veral geskik waar daar gekyk word na *hoe*-, *wat*- en *hoekom*-vrae en ook waar daar byvoorbeeld gekyk word na gapings in dienslewering (Crowe et al., 2011). Die meervoudige gevallestudie-benadering bied 'n effektiewe manier om 'n diep insig te ontwikkel ten opsigte van 'n spesifieke onderwerp, probleem of situasie, waar slegs 'n klein aantal deelnemers ondersoek word (Crowe et al., 2011).

4.3 DEELNEMERS

Doelgerigte steekproefneming (Palinkas et al., 2008) is gebruik om deelnemers vir hierdie studie te bekom. Ten spyte van doelgerigte steekproefneming se inherente sydigheid kan dit betroubare data bied. Die sterkpunt van hierdie metode lê juis in die doelbewuste sydigheid (Palinkas et al., 2008). Doelgerigte steekproefneming word dikwels by kwalitatiewe navorsing gebruik vir die identifisering en selektering van inligtingryk gevalle wat verband hou met die verskynsel wat ondersoek word.

'n MIV-toetsing en beradingsorganisasie op Stellenbosch in die Wes-Kaap het ingewillig (vergelyk Bylae C) om my te help om Xhosa-huishoudings te identifiseer wat aan die insluitingskriteria voldoen. Die beraders verbonde aan die organisasie het met hierdie huishoudings kontak gemaak en 'n volwasse persoon in die huishouding wat nie self MIV-positief was nie, is geïdentifiseer en genader om as verteenwoordiger van die huishouding aan die studie deel te neem. Hierdie persone is aanvanklik telefonies deur die hoof van die organisasie of deur die beraders, gekontak. Die doel en aard van die navorsing is in

besonderhede aan die volwasse lede van die huishoudings verduidelik voordat hulle onderneem het om aan die studie deel te neem. Nadat die kontakbesonderhede aan my beskikbaar gestel is, is elkeen weer geskakel om 'n afspraak te reël vir deelname aan die studie. Indien telefoniese kontak nie moontlik was nie, het ek die huishouding self besoek.

Vir die doeleindes van hierdie studie is 12 Xhosa-huishoudings in die Boland geïdentifiseer waarvan een van die gesinslede 'n MIV-positiewe persoon was. Die persoon met MIV kon óf 'n kind óf 'n volwassene wees, maar die deelnemers met wie die onderhoude gevoer is, kon nie MIV-positief wees nie en moes ouer as 18 jaar wees. Een van die kriteria vir deelname deur huishoudings was dat die gediagnoseerde lid óf in fase drie (minder erge simptomaties fase) óf fase vier (erg simptomaties fase) óf fase vyf (VIGS, die ernstige simptomaties fase) van die MIV-siekte moes wees.¹

Vir 'n huishouding om aan hierdie studie te kon deelneem, moes hulle aan die onderstaande kriteria voldoen (vergelyk Tabel 4.1 onder: Beskrywing van die deelnemers):

- 'n kind of volwassene in die huishouding moes as MIV-positief gediagnoseer wees, en dié persoon moes by die gesin in een huis woonagtig wees;
- die persoon moes reeds deur die @Heart-organisasie gediagnoseer wees voor hierdie navorsingsprojek begin het;
- die deelnemer/gesinsvertegenwoordiger kon nie self MIV-positief wees nie en moes ouer as 18 jaar wees;

¹ Dit is juis tydens hierdie laaste fases van die siekte dat die huishouding heel moontlik drasties beïnvloed word en waar sosiale ondersteuning van groot waarde kan wees (Van Dyk, 2009). Tydens die derde fase begin geringe simptome van MIV-infeksie voorkom. Hierdie stadium begin wanneer individue ligte swelling van hulle limfkliere, koors, gordelroos, veluitslag, mondulkusse, herhaalde lugweg-infeksies, gewigsverlies, moegheid en 'n verskeidenheid ander simptome ervaar (Van Dyk, 2009). In die vierde fase begin opportunistiese siektes verskyn, algaande die immuunstelsel verswak. Die CD4-telling daal en die virale lading is baie hoog. 'n Reeks simptome kom by die individu voor en die persoon kan bedlêend raak (Van Dyk, 2009). Fase vyf is die finale stadium van die siekte en die individu se simptome word akute. Die immuunstelsel verswak tot 'n punt waar dit nie in staat is om die liggaam teen infeksies te beskerm nie en ernstige, onbehandelbare toestande begin voorkom. As die persoon eers by hierdie VIGS-stadium is, sterf hulle gewoonlik binne twee jaar (Van Dyk, 2009).

- die deelnemer moes verkieslik Engels of Afrikaans kon praat, maar waar dit nodig was, is 'n Xhosa-berader as tolk gebruik; en
- die kriteria vir deelname deur die huishouding was dat die gediagnoseerde lid in óf fase drie (minder erge simptomatiese fase), óf fase vier (erg simptomatiese fase), óf fase vyf (VIGS, die ernstige simptomatiese fase) van die MIV-siekte moes wees.

Tabel 4.1

Beskrywing van deelnemers wat betrokke was by die navorsingstudie (N = 12)

| | Ouderdom van gesinsverteenvoordiger | Geloof van huishoudings | Onderhoude met behulp van Xhosa-spreker | Onderhoude in Engels | Onderhoude in Afrikaans | Opvoedkundige kwalifikasies van gesinsverteenvoordigers | Ouderdom van gediagnoseerde gesinslid | Geslag van gediagnoseerde individu | | Gesinsverteenvoordigers se werkstatus |
|-----------------------|-------------------------------------|-------------------------|---|----------------------|-------------------------|---|---------------------------------------|------------------------------------|---|---------------------------------------|
| | | | | | | | | M | V | |
| Gesin 1 (G1) | 42 | Christen | x | | | Deel hoërskool | 34 | x | | Werkzaam |
| Gesin 2 (G2) | 60 | Christen | | | x | Laerskool | 36 | x | | Werkzaam |
| Gesin 3 (G3) | 29 | Christen | x | | | Laerskool | 40 | x | | Werkloos |
| Gesin 4 (G4) | 50 | Christen | x | | | Deel hoërskool | 39 | x | | Werkloos |
| Gesin 5 (G5) | 50 | Christen | x | | | Laerskool | 40 | x | | Werkloos |
| Gesin 6 (G6) | 40 | Christen | | | x | Deel hoërskool | 49 | x | | Werkzaam |
| Gesin 7 (G7) | 41 | Christen | | | x | Hoërskool | 38 | x | | Werkzaam |
| Gesin 8 (G8) | 66 | Christen | | | x | Laerskool | 60 | x | | Werkloos |
| Gesin 9 (G9) | 29 | Christen | x | | | Hoërskool | 12 | x | | Werkloos |
| Gesin 10 (G10) | 40 | Christen | | | x | Hoërskool | 44 | x | | Werkzaam |
| Gesin 11 (G11) | 49 | Christen | | | x | Laerskool | 60 | x | | Werkzaam |
| Gesin 12 (G12) | 38 | Christen | | x | | Deel hoërskool | 37 | x | | Werkzaam |

'n Totaal van 12 Xhosa-gesinne is by die navorsing betrek. Die meerderheid deelnemers was vroulik (n = 9; 75%). Tabel 4.1 dui die aantal deelnemers wat vlot was in Engels of Afrikaans en die aantal onderhoude wat met behulp van 'n isiXhosa-sprekende berader gevoer is, aan. Tydens die onderhoude kon 50% (n = 6) van die deelnemers vlot Afrikaans praat, 8.3% (n = 1) kon vlot Engels praat en 42% (n = 5) van die onderhoude moes met behulp van 'n isiXhosa-sprekende berader in die deelnemers se huistaal gevoer word. Die gemiddelde ouderdom van die deelnemers was 45 jaar (jongste 29 en oudste 66 jaar oud).

Al die deelnemers was Christene, alhoewel die onderskeie kerke ingesluit het Assemblies of God (n = 1), Josiah Ministries (n = 1), NG Kerk (n = 1), Vineyard Christian Fellowship (n=1), St John's Church (n = 1), Dutch Reformed Church (n = 1), Rabe Church (n = 2), Vrye Gereformeerde Kerk (VGK) (n = 3), Zion Church (n = 1). Wat die deelnemers se opvoedkundige kwalifikasies betref, drie (25%) het hulle hoërskool-loopbaan voltooi, vier (33%) het hulle hoërskoolloopbaan gedeeltelik voltooi en vyf (42%) het slegs laerskoolonderrig gehad. Die gemiddelde ouderdom van die MIV-positiewe gediagnoseerde gesinslede was 41 jaar (jongste 12 en oudste 60 jaar oud) gewissel. Vier siek individue (33%) was manlik en agt (67%) was vroulik. Wat betref die deelnemers se werkstatus, vyf (42%) was werkloos en sewe (58%) het 'n werk gehad, naamlik twee was huishulpe, twee tuiniere, een het by 'n motorwassery gewerk, een was 'n motiveringspreker en een was 'n berader. 'n Groot aantal (42%) van die deelnemers was dus werkloos, en hierdie huishoudings het gevolglik finansiële gesukkel en meestal slegs van hulle kindertoelae geleef.

4.4 SEMIGESTRUKTUREERDE ONDERHOUDE

Die onderhoude het bestaan uit twee voorafbepaalde oop-einde vrae (vergelyk Bylae A). Die onderhoude het elk ongeveer 45 minute geduur. Die onderhoude het in Julie/Augustus 2014 oor 'n tydperk van ongeveer drie weke plaasgevind. Die twee oop-einde vrae was:

- Watter vorms van hulp en ondersteuning gebruik julle huishouding wat julle help om aan te gaan met julle lewe, gegee dat julle 'n siek lid het om te versorg?
- Watter behoeftes het julle huishouding aan ondersteuning wat julle sal help om aan te gaan met die lewe, gegee dat julle 'n siek lid het om te versorg?

Semigestruktureerde onderhoude is gebruik aangesien sodanige onderhoude veral geskik is as die navorser op soek is na 'diepte' in die data (Mason, 2002). Hierdie metode het my in staat gestel om die deelnemers aan te spreek om inligting te verskaf om sodoende die perspektiewe en ervarings van hierdie gesinne beter te verstaan. Die onderhoude is op band opgeneem en getranskribeer waarna temas geïdentifiseer is met behulp van tema-ontleding.

4.5 PROSEDURE

Toestemming is van die @Heart-organisasie vir MIV-toetsing en berading (vergelyk Bylae C) verkry om met hulle saam te werk ten einde die huishoudings te identifiseer. Ek het die navorsingvoorstel tydens 'n vergadering aan die personeel van die organisasie aangebied. Nadat die huishoudings met behulp van die organisasie se personeel geïdentifiseer is, is elk van die potensiële deelnemers telefonies of in eie persoon gekontak. Die doel van die studie is aan die potensiële deelnemers verduidelik en, indien hulle ingewillig het om aan die studie deel te neem, is 'n afspraak gereël om hulle tuis te besoek. Die navorsingsprojek is voor die tyd deeglik aan hulle verduidelik en hulle is die geleentheid gegee om vrywillig en slegs indien hulle wou, deel te word van die navorsingsprojek. Ek het dit ook aan elke deelnemer duidelik gemaak dat die gediagnoseerde gesinslid nie aan die studie sou deelneem nie. Vanuit die huishoudings wat ingestem het om aan die studie deel te neem, is 'n gesinsverteenvoordiger gekies. Hulle is ook die geleentheid gebied om vrae te vra en onsekerhede voor die tyd bekend te maak.

Die huishoudings is ook verseker van anonimiteit en vertroulikheid. Tydens die eerste ontmoeting en bekendstelling is die doel van die studie weereens verduidelik asook wat van hulle as deelnemers verwag sou word, waarna, die deelnemer se verwagtinge van die studie geopper is. Dit het deelnemers in staat gestel om 'n ingeligte besluit te neem ten opsigte van hulle deelname, al dan nie. Hulle is ook vooraf ingelig oor hulle reg om te weier om bepaalde vrae te beantwoord indien hulle so sou voel, en hulle reg om aan die onderhoud te onttrek indien hulle dit sou verkies (De Vos et al., 2011).

Etiese kwessies is met die deelnemers bespreek, met inbegrip van die vertroulike aard van die inligting. Deelnemers is gevra om 'n ingeligte toestemmingsvorm te onderteken (vergelyk bylae D) en toestemming is by hulle verkry om die onderhoud elektronies op te neem. 'n Semigestruktureerde onderhoud, bestaande uit twee oop-einde vrae, is met hierdie individue gevoer. Tydens die onderhoud is 'n biografiese vraelys ook gebruik om inligting te bekom oor die samestelling van die huishouding, deelnemers se ouderdomme, beroepstatus, vlak van opleiding en kerkbetrokkenheid (vergelyk Bylae B). Met behulp van die biografiese vraelys is ook inligting bekom oor die MIV-positiewe lid se toestand, wanneer hy/sy gediagnoseer is, die omgewing waar hulle woonagtig was en indien moontlik, hoe die MIV-positiewe lid geïnfekteer is (vergelyk Bylae B). Hierna het ek die semigestruktureerde onderhoud gevoer (vergelyk Bylae A).

Indien dit nodig was, is die deelnemers aangemoedig om op hulle antwoorde uit te brei (vergelyk Bylae A). Deelnemers is ook die geleentheid gebied om aan die einde van die onderhoud vrae te stel met betrekking tot enige onsekerhede. Daarna is hulle bedank vir hulle deelname aan die studie. Onderhoude is deurgaans in Afrikaans of Engels gevoer, maar 'n Xhosa-sprekende berader van die organisasie wat gehelp het met die identifisering van deelnemende huishoudings was teenwoordig tydens onderhoud indien deelnemers nie vlot Afrikaans of Engels kon praat nie. Hierdie persoon is vooraf opgelei in die wyse waarop die

onderhoud in Xhosa gevoer moes word, indien nodig. Die onderhoudsvrae is aan haar verduidelik en onderhoudstegnieke is aan haar geleer, bv. hoe om die persoon gemaklik te laat voel en ook hoe die ingeligte toestemmingsvorms werk.

4.6 DATA-ONTLEDING

Die ontleding is gedoen deur middel van tema-ontleding. Die opgeneemde onderhoude is getranskribeer en daarna met behulp van die ATLAS.ti-program ontleed (Smit, 2002). ATLAS.ti is 'n rekenaarsagtewareprogram wat my gehelp het om groot hoeveelhede teks te bestuur deur gebruik van die 'koppeling'- en 'soek'-funksies (Smit, 2002). Die data-ontleding het ook plaasvind deur middel van kategoriseringsprosesse soos beskryf deur Braun en Clarke (2006). Volgens Braun en Clarke (2006) bied tema-ontleding 'n toeganklike en teoreties aanpasbare benadering tot die ontleding van kwalitatiewe data.

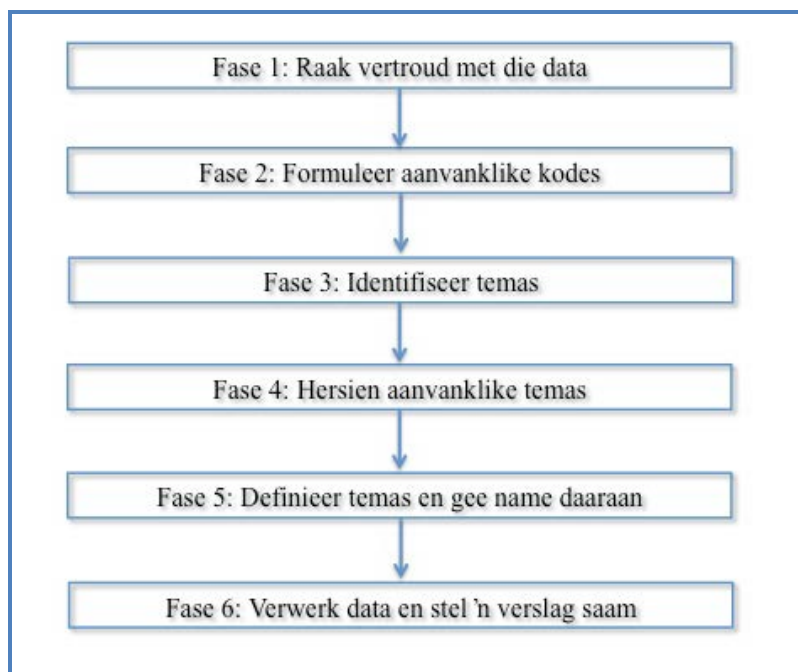
'n Voordeel van tema-ontleding is die buigzaamheid daarvan, wat beteken temas kan op verskeie maniere geïdentifiseer word en sal steeds ryk resultate lewer (Braun & Clarke, 2006). Hierdie benadering het my toegelaat om temas te identifiseer deur my oordeel te gebruik. 'n Tema kan herken word wanneer sekere belangrike inligting herhaaldelik regdeur die data geïdentifiseer word. Met ander woorde, ek het die kwalitatiewe data bestudeer om inligting te kry wat herhaaldelik in die data voorkom. Hierdie inligting wat herhaaldelik gesien in die data voorgekom het, is gekategoriseer in verskillende temas.

Om 'n tema te herken is dit belangrik om te begryp dat 'n tema inligting bied wat poog om die navorsingsvraag te beantwoord (Braun & Clarke, 2006). In hierdie studie verwys temas na geïdentifiseerde sosiale ondersteuning wat deur die gesinsverteenvoerder van 'n huishouding met 'n MIV-positiewe lid beskryf is, sowel as die huishouding se behoeftes in hierdie verband. 'n Induktiewe benadering is gebruik om hierdie temas te identifiseer. 'n

Induktiewe benadering laat die navorser toe om temas te identifiseer deur sy/haar eie oordeel te gebruik. Hierdie kategorieë hoef nie in 'n vooraf bepaalde raamwerk te pas nie (Braun & Clarke, 2006).

Dit het dit vir my moontlik gemaak om self ook 'n verband te sien of te aanvaar tussen die betekenis wat die deelnemers aan hulle omstandighede geheg het en hulle ervarings (Braun & Clarke, 2006). Daarom kon die betekenis, motiverings en ervarings van hierdie deelnemers soos uit die data geteoretiseer, op 'n simplistiese manier geïdentifiseer word (Braun & Clarke, 2006). Ek het die data ontleed deur die onderstaande ses fases (vergelyk Figuur 4.1) van tema-ontleding toe te pas (Braun & Clarke, 2006):

- vergewissing van die data;
- skep van aanvanklike kodes vir die data;
- soeke na temas in die data;
- hersiening van temas;
- finale definiëring van temas; en
- lewering van temas en resultate na aanleiding van die kwalitatiewe data. Hierdie proses word in afdelings 4.6.1.1 tot 4.6.1.6 in meer besonderhede bespreek terwyl Figuur 4.1 'n skematiese voorstelling van die fases bied:



Figuur 4.1. Die Tematiese-ontledingsproses volgens Braun en Clarke (2006).

4.6.1 Die fases van tema-ontleding

Vervolgens bespreek ek die ses fases van tema-ontleding in meer besonderhede.

4.6.1.1 Fase 1: Raak vertrouwd met die data

Ná die onderhoude het ek die data getranskribeer en herhaaldelik geles om my aanvanklike gedagtes neer te skryf. Om my met die inhoud bekend te maak, het ek die reaksies van die deelnemers herhaaldelik geles om na patrone en betekenis in die data te soek. Ek het die data persoonlik ingesamel deur middel van onderhoude met die deelnemers en het daarom reeds gedagtes met betrekking tot die data gevorm. Gedurende hierdie fase het ek reeds notas begin maak om te gebruik in die fases wat sou volg (Braun & Clarke, 2006).

4.6.1.2 Fase 2: Formuleer aanvanklike kodes

Op hierdie stadium het ek interessante kenmerke van die data stelselmatig gekodeer en die data wat met elke kode verband hou, geselekteer. Die kodes het verband gehou met dit wat ek

as navorser as interessant en relevant tot die navorsingsvraag beskou het. Kodering is die organisering en kategorisering van data in betekenisvolle groepe (Braun & Clarke, 2006).

Ek het stelselmatig deur die hele datastel gewerk en inligting geïdentifiseer wat op die navorsingsvraag betrekking het, en ook interessante aspekte van die data beklemtoon deur notas langsaan te maak en dit met 'n glimpen te merk. Nadat kodes in die hele data stel geïdentifiseer is, is al die kodes saamgevoeg en daar is gesoek na herhaling van hierdie kodes (Braun & Clarke, 2006).

4.6.1.3 Fase 3: Identifiseer temas

Ek het die aanvanklike kodes gekategoriseer en die data wat op elke potensiële tema betrekking gehad het, in verskillende groepe saamgevoeg. Gedurende hierdie fase is potensiële temas en subtemas gevorm (Braun & Clarke, 2006).

4.6.1.4 Fase 4: Hersien aanvanklike temas

Tydens hierdie fase het ek gekyk of die temas wat aanvanklik gekies is, in verhouding tot die gekodeerde data en die datastel as 'n geheel, sou werk. 'n Tema-kaart van die data-ontleding is saamgestel. Ek wou vasstel of die subtemas onder elke tema betekenisvol ingepas het en of daar duidelike verskille tussen temas was. Gedurende hierdie fase het ek twee vlakke van hersiening gevolg. Vlak een het behels dat die gekodeerde data-ekstrakte hersien is, wat beteken het ek het al die kodes vir elke tema weer geles het en seker gemaak dit pas logies in. Daarna het die tweede vlak van hersiening plaasgevind waartydens ek gekyk het na die geldigheid van temas in verhouding met die hele datastel. Aan die einde van hierdie fase het ek 'n duidelike begrip gehad van die verskillende temas, hoe hulle met mekaar verband hou en hoe hulle die hele datastel verteenwoordig (Braun & Clarke, 2006).

4.6.1.5 Fase 5: Definieer temas en gee name daaraan

Die doel van die volgehoue ontleding van die data was om die spesifikasies vir elke tema te verfyn, asook om die algehele beeld wat uit die data-ontleding spruit, te verfyn. Daardeur kon ek duidelike definisies en name vir elke tema formuleer. Dit was vir my duidelik wat was temas en wat was subtemas (Braun & Clarke, 2006).

4.6.1.6 Fase 6: Verwerk data en stel 'n verslag saam

Dit is die finale stap van data-ontleding en behels die selektering van belangrike data-voorbeelde, die finale ontleding van die gekose dele en die terugverwys na ooreenstemmende literatuur wat dus behels die saamstel van 'n verslag. Gedurende hierdie fase het ek die gebeure met betrekking tot die data beskryf en bespreek. Dit was belangrik dat die ontledings aan die einde van hierdie fase duidelik en logies moes wees en moes sin maak teen die agtergrond van die studie en voorts moes dit die navorsingsvraag help beantwoord (Braun & Clarke, 2006).

4.7 ETIESE KWESSIES

Voordat enige data-insameling kon plaasvind, het ek eerstens by die Universiteit Stellenbosch (US) se Departement Sielkunde en die US se Navorsingsetiekkomitee: Menslike Navorsing aansoek gedoen om etiese klaring. Etiese klaring is verkry van die Navorsingsetiekkomitee: Menslike Navorsing van die US (Protokol Nommer: HS1089/2014).

Moontlike negatiewe gevolge vir die deelnemers is te alle tye tydens die studie in gedagte gehou. Ek het seker gemaak dat die deelnemers vrywillig ingestem het tot deelname aan die studie, terwyl hulle privaatheid en waardigheid in ag geneem is. Die onderstaande etiese riglyne is tydens data-insameling gevolg (De Vos et al., 2011):

- die deelnemers is beskerm teen enige fisiese of sielkundige ongemak, skade of spanning;
- deelnemers is op hulle gemak gestel voor en tydens die onderhoud en hulle is volledig ingelig oor die doel van die navorsingstudie en waarvoor die navorsing gebruik gaan word, sowel as dat hulle op enige tydstip van die onderhoud kon onttrek indien hulle ongemak sou ervaar;
- die onderhoud en die data-ontleding is slegs met die studieleier bespreek – alle inligting wat van die deelnemers verkry is, is vertroulik hanteer;
- indien daar enige ongemak bespeur is ná die onderhoud, is die naam van 'n instansie of sielkundige met wie verdere gesprekke gevoer kon word, aan die deelnemer beskikbaar gestel (vergelyk Ingeligte Toestemmingsvorm, Bylae D);
- met inagneming van voorafgaande aspekte, is daar skriftelik by deelnemers toestemming verkry om die inligting wat hulle sou verskaf, vir navorsing te gebruik;
- daar was geen fisiese risiko betrokke by die navorsing nie, maar ek was bewus daarvan dat van die vrae op die vraelys 'n mate van emosionele ongemak kon veroorsaak;
- die MIV-positiewe persoon was nie teenwoordig tydens die onderhoud nie en sodoende is die risiko vir ongemak beperk;
- indien enige ongemak ervaar is tydens die onderhoud kon 'n kliniese sielkundige geskakel word, en hulle besonderhede is aan die deelnemers gegee, of vir gratis sielkundige dienste kon die maatskaplike werker by die @Heart-MIV-organisasie, geskakel word;
- geen ongemak is egter deur enige van die deelnemers gerapporteer nie;
- omdat huishoudings die geleentheid gebied is om hulpbronne in hulle gesin en gemeenskap te identifiseer, kon dit hulle moontlik help om verder aan te pas by die eise wat 'n MIV-positiewe gesinslid aan die gesin stel;

- die Xhosa-berader is opgelei, en was dus in staat om die onderhoud in isiXhosa te voer indien dit nodig sou wees;
- die voltooide vraelyste is op 'n veilige plek in my studieleier se kantoor by die Departement Sielkunde, Stellenbosch geberg vir die duur van die studie, en sal vir ongeveer vyf jaar nadat die studie voltooi is, daar geberg word. Hierdie dokumente is slegs beskikbaar vir my en my studieleier;
- Om vertroulikheid en anonimiteit te verseker, is 'n kode vir elke datastel ontwerp nadat 'n telefoonnommer van die deelnemers verkry is. Net ek het geweet watter data by watter kode pas.

Tydens die data-insamelingsproses is die deelnemers aangemoedig om te dink oor positiewe aspekte van hulle huishouding wat hulle gehelp het om 'n sin van beheer oor hulle lewens te kry en meer bemagtig te voel. Hierdie proses kon moontlik ook terapeuties gewees het vir die deelnemers, aangesien hulle sterktes en hulpbronne geïdentifiseer het wat ondersteuning bied aan hulle gesin en wat hulle moontlik ook in die toekoms kan help.

4.8 GELOOFWAARDIGHEID VAN NAVORSINGSTUDIE

Daar is vier aspekte wat die geloofwaardigheid van kwalitatiewe navorsing verhoog, naamlik aanneemlikheid, oordraagbaarheid, betroubaarheid en bevestigbaarheid (Lincoln & Guba, 1985). **Aanneemlikheid** verwys na die ooreenkoms tussen die gedagtes en sienings van die deelnemers en die sienings wat aan hulle toegedig word (Lincoln & Guba, 1985). In hierdie studie is aanneemlikheid verkry deur die bevindinge van soortgelyke studies met die resultate van die huidige studie te vergelyk. Aanneemlikheid is verder verhoog deur die skedulering van gereelde studieleiding-sessies, en ook deur my teenwoordigheid tydens data-insameling.

Oordraagbaarheid verwys na die mate waartoe die resultate van 'n studie in 'n ander verband of op ander deelnemers van toepassing kan wees (Lincoln & Guba, 1985). Ten einde die oordraagbaarheidsaspek in die huidige studie te verhoog, is gedetailleerde beskrywings van die deelnemers se biografiese kenmerke gegee en is daar ook 'n grondige beskrywing van die data-insamelingsprosedure gegee. Hierdie beskrywings sal lesers help om deelnemers aan en prosedures van hierdie studie met soortgelyke studies te kan vergelyk en sodoende te bepaal of die gevolgtrekkings wat in die huidige studie gemaak is, in 'n ander opset toegepas kan word (Lincoln & Guba, 1985).

Betroubaarheid dui op die mate waarin soortgelyke resultate of bevindinge na vore sal kom indien dieselfde ondersoek met ooreenstemmende deelnemers in dieselfde omstandighede gedoen word (Lincoln & Guba, 1985). In die huidige studie is die navorsingsontwerp en navorsingsprosedure, asook alle bevindinge na aanleiding van die studie, in ryk besonderhede beskryf om so die betroubaarheid van die huidige ondersoek te bevorder.

Bevestigbaarheid verwys na die mate waarin die bevindinge of resultate van die huidige studie op die ervarings van die deelnemers gebaseer is en nie op dié van die navorser nie (Lincoln & Guba, 1985). Die bevestigbaarheid van hierdie studie is versterk deurdat ek as navorser tydens die studie selfondersoekend opgetree het en bewus was van my persoonlike sienings, gevoelens en aannames, maar steeds het ek daarna gestreef om te alle tye objektief te wees. Dit was veral belangrik aangesien ek nie 'n MIV-positiewe gesinslid het nie, 'n middelklas- sosio-ekonomiese agtergrond het, en ook omdat ek van 'n ander ras is (blank) terwyl al my deelnemers vanuit die swart bevolking was en Xhosa-sprekend was, terwyl ek Afrikaans-sprekend is.

Ek het al voorgenoemde aspekte tydens die studie in ag geneem om so enige vooroordele te vermy. Ek het ook tydens die studie gereelde besprekings met my studieleier gevoer oor die

data-insamelingsproses, die data-ontledingsprosedures en resultate van die studie. Hierdie voorsorg is getref om te probeer verseker dat navorser-vooroordeel nie sou plaasgevind nie.

4.9 GEVOLGTREKKING

In hierdie hoofstuk het ek die navorsingsontwerp bespreek, gevolg deur 'n beskrywing van die deelnemers aan die studie. Verder is 'n beskrywing gegee van die biografiese vraelys wat tydens data-insameling gebruik is. Dit is gevolg deur die data-insamelingsprosedures, die metodes gebruik vir data-ontleding en etiese oorwegings. 'n Verkennende en beskrywende navorsingsontwerp is gebruik. Die kwalitatiewe data-ontleding het antwoorde op die twee kwalitatiewe oop-einde vrae navore gebring. Die ontleding is gedoen deur middel van tematiese-ontleding.

In hoofstuk 5 word gefokus op die aanbieding van die resultate wat tydens data-ontleding verkry is sowel as op 'n bespreking van die resultate en die verband daarvan met ander literatuur wat bestudeer is.

Hoofstuk 5

RESULTATE EN BESPREKING

In hierdie hoofstuk word die resultate gerapporteer wat volgens diemtema-ontledingstegniek ontleed is. Die rapportering van die bevindinge word in drie afdelings aangebied. Eerstens word daar gekyk na die resultate oor die gebruik van sosiale ondersteuning onder die gesinne betrokke by die studie, tweedens word die resultate en die ooreenstemming daarvan met Walsh (2003) se gesinsveerkragtigheidsraamwerk, bespreek. Laastens bespreek ek die resultate rakende die behoeftes ten opsigte van sosiale ondersteuning onder die betrokke huishoudings. Op grond van hierdie resultate kon ek die navorsingsvraag beantwoord, naamlik: *Wat is die gebruik van sosiale ondersteuning, sowel as die behoeftes in hierdie verband onder Xhosa-huishoudings met lede wat MIV-positief gediagnoseer is?* Die resultate word ook in verband gebring met vorige navorsing in terme van sosiale ondersteuning onder MIV/VIGS individue en gesinne waarvan 'n lid MIV-positief gediagnoseer is.

5.1 SOSIALE ONDERSTEUNING SOOS GEBRUIK DEUR HUISHOUDINGS BETROKKE BY DIE STUDIE

Na aanleiding van die onderhoude met die verteenwoordigers van die huishoudings met MIV-positiewe gesinslede is temas geïdentifiseer op grond van hulle ervarings van en perspektiewe oor die sosiale ondersteuning wat dié huishoudings gebruik het asook hulle behoeftes in hierdie verband. Die geïdentifiseerde temas en subtemas ten opsigte van die sosiale ondersteuning wat die huishoudings betrokke by die navorsing gebruik het, word in Tabel 5.1 aangetoon. Daarna word die temas, met gepaardgaande subtemas, in meer besonderhede bespreek.

Tabel 5.1

Temas en subtemas wat betref sosiale ondersteuning wat gesinne gebruik het

| Temas | ONDERSTEUNING | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----------------------------------|---|---|---|----------------------------------|---|---|
| | Emosioneel | | | | | | Finansieel | | | | | | Prakties | | | | Spiritueel /geestelik | | |
| Sub-temas | a | b | c | d | e | f | g | h | i | j | k | l | m | n | o | p | q | r | |
| Gesin 1 | | | | X | | | X | | X | X | X | X | | X | | | | | |
| Gesin 2 | X | | | X | | | | | | X | | X | | | | | | | |
| Gesin 3 | X | | | | | | | | | X | | X | | | | | | | |
| Gesin 4 | X | | X | | X | X | X | | | X | X | X | | | | | | | |
| Gesin 5 | | | X | | X | X | | | | X | | X | | | | | | | |
| Gesin 6 | X | | X | X | | X | | | X | X | | X | X | | X | X | X | X | |
| Gesin 7 | X | | X | X | X | X | | | | X | | X | | | X | X | | | |
| Gesin 8 | | | X | | | | | | | X | | X | | | | | | | |
| Gesin 9 | X | | | | | | | | | X | | X | | | | | | | |
| Gesin 10 | | | | | | X | | | | X | | X | | | | | | X | |
| Gesin 11 | | | | | | | | | | X | | X | | X | | | | X | X |
| Gesin 12 | | X | X | X | | X | | X | X | X | | X | X | | | | | | |
| | a. Sielkundiges, beraders en maatskaplike werkers | | | | | | h. Onderhoud betaal deur die gewese man | | | | | | l. Kliniek en medikasie | | | | q. Godsdiens- instige instansies | | |
| | b. Inwoners van die gemeenskap | | | | | | i. Familie | | | | | | m. Ondersteuning van die skool | | | | soos die kerk | | |
| | c. Vriende en veral vriende wat ook MIV-positief is | | | | | | j. Toelae | | | | | | n. Pleegsorg | | | | r. Gebeds-groepe | | |
| | d. Familiegroep en in die besonder lewensmaats en gewese lewensmaats | | | | | | k. Welsynsdienste | | | | | | o. Werk en kollegas | | | | | | |
| | e. Die huishouding self | | | | | | | | | | | | p. Deeltydse studies en inligting | | | | | | |
| | f. Ondersteuningsgroepe | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | g. Bure | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Dit blyk uit Tabel 5.1 dat vier temas met subtemas na vore gekom het wat betref die sosiale ondersteuning wat die huishoudings gebruik het. Vervolgens word die temas emosionele ondersteuning, finansiële ondersteuning, praktiese ondersteuning en spirituele/geestelike ondersteuning met gepaardgaande subtemas, in meer besonderhede gerapporteer en bespreek.

5.1.1 Emosionele ondersteuning

Emosionele ondersteuning kan gedefinieer word as die versekering, aanmoediging en begrip wat ons bied aan, of ontvang van 'n individu (Die Verklarende Handwoordeboek van die Afrikaanse Taal, 2000). Emosionele ondersteuning kan ook vanuit verskillende bronne op

verskillende maniere gegee word. Die subtemas van emosionele ondersteuning word vervolgens gerapporteer en bespreek, waarna die skakeling met vorige navorsing of teorie aangedui word. In hierdie tema het die deelnemers na sewe aspekte van emosionele ondersteuning verwys wat aansluit by die oorspronklike definisie van emosionele ondersteuning, naamlik, sielkundiges, beraders en maatskaplike werkers, inwoners van die gemeenskap, vriende en veral vriende wat ook MIV-positief is, hul familiegroep en in die besonder lewensmaats of gewese lewensmaats, die huishouding self, ondersteuningsgroepe en laastens hulle bure.

a. Sielkundiges, beraders en maatskaplike werkers

Volgens die resultate het die bystand van sielkundiges, beraders en maatskaplike werkers die huishoudings, en veral die kinders in die gesin wat deur MIV geraak is, baie gehelp. Hierdie professionele persone was in hierdie moeilike tyd iemand om mee openhartig te wees, dus iemand wat verstaan het en kon luister en wat in 'n baie belangrike mate sosiale ondersteuning aan die gesinne gebied het.

Die helfte van die deelnemers (G2, G3, G4, G6, G7 & G9) het aangedui dat hulle gesinne gebruik maak van beraders of maatskaplike werkers vir emosionele ondersteuning vir beide die siek individu asook vir die huishouding. Deelnemers het gesê dat dit hulle huishouding baie gehelp het wat betref ondersteuning wat hulle gedurende hierdie moeilike tyd in hulle lewens ontvang het en dat dit hulle ook gehelp het om aanvaarding van die individu se status te bereik. 'n Sielkundige het in een huishouding (G5) baie beteken nadat 'n dogter verkrag is en so MIV-infeksie opgedoen het. Die gesin het baie woede ervaar en daar was tekens van sielkundige trauma by die dogter sowel as by 'n ander gesinslid. Drie deelnemers (G2, G6 & G7) het aangedui dat maatskaplike werkers hulle gesinne gehelp het deur raad en inligting aan

te bied, asook 'n oor wat kon luister in hulle moeilike omstandighede. Deelnemers G3, G4 en G6 het dit soos volg gestel:

That is the one person who is able to encourage us and telling me things will be alright one day. After a session with the counsellor, I really feel better and it is easier to bear things. She always tells me everything will be all right; Yes, they say I should not stress about her because I know she is sick; I should not concern myself about everything. I have told them that it is not easy because I am always thinking and worried about the welfare of her kids (G3).

Maar as jy kliniek toe gaan dan is daar 'n berader wat vir jou sit en wag voor jy gehelp word, dan is daar iemand wat met die mense praat oor die siekte, daar is 'n counsellor. Sy praat terwyl hulle wag vir die medikasie of die dokter of so. En hulle verduidelik ook vir jou mooi wat jy het en help met die hartseer en skok verwerk. En dan praat hulle met die familie ook. Hulle praat met almal wat daar sit (G6).

After she got raped she went for counselling for a long period of time. She is still undergoing counselling, but not as much as she use to go. She went to see the psychologist yesterday. She sometimes is very rude when she come back from the counsellor and she's crying most of the time, but I think it helps to go and for her to talk about it (G4).

Ek het tydens die onderhoude gevind dat die bystand van sielkundiges, beraders en maatskaplike werkers dus die huishoudings, en veral die kinders in die gesin wat deur MIV geraak word, iemand gebied het om teenoor openhartig te wees, wat verstaan en wat kon luister. Hierdie interaksie het dus baie belangrike sosiale ondersteuning aan die gesinne gebied.

b. Inwoners van die gemeenskap

Een gesin (G12) het aangedui dat mense of huishoudings in hulle gemeenskap wat dieselfde probleem as hulle gesin gehad het, naamlik iemand in die gesin wat as MIV-positief gediagnoseer is, baie gehelp het aangesien dit iemand gebied het wat saam kon kliniek toe gaan vir medikasie, of iemand om mee te praat oor struikelblokke wat hulle ervaar. Dit word in die onderstaande aanhaling aangedui:

The fact that she goes to the clinic for medication has actually been a source of support since there is people in the same situation from the community that she can speak to. I think my mother needs more people in the same situation, to communicate with them (G12).

Dit is duidelik dat mense in die gemeenskap wat die gesinne kon ondersteun en wat werklik die situasie verstaan het, as 'n baie goeie bron van emosionele ondersteuning beskou kan word. Hierdie ondersteuning het baie vir hulle beteken, veral omdat hulle kon voel die gesin word nie veroordeel as gevolg van die diagnose nie. Ek kon sien hoe 'n gevoel van aanvaarding, liefde en ondersteuning deur hierdie mense die gesinne positief beïnvloed het.

c. Vriende en veral vriende wat ook MIV-positief is

Daar is deur die helfte van die huishoudings aangedui dat vriende as 'n baie belangrike bron van emosionele ondersteuning gedien het wanneer 'n individu in die gesin as MIV-positief gediagnoseer is. Dit het ingesluit vriende van die siek persoon, vriende van die volwassenes of vriende van die kinders in die huishouding. Hierdie deelnemers het gevoel dat hulle vriende verstaan wat die gesin deurmaak en dit het baie vir hulle beteken aangesien daar iemand was as hulle wou praat. Hulle het verder aangedui dat hierdie vriende dikwels tyd gemaak het vir hulle as hulle hartseer of depressief gevoel het. Daar is ook aangedui dat hulle vriende baie vir

hulle beteken het veral omdat hulle steeds na die diagnose aan ontspanningsaktiwiteite saam met hulle vriende kon deelneem. Dit het aan die gesinslede afleiding gebied van die omstandighede by die huis en ook hoop gebied aan hierdie gesinne dat hulle lewens steeds normaal kan voortgaan. Dit word in die onderstaande aanhalings aangedui:

One of my friends that stay close. Yes, she encouraged me a lot. She also told me about her own sister who has the same problem as well as her sister-in-law. She even asked them to encourage and support me (G4).

Ons vriende sê dikwels ons moet kom daarnatoe vir 'n naweek sodat ons nie so alleen sit met die probleem en ons se gedagtes nie. So dit help baie om daardie ondersteuning te hê (G5).

Een van haar beste vriendinne beteken baie vir ons gesin. En sy het saam met haar gegaan vir behandeling en kliniek toe vir medikasie. Sy help eintlik ons hele gesin met haar positiwiteit en liefde. My en my man se vriende help ook baie as mens bietjie geselskap of ontvlugting van die situasie soek. Hulle is altyd daar om te luister en gee ook raad in moeilike tye (G8)

Drie deelnemers (G6, G7 & G12) was van mening dat die vriende wat self deur 'n situasie gaan waar iemand in hulle gesin MIV-positief is van groot waarde was wat betref emosionele ondersteuning. Hulle het gesê dat niemand werklik verstaan waardeur so huishouding gaan nie tensy 'n mens self in sodanige situasie is. Een deelnemer (G4) het ook aan my verduidelik dat hulle gesin hierdie vriende wat in soortgelyke situasies is meer vertrou met hulle gesinslid se status as ander vriende. Dit is volgens die deelnemer (G4) veral omdat mense uit die swart kultuur dikwels mense wat MIV-positief is anders of selfs sleg behandel en hulle is daarom versigtig om met mense in die gemeenskap hieroor te praat, soos aangedui in die onderstaande aanhalings:

Yes, I have told one of my friends who is also positive. I told her because I needed her support with my sister. She is really trying as she has been on the treatment longer than my sister. She is the one who guides me on certain things I am not sure about. I still find it difficult to be open about her status to other people. You know what type of people us as black people are. Yes, sometimes they can make fun of your status. So one has to be careful who they disclose to. You have to really know the person before you disclose (G4).

Her boyfriend and some of her friends stay close, because they meet her at the clinic whenever they go to fetch the tablets. She has friends that are also HIV positive. It helps having friends that's also in the same situation (G4).

Our household has friends that also have someone with HIV and that has been of help, since they are going through the same experience and know what it is like to struggle with this. But I think my mother needs more people in the same situation, to communicate with them (G12).

Wow. My vriendin wat ook MIV het is so ondersteunend nè. Party kere, nè, dan sal sy net hier aankom, dan sal ons net sit en gesels, nè. En ons sal mekaar opbeur en ons sal mekaar moed inpraat en so. So, ja en ons het daai vriendekring. Maar ek dink even in ons gemeenskap wat positive is, het ander mense weer baie steun in ons gesin ook kom kry (G6).

Ek het tydens die onderhoud gevind dat alhoewel hierdie huishoudings met 'n MIV-positiewe lid bang was hulle word as gesin veroordeel as gevolg van die lid van die gesin se status, het die feit dat ander gesinne wat in dieselfde situasie is, baie vir hulle beteken. Hulle het gevoel hierdie gesinne sal hulle nie veroordeel nie en het hulle veilig en gemaklik laat voel om die individu se status te deel. Hierdie vriende het ook baie beteken waar daar

byvoorbeeld na die kliniek-besoeke verwys is en hulle kon dikwels die siek persoon vergesel vir afsprake, wat die druk op die huishouding verlig het. Daar was ook gemeenskaplike ondersteuning, en hulle het mekaar moed ingepraat, wat baie beteken het vir die huishoudings.

d. Familiegroep en in die besonder lewensmaats of gewese lewensmaats

Volgens die verteenwoordigers van vyf van die huishoudings (G1, G2 G6, G7 & G12) het hulle familie emosioneel vir hulle baie beteken tydens die moeilike tydperk nadat die siek persoon met MIV-infeksie gediagnoseer is en ook tydens die siekte en wanneer die gesin struikelblokke ervaar het. Dit het dikwels die onmiddellike familie, soos die gesinsverteenwoordigers of die siek persoon se ouers, broers, susters of kinders ingesluit, maar by sommige huishoudings het ook die gesinslede self emosioneel baie vir mekaar beteken. Aangesien hulle nooit veroordeel het nie en altyd daar was om te luister as daar probleme was, hulle het ook die gesin baie moed ingepraat en so ondersteuning getoon.

She was upset when she first found out. Also scared and not sure how she was going to tell her family. Her sisters know, her friends don't know but her sisters do. The first person she told was her mom. Her in-laws also don't know about her status; they don't know at all. The only other person that knows is her husband. She trusts them and emotionally they have been very supportive (G1).

I did not expect it at all, especially in the way it happened. But the very first person she disclosed to after she found out was our mom; she told her when she went home (Eastern Cape) in 2007. She really encouraged her and had no problem with her status. Thereafter she disclosed to her sisters and they had no problem. After disclosing to them, she really felt relieved and that things will be

fine. My family – I cannot lie – they still show and give her enough love because they accepted her with this condition, with no problem (G2).

My ma was baie ondersteunend. My ma het nooit vir ons in fact gesê dat sy weet van haar wat positief is nie. Sy wil net altyd meer geweet het van die HIV en al die goeters en so. Maar dit het hulle actually nader aan mekaar gedruk, dink ek. Dit het jou eintlik nader aan jou gesin ook gemaak. En ek dink dit het vir my ook meer laat waardeer, die lewe, maar ook meer omgee vir mens, nè (G7).

Een gesinsvertegenwoordiger (G2) het vertel dat hulle MIV-geïdiagoseerde gesinslid finansiële en emosioneel heeltemal afhanklik was van haar lewensmaat en dat hy ook haar gesin emosioneel baie ondersteun, aangesien hulle verwerp is deur hulle familiegroep.

She doesn't get anything; she is dependent on him. He supports us; he does odd work of washing cars. I want nothing to do with my extended family; because they don't support or take care of us in anyway. We are like an outcast in my family (G2).

Twee deelnemers (G2 & G12) het vir my vertel dat die gesinslede se lewensmaats of gewese lewensmaats baie ondersteuning gebied het vir hulle as huishouding. In een geval (G12) was 'n kind onder sy vader se toesig aangesien die ma gevoel het die omstandighede in hulle huishouding is te stresvol en dat hy beter daaraan toe sal wees in haar gewese lewensmaat se sorg. 'n Ander huishouding (G2) het aangedui dat 'n gesinslid se lewensmaat dikwels help met huishoudelike take wat baie van die stres van die gesinslede verlig. Dit word in die onderstaande aanhalings aangedui:

He's with his father. He stays with his father. So he supports our family in that sense, even though we are not together anymore (G12).

Simpiwe sê saans vir my ek moet gaan sit dan maak hy kombuis aan die kant. Hy doen dit en hy was wasgoed. So hy help baie. Sunel sal nooit weer so 'n man kry soos daai man nie. Ja, dit is haar boyfriend. Hy ondersteun haar baie, veral emosioneel en hy is baie aan haar sy (G2).

Ek het uit die vertellings afgelei dat omgee en liefde van die huishoudings se gesinne en families iets was wat emosioneel baie beteken het en gehelp het met aanvaarding van die MIV-siekte. Die familie het ook vir die kinders in die gesinne baie beteken aangesien grootouers soms die plek van ondersteuning ingeneem het wanneer 'n ouer baie siek was. Daar is ook aangedui dat om tyd saam met die familiegroep deur te bring, baie beteken het aangesien dit gehelp het om die eensaamheid minder te maak. Hierdie positiewe ondersteuning deur die familiegroep was egter nie oral die geval nie en een gesin het aangedui dat die MIV-positiewe persoon en hulle huishouding heeltemal deur hulle familie verwerp is en hulle moes op hulle huidige of gewese lewensmaats alleen staatmaak - finansiële, emosioneel of vir hulp met die kinders.

e. Die huishouding self

'n Voorbeeld van ondersteuning op mikrovlak wat by die gesinne betrokke by die navorsing voorgekom het, was ondersteuning in die gesin self en veral goeie kommunikasie in die gesin. Drie gesinne (G6, G7 & G10) se verteenwoordigers het aangedui hoe belangrik goeie interne kommunikasie vir hulle as gesin is, asook kommunikasie met hulle familiegroep. Hulle het gevoel dit was 'n goeie bron van ondersteuning om te kon kommunikeer met familielede wanneer die omstandighede moeilik was of wanneer hulle hulp nodig gehad het. Een van die verteenwoordigers (G7) het ook gesê sy glo daarin om baie oop kommunikasie met haar jong kinders in die huis te handhaaf, veral met betrekking tot seksueel-oordraagbare siektes (SOS's), voorbehoeding en MIV, veral nadat hierdie moeilike situasie hulle gesin getref het.

Sy voel dit help hulle om goed te kommunikeer en so 'n sterker band in die gesin te vorm.

Deelnemers G6 en G7 het dit soos volg gestel:

Maar dit help jou ook om daaroor te praat. Dit help vir jou ook. Dit laat my ook baie goed voel. Ek kry goeie inspirasie van mense wat vir jou net bless, hulle sê sterkte, ons bid vir jou. En dit help baie. So dis goed dat jy praat. As dit bietjie emosioneel is, dan gaan ek na my suster toe en ons praat 'n bietjie (G6).

So, kommunikasie in jou gesin is ook baie voordelig vir jou. Baie voordelig want ek praat oop met hulle. Swart of wit, daar's niks wat ek vir hulle wegsteek nie. Ek is oop met hulle. Ek sit met hulle tweetjies en gesels met hulle. Ek gesels met hulle oor STIs. Op daai klong se kas is 'n boks kondome. Ek sê vir hom daar is dit (G7).

Gesinslede self het mekaar ook ondersteun deur byvoorbeeld saam met die MIV-positiewe individu kliniek toe te gaan vir medikasie. In een huishouding, waar die kind verkrag is en gevolglik as MIV-positief gediagnoseer is, het die ma die kind dikwels vergesel vir berading, aangesien die berading emosionele ondersteuning aan die gesin en kind gebied het. Die deelnemers het dit soos volg gestel:

OK, she goes to the counselling with her mother even though she did not go inside to the counselling session. Her mother stays outside and then the daughter stays with the counsellor, but the household in itself has really been supportive (G5).

Die een ding wat sy gesê het, en dis 'n besluit wat sy geneem het, nè. Haar kinders sien sy drink die medikasie. Hulle bring dit vir haar soms. Eintlik loop hulle saam met haar, so hulle help baie, maar sy het nog nooit met hulle gesit om vir hulle te sê sy is positief nie (G7).

Voorbeelde van affektiewe ondersteuning deur die huishoudings self wat tydens die onderhoude navore gekom het was aanvaarding en liefde. Drie van die deelnemers (G6, G7 & G12) het aangedui dat die aanvaarding wat hulle nie-geïnfekteerde gesinslede getoon het teenoor die MIV-infeksie as siekte en ook teenoor die siek persoon self, baie ondersteuning vir hulle gesin gebied het. Daar was geen oordeel of kwaad in die huishouding nie, net liefde en ondersteuning, soos in die aanhaling aangedui:

We came to accept it. I accepted it because there are many other people that I have seen living with HIV. So I decided to accept it and told myself she will take the meds and be fine. My family – I cannot lie – they still show and give her enough love because they accepted her with this condition with no problem. They have not changed because they know her status (G12).

Die MIV-positiewe persoon is nie anders hanteer as gevolg van sy/haar siekte nie en 'n veilige omgewing is geskep. Een deelnemer (G7) het aangedui dat die feit dat hulle gesin baie inligting oor MIV gehad het en die feit dat hulle geweet het dit was nie die persoon se skuld nie het baie gehelp met aanvaarding deur die gesin.

f. Ondersteuningsgroepe

Ses van die deelnemers (G4, G5, G6, G7, G10 & G12) het aangedui dat ondersteuningsgroepe vir die siek persoon sowel as vir hulle gesin baie beteken het en dat dit 'n positiewe ervaring was wat hulle in staat gestel het om die situasie te aanvaar asook die feit dat dit 'n lewenslange kroniese toestand is. By een gesin waar die dogter verkrag is (G5) en so MIV-infeksie opgedoen het, het die ondersteuningsgroep haar ma baie ondersteuning gebied aangesien sy kon leer hoe om die trauma te verwerk sowel as hoe om haar kind te help.

Een gesinsverteenwoordiger (G4) het aangedui dat die ondersteuningsgroep 'n plek gebied het wat veilig gevoel het met ander in dieselfde situasie en niemand het mekaar se gesinne veroordeel nie. Dit het gehelp om te weet hulle was nie alleen in die situasie nie. Dit was vir hierdie gesinne ook 'n positiewe ervaring om op dié manier mense te ontmoet en nuwe vriende te maak. Een deelnemer (G6) het ook gesê dat, as 'n mens sien ander mense se situasies is ook baie moeilik, dan voel jy nie so terneergedruk oor jou eie omstandighede nie, soos aangedui in die onderstaande aanhalings:

Want dan hoor jy stories, dan dink jy joh, dan dink ek ek het deur iets gegaan, maar ek het nog nie naastenby ervaar wat daardie mense ervaar nie (G6).

Being part of a support group helped us a lot. We came to accept that the treatment is a lifelong commitment. That she must take care of her life and not be concerned about what people say (G4).

I can also share about my child's rape incident that affected me. She now has a problem where she cannot feel or sense the urge to go pee. Recently, she's just peeing on herself, which is upsetting since it's that on top of her being HIV-positive and the support group helps me to cope (G5).

Die ondersteuningsgroep was by hospice op Stellenbosch. En daar't ons bymekaargekom een keer 'n week. Dit het baie gehelp. En dit help jou ook om te weet jy's nie alleen nie (G6).

Ondersteuningsgroepe vir die MIV-positiewe individue en hulle gesinslede was vir baie gesinne 'n groot bron van ondersteuning. Dit het hulle gehelp om te weet hulle is nie alleen in die situasie nie. Dit was oor die algemeen ook 'n positiewe ervaring vir gesinne om op dié manier mense te ontmoet en nuwe vriende te maak wat werklik verstaan wat hulle deurmaak.

Een deelnemer het byvoorbeeld gesê dat as 'n mens sien watter situasie ander individue in die groep deurmaak, dan voel jy nie so terneergedruk oor jou eie omstandighede nie.

g. Bure

Twee deelnemers (G3 & G4) het ook aangedui dat hulle bure in die gemeenskap baie vir hulle as gesin beteken het in hierdie moeilike tyd toe 'n gesinslid as MIV-positief gediagnoseer is, veral aangesien die een se bure ook min of meer dieselfde situasie deurgemaak het – deur raad te gee, te luister en werklik te verstaan. Deelnemer G3 het dit soos volg gestel:

There is one of our neighbours whom she disclosed to. It is her friend. Yes, she encouraged us a lot. She also told us about her sister who also has HIV as well as her sister-in-law. She even asked them to encourage and support us.

Een gesinsverteenwoordiger het vertel dat hulle dikwels kos van die bure ontvang het in 'n tyd toe hulle as gesin geen werk of inkomste gehad het nie, wat baie vir hulle beteken het.

5.1.2 Finansiële ondersteuning

Finansiële ondersteuning kan gedefinieer word as die finansiële hulpbronne wat verskaf word om 'n sekere projek moontlik te maak (Die Verklarende Handwoordeboek van die Afrikaanse Taal, 2000). Die subtemas wat onder die tema, finansiële ondersteuning, voorgekom het, word vervolgens gerapporteer en bespreek. In hierdie tema het die deelnemers na vier aspekte van finansiële ondersteuning verwys wat aansluit by die oorspronklike definisie van finansiële ondersteuning, naamlik, onderhoud betaal deur gewese man, hulle familie, toelae en welsynsdienste.

h. Onderhoud betaal deur die gewese man

Een van die deelnemers (G12) het aangedui dat wat finansiële ondersteuning vir die kinders betref, is haar gewese man 'n goeie bron van ondersteuning aangesien hy maandeliks onderhoud betaal en van die kinders se benodigdhede koop, al bly hy nie meer by hulle nie. Dit word aangedui in die onderstaande aanhaling:

The children's father has been a great support financially, even though he doesn't stay with us (G12).

i. Familie

Drie van die deelnemers (G1, G6 & G12) het aangedui dat hulle familie 'n bron van finansiële ondersteuning was, omdat hulle dikwels finansiëel heeltemal afhanklik van familieledede was as gevolg van werkloosheid of siekte. Dit het ingesluit die MIV-positiewe individu se ouers of broers of susters wat hierdie ondersteuning gebied het en selfs ook verlangse familie wat naby die gesin woonagtig was. Die finansiële ondersteuning wat hierdie huishoudings ontvang het tydens die moeilike tydperk wat hulle ervaar het ná die diagnose van MIV-infeksie was dikwels in die vorm van kontant, versorging van hulle huise, voedselvoorsiening en betaling van doktersrekeninge. Die deelnemers het dit soos volg gestel:

We don't have any other assistance; it's only my sister that helps me. She is working (G1).

My tweelingbroer, en hy't my ook finansiëel gehelp elke maand met die gesin.

Hy't my finansiëel gehelp en bygestaan en so (G6).

Dit volg uit die ontledings dat finansiële ondersteuning van familieledede tydens hierdie moeilike tydperk ná die diagnose van 'n MIV-positiewe gesinslid, dikwels baie nodig was.

Slegs drie gesinsverteenwoordigers het aangedui dat hulle finansiële hulp ontvang van familie en dat dit in die vorm van kontantbydraes of voedsel was.

j. Toelaes

Daar is deur al die deelnemers aangedui dat toelaes, en veral kindertoelaes, 'n bron van finansiële ondersteuning vir die huishoudings was. Veral by die vyf gesinne (G3, G4, G5, G8 & G9) waar die gesinsverteenwoordigers sowel as almal in die huishouding werkloos was, was hulle totaal finansiële afhanklik van hierdie maandelikse toelaes. In een huishouding (G8) het 'n gesinslid pensioen gekry wat ook 'n bron van finansiële ondersteuning vir die huishouding was. By twee huishoudings (G1 & G2) het die MIV-positiewe individu of 'n gesinslid 'n ongeskiktheidstoelaag ontvang aangesien hulle nie in staat was om te werk nie. Dit het ook finansiële gehelp soos hieronder in die aanhalings aangedui:

I only get a child support grant. For both of them. I use the grant – it's R600 for the children; I use the same grant to buy them clothing. And if there is R100 left I buy a few grocery items.

Hy kry pensioen, so dit help.

Sy kry 'n ongeskiktheidsgrant. Nee, maar die mense kom self ook, die SASSA mense kom. Die dokter moet dit invul. So, die dokters en SASSA werk ook lekker saam. Ja, hulle skryf dat dit reg is. Bekwaam is om te kan werk of nie.

The clinic told my mother there is a grant she can apply for. She tried to do it, but they didn't accept it since her CD4 count is not low enough. She is not working now. I am also not working. We receive child support grants which have been of great help when we don't have another income.

Ek kon uit die bogenoemde aanhalings duidelik sien dat toelaes 'n groot bron van finansiële ondersteuning was vir huishoudings met MIV-positiewe gesinslede, veral kindertoelae, aangesien dit dikwels die werklose gesinne se enigste bron van inkomste was.

k. Welsynsdienste

Daar is ook deur twee van die deelnemers (G1 & G4) aangedui dat welsynsorganisasies dikwels kospakkies uitdeel vir hulle as gesin, aangesien hulle bewus is van die moeilike omstandighede waarin die huishouding verkeer. Dit word in die onderstaande aanhaling aangedui:

Hier is mense, soos die welsyn wat omgekom het en los pakkies kos, en soos by my ma en my pa. Soos die welsyn hulle gee pakkies.

Die deelnemers het gevoel dat sulke skenkings baie gehelp het, veral aangesien genoeg voedsel baie belangrik is vir individue wat MIV-medikasie neem.

5.1.3 Praktiese ondersteuning

Vervolgens word subtemas van die tema praktiese ondersteuning gerapporteer en bespreek, waarna die skakeling met vorige navorsing of teorie aangedui word. Praktiese ondersteuning kan gedefinieer word as om bystand te bied aan 'n individu met die uitvoer van spesifieke take, met die fisiese toepassing eerder as teorie of idees (Die Verklarende Handwoordeboek van die Afrikaanse Taal, 2000). In hierdie tema het die deelnemers na vyf aspekte van praktiese ondersteuning verwys wat aansluit by die oorspronklike definisie van ondersteuning, naamlik, kliniek en medikasie, ondersteuning van die skool, pleegsorg, werk en kollegas en laastens deelydse studies en inligting met betrekking tot die siekte.

1. Kliniek en medikasie

'n Voorbeeld van praktiese ondersteuning wat duidelik na vore gekom het tydens die onderhoude, was die naaste kliniek en MIV-medikasie. Al die deelnemers het aangedui dat hulle en hulle huishoudings goeie ondersteuning van die klinieke ontvang het. Dit het behels raad ten opsigte van medikasie vir die siek gesinslid sowel as verwysings na 'n maatskaplike werker of beraders. Deelnemers het ook aangedui dat die personeel by die klinieke baie vriendelik en bedagsaam is, en as die persoon sy/haar afspraak vir medikasie gemis het, sou hy/sy gekontak word, wat die gesinne baie gehelp het.

Pasiënte wat as MIV-positief gediagnoseer is, het ook dikwels by die kliniek gratis multivitamiene ontvang en is gereeld vir tuberkulose getoets. Die personeel het ook mooi aan die pasiënt en sy/haar gesin verduidelik hoe die medikasie gebruik moet word, wat die huishouding op praktiese wyse baie gehelp het. Die klinieke stuur ook dikwels klinieksusters in die gemeenskap uit na siek persone wat nie meer self by die kliniek kan uitkom nie. Al die huishoudings het ook gerapporteer dat die kliniekpersoneel hulle nooit hanteer het asof hulle MIV-geïnfekteer is nie, maar altyd met respek, soos aangedui in die onderstaande aanhalings:

They really do take good care of them there. For example, when one of us is upset about something. When we go to the clinic we get referred to a counsellor. They – the counsellors and the staff – they are nice people. They will phone her if she missed a date for her medicine (G12).

She says that they are nice. They did not have a problem at the clinic even with the counsellors and the community workers and the sisters, they do not have a problem, very helpful (G4).

Sy gaan ook een keer 'n jaar gereeld vir 'n ondersoek. Soos laas week het sy

gegaan vir 'n TB-ondersoek en alles was mooi. Daar was geen TB nie. So die mense by die kliniek is baie ondersteunend daarmee. En soggens jou multivitamiene wat jy drink. Jy kry vitamien B gratis by die kliniek as jy MIV het. Hulle verduidelik alles baie mooi vir ons (G6).

Maar die health mense, wow! Hulle het nie vir hom eenkeer laat voel asof hy ... Kyk party mense, die stigma hier buite, nè. Dis baie erg. Maak dat ons mense voel, ons mense wil nie praat nie, gesinne isoleer ons dan liewerste want ons is nie dieselfde as ander gesinne nie. Maar daai kliniek. Daai staff was supportive gewees, hoor. Van die skoonmaker af tot en met die dokter (G7).

Een deelnemer (G12) het vertel dat die kliniek baie naby aan hulle woning is wat hulle gesin baie help aangesien hulle nie vervoer sou kon bekostig nie. Die feit dat die siek persoon haar medikasie weekliks daar kon kry saam met ander mense in dieselfde situasie, het ook baie gehelp aangesien dit emosionele ondersteuning is van iemand wat werklik verstaan en wat ook prakties baie gehelp het, soos in die aanhaling aangedui:

The fact that she goes to the clinic for medication has actually been a source of support since there is people in the same situation that she can speak to. The people at the clinic have been very friendly as well. We stay very close to the clinic, which has really helped since if you stay far, transport is difficult to find and to afford. I think that might be a problem for some of the people (G12).

Al die deelnemers het aangedui dat die kliniekpersoneel hulle gesinslede nooit hanteer het asof hulle MIV-geïnfekteer is nie, maar altyd met respek. Verder het hulle altyd ondersteuning gebied in die vorm van medikasie, inligting en verwysings na sielkundiges of beraders, indien dit nodig was. Ek kon gou agterkom dat klinieke en veral inligting oor medikasie baie goeie bronne van ondersteuning vir hierdie huishoudings was.

m. Ondersteuning van die skool

Twee deelnemers (G6 & G12) het gemeld dat hulle huishouding goeie ondersteuning van hulle kinders se skool ontvang het. Dit was in die vorm van fondsinsamelings vir skoolklere wanneer die ouers dit nie kon bekostig nie. Verdere ondersteuning van die skool se kant is genoem deur 'n deelnemer (G12) wat gevoel het dat die skool vir die jong kinders in die gesin 'n plek bied waar hulle aandag afgetrek word van die omstandighede by die huis en waar die onderwysers hulle help om hulle potensiaal te bereik ten spyte van dit wat in die huishouding aan die gang is. Dit word in die onderstaande aanhalings aangedui:

Juffrou help, sy probeer gesinne baie help. Die skole gee weer vir hulle tracksuits, die skool steun hulle (G6).

My little brother is at school as well as my children, it is good for them. They like school and it takes them out of the "sick" environment for a while and takes their mind off it and the teachers are very supportive (G12).

Die twee verteenwoordigers het aangedui dat die skool prakties gehelp het met fondsinsamelings en ook om die kinders fisies besig te hou tydens hulle moeilike omstandighede by die huis en so hulle aandag te verskuif na iets positief. Dit was 'n goeie vorm van sosiale ondersteuning vir hierdie twee huishoudings, maar die ander tien huishoudings betrokke by die studie het geen praktiese ondersteuning van die kinders se skole ontvang nie.

n. Pleegsorg

Twee deelnemers (G1 & G11) het aangedui dat hulle kinders in pleegsorg van familieledede geplaas is en dat dit hulle baie gehelp het aangesien hulle nie finansieel self vir hulle kon sorg nie. Daar was baie uitgawes ná die MIV-diagnose en baie gesinslede was werkloos of moes

baie lang ure werk. Die pleegsorg plasing het hulle ook in staat gestel om meer op die versorging van die MIV-positiewe persoon te fokus en die kinders uit die moeilike omstandighede te kry, soos hieronder aangedui:

They are in the Eastern Cape with their grandmother. It was their father's decision, because I told him I wanted to start looking for employment and it was difficult with crèche (G1).

Die kind is onder by my suster. Sy is in pleegsorg. Dit is beter as hier in ons huis (G11).

Dit is duidelik dat wanneer die omstandighede in die huis moeilik was ná die MIV-diagnose, het die feit dat hulle kinders in pleegsorg by familie geplaas kon word, hierdie gesinne baie gehelp het. Dit kan moontlik wees as gevolg van die groot verantwoordelikheid wat hierdie huishoudings nou het om die MIV- positiewe gesinslid te versorg. Dit kan baie tyd en aandag in beslag neem en dit moontlik moeilik maak om dieselfde hoeveelheid sorg aan hulle kinders in die huishouding te bied as voorheen.

o. Werk en kollegas

Twee deelnemers (G6 & G7) het aangedui dat die feit dat hulle werk gehad het dikwels gehelp het tydens die moeilike omstandighede om hulle fokus te verskuif van die uitdagende en moeilike omstandighede by die huis met die siek gesinslid na 'n uitdaging by die werk. Ondersteuning van kollegas het ook dikwels baie beteken wat betref raadgeving en luister. Hierdie twee gesinsverteenvoerders (G6 & G7) het ook gesê dat hulle ná die diagnose hulle beroep in die MIV-rigting beoefen. Die een deelnemer het as 'n MIV-berader gewerk en 'n aantal ondersteuningsgroepe begin, terwyl die ander een as 'n motiveringspreker gewerk het. Hulle was van mening dat hulle werk ook hulle gesinne gehelp het aangesien hulle op dié

manier beter ingelig is oor die siekte en versorging en hoe om dit emosioneel te hanteer. So het hulle hieroor gevoel:

Ek het gevoel ek gaan praat oor dit waardeur die gesin gaan want dit is, soos hulle sê, daar is nie 'n cure vir HIV nie. Dit is 'n faceless virus. Jy kan dit nie sien op mense se gesig nie. Mense sal nooit weet jy het dit nie. Dis hoekom ek begin betrokke raak het in die community want ek kan health talks doen en ek het workshops wat ek vir die jong mense kan aanbied en ek praat oor dit wat baie belangrik is. My werk gee vir my motivering. En as iemand so swarmoedig hier inkom en hy gaan met 'n glimlag uit, partykeer met die feit dat hy positief getoets het en nog altyd kan glimlag. Is vir my baie rewarding. En dit het vir my gehelp om besig te bly deur te werk as 'n counsellor. Ek het 14 support-groepe op plase begin. Sodat ek besig gebly het en dat ek hierdie siekte gebruik het as iets om ander mense en gesinne te help het ons gesin ook gehelp. Maar ek dink my bonuspunt het gekom toe ek in die organisasie begin werk, toe – van die organisasie se kollegas het ook baie my ondersteun (G7).

Ja, ek het goeie ondersteuning van my familie en dan by die kliniek waar ek werk, daai mense is baie mal oor my, so, en help my baie emosioneel (G6).

p. Deeltydse studies en inligting met betrekking tot die siekte

Twee gesinsverteenwoordigers (G6 & G7) het gesê dat dit hulle gesinslede baie gehelp het om besig te bly met deeltydse studies aangesien dit hulle aandag van die moeilike situasie kon wegneem en so kon hulle hulle beter kwalifiseer vir werk om vir hulle gesin en die siek gesinslid te sorg. Een deelnemer (G7) was van mening dat die feit dat sy 'n MIV-berader was, haar gesin baie gehelp het aangesien sy al die nodige inligting gehad het om ook die res van

haar gesin bewus te maak van die siekte en wyses waarop hulle die MIV-positiewe persoon kon help. Dit word in die onderstaande aanhalings aangedui:

Dit het ons ook gehelp. En ek dink die feit dat ek ook baie informasie, inligting gehad het bv. gesondheid, al jou wellness, hoe jy na jouself moet kyk en die pros en die cons en so (G6).

So ek is nou professional as counsellor. So om verder te leer was ook vir my, was vir my baie belangrik ja. So baie belangrik, want ek weet as ek nou al die kursusse het, as ek [onduidelik] Oktober dan gaan ek my twee laaste kursusse in HIV in, dan is dit complete. ... So ek het ambisie en dit help om te vergeet van my gesin se omstandighede (G7).

Dit het ons ook gehelp. Die feit dat ek geweet het, ja, sy was nie verantwoordelik vir wat met haar gebeur het nie. Dit kan gebeur met enige iemand. Dit het met baie mense daar buite gebeur en dis wat my ook gehelp het. En ek dink die feit dat ek ook baie informasie, inligting gehad het bv. gesondheid, al jou wellness, hoe jy na jouself moet kyk en die pros en die cons en so (G6).

Dit volg uit voorafgaande dat, aangesien hulle die nodige inligting oor MIV gehad het en so ook die res van hulle gesin bewus kon maak van die siekte, hulle as gesin baie gehelp. Verdere studies het ook gehelp om hulle fokus te verskuif van die moeilike omstandigede by die huis na iets anders.

5.1.4 Spirituele/Geestelike ondersteuning

Spirituele/geestelike ondersteuning kan gedefinieer word as die bystand aan individue om beter balans te handhaaf en 'n sterker band te vorm met 'n groter mag (Die Verklarende Handwoordeboek van die Afrikaanse Taal, 2000). Vervolgens word subtemas van

spirituele/geestelike ondersteuning gerapporteer en bespreek. Onder hierdie tema het die deelnemers gefokus op aspekte van spirituele/geestelike ondersteuning wat ingesluit het ondersteuning van godsdienstige instansies, gebedsgroepe of bloot persoonlike spiritualiteit of geloof onder die gesinslede self.

q. Godsdienstige instansies soos die kerk

Van al die huishoudings betrokke by die studie het slegs drie gesinne (G6, G10 & G11) aangedui dat hulle ondersteuning ontvang het van 'n kerkinstantie. Een gesinsverteenwoordiger (G6) het genoem dat van hulle gesinslede in 'n godsdiensgroep (*worship team*) by die kerk was en dat sy al getuienis gelewer het oor die gesin se moeilike omstandighede. Sy voel dat dit haar emosioneel gehelp het. Die pastoor by die kerk het ook iemand aan die gesin genoem met wie hulle kon gaan praat oor die diagnose van hulle gesinslid. Die pastoor het ook in die kerk oor MIV gepraat en hulle glo dit het hulle en die gemeenskap gehelp het met bewusmaking. Die ander gesin (G10) het kerkondersteuning ontvang in die vorm van maandelikse kospakkies wat die gesin baie gehelp het om te sorg vir gesonde kos vir die siek gesinslid. 'n Ander deelnemer (G11) het aangedui dat hulle pastoor gereeld by gesinne in nood aandoen en biduur kom hou, of net kom vir ondersteuning. Sy het gevoel dit beteken baie vir hulle huishouding, soos duidelik volg uit die onderstaande aanhalings:

Ja, hulle almal weet hier by die kerk waardeur my gesin gaan. Ek het al my getuienis hier gegee. Ja en ek is hier in die worship team. Dit hou my mind reg. Ek worship ook hier. So, ek is betrokke by die vroue en ek deel my storie met die vroue, en ja. Dit is vir my, dit laat my goed voel. Ek dink van die kerk se kant af, van my pastoor se point of view, hy voel dit sterk op sy hart dat hy daar van voor af moet praat daaroor oor HIV, maar dit gebeur nog min, maar darem. Dit is baie

belangrik en ek voel kerke moet, ons moet rerigwaar praat daaroor. En toe kom praat ... ek het mos 'n pastoor, toe kom praat ek met hom. Dit het gehelp (G6).

Elke tweede Sondag is hier mense by die stadsaal, hier bo, is ook kerkmense van die NG. Hulle deel kospakkies uit, hampertjies en gee kos, die wat nou ... ek meen die wat nou swaar kry. Ek moet gaan tot daar by daai mense. Ek moet die kinders ook saamvat. Hulle gee vir die kinders ook speelgoedjies en so aan. So dit het gehelp (G10).

Alhoewel al die gesinne lidmate van kerke was, het net drie (25%) van die deelnemers aangedui dat hulle geestelike of praktiese ondersteuning van hule kerke ontvang het. Twee van die huishoudings betrokke by die navorsing (G2 & G7) se verteenwoordigers het gevoel hulle gesinne se persoonlike spiritualiteit en geloof, eerder as die kerk self, het ondersteuning gebied tydens hierdie moeilike omstandighede. Dit het onder andere baie alleengebed behels en ook om daaglik Bybel te lees vir ondersteuning. Een gesinsverteenwoordiger (G7) het aangedui dat hulle gesin hulle nie as gelowig sien nie, maar eerder as spiritueel aangesien hulle glo in 'n Hoër mag wat hulle as gesin innerlike krag gee. Dit help hulle om die moeilike situasie te sien as iets wat in iets positiefs omgesit kan word. Deelnemers het dit soos volg aangedui:

She likes to read the bible. No, not the church, but our religion, yes, praying to God as a family has helped us through this. It is always a good place to turn to. I belong to Assemblies of God church (G2).

Ja. En aan die einde van die dag is dit al ... ek het ook baie meer spiritual geraak en daai was my strength. My geloof het my actually baie gehelp (G7).

I am not religious. I am spiritual. I find that inner strength, jy weet daar is net iets hoog bokant jou nè, wat vir jou daai anker gee. Daai's wat ons gehelp het. Die kerk self het ons nie gehelp nie, want ons kerke gesels nie oor hierdie goed nie. En dis actually baie hartseer. Dit is juis baie van die mense wat in die kerk is wat 'n stigma hou. Maar ek dink rêrig daar is baie kerke, ek dink so 95% van die kerk raak nie eens aan die topic nie (G7).

Volgens my is daar baie ruimte vir meer sosiale ondersteuning aan hierdie gesinne deur middel van kerke, wat van groot waarde kan wees. Veral aangesien elkeen van die twaalf deelnemers se gesinne aan 'n kerk behoort het, maar meeste het geen ondersteuning in die verband ontvang nie.

r. Gebedsgroepe

Een deelnemer (G11) het aangedui dat hulle gesin betrokke was by 'n gebedsgroep by iemand se huis. Dié groep ontmoet een keer per week vir ondersteuning en sy voel dit beteken baie vir hulle as gesin dat hulle weet iemand bid vir hulle in die moeilike omstandighede, soos aangedui in die onderstaande aanhaling:

Hulle help baie en al is dit net 'n woordjie of oor wat luister. 'n Gemoedswoordjie of so as hulle kom. Dan hou ons 'n biduur van 07:30 tot 08:30, dan help dit baie (G11).

Ek kon sien dat hierdie gebedsgroep dikwels vir hierdie gesin omstandighede geskep het waar hulle mense kon vertrou en teenoor wie hulle openhartig kon wees en wat hulle geweet het daar sal wees in tye van nood.

Na aanleiding van die bogenoemde subtemas wat bespreek is, blyk dit dat die huishoudings betrokke by die studie hoofsaaklik die volgende aspekte van emosionele ondersteuning

gebruik het naamlik, sielkundiges, beraders, maatskaplike werkers, inwoners van die gemeenskap, hulle vriende en veral vriende wat ook MIV-positief is, hulle familiegroepe en in die besonder lewensmaats, gewese lewensmaats, die huishouding self, ondersteuningsgroepe of hulle bure. Onder die aspekte van finansiële ondersteuning wat die deelnemers aangedui het was die hoof bronne onderhoud betaal deur hulle gewese mans, familie, toelae en welsynsdienste hoofsaaklik gebruik as ondersteuning. Praktiese ondersteuning wat die gesinne gebruik het was in die vorm van klinieke en medikasie, ondersteuning van die skole, pleegsorg, werk en kollegas en deelydse studies en inligting met betrekking tot die siekte. Laastens was die bronne van spirituele/geestelike ondersteuning in die vorm van godsdienstige instansies soos die kerk of gebedsgroepe.

Dit is duidelik uit die resultate dat die gebruik van sosiale ondersteuning onder die huishoudings betrokke by die studie 'n positiewe invloed gehad het op hulle daaglikse funksionering. Alhoewel daar nie by al die gesinne baie ondersteuning teenwoordig was nie, was die verband tussen sosiale ondersteuning en die gesin se vooruitgang of oorlewing duidelik. Dit stem ooreen met 'n kwalitatiewe studie deur Emlet (2006) in die noordweste van die VSA waar gekyk is na sosiale netwerke en sosiale isolasie by beide jonger en ouer individue wat MIV-positief gediagnoseer is. Daar is bevind dat, waar die individue iemand gehad het wat hulle kon vertrou en waar hulle praktiese ondersteuning ontvang het, 'n negatiewe verband met stigma rakende MIV voorgekom het. In 'n studie in Ghana het Asante (2012) die verband ondersoek tussen ouderdom, geslag, sosiale ondersteuning en die sielkundige welstand van mense wat met MIV-infeksie lewe. Daar is bevind dat sosiale ondersteuning 'n negatiewe korrelasie het met gevoelens van depressie, stres en angs.

5.2 RESULTATE VAN DIE HUIDIGE NAVORSING EN DIE OOREENSTEMMING DAARVAN MET WALSH (2003) SE GESINSVEERKRAGTIGHEIDSRAAMWERK

Walsh (2003) beskryf gesinsveerkragtigheid in terme van gesinsprosesse in drie domeine van gesinsfunksionering, naamlik oortuigingstelsels van die gesin, organisasiepatrone, en kommunikasiepatrone in die gesin (vergelyk hoofstuk 3, afdeling 3). Eerstens word die geïdentifiseerde gesinsprosesse en hoe dit volgens Walsh (2003) met gesinsveerkragtigheid verband hou, in meer besonderhede bespreek en daar word gekyk na voorbeelde uit die resultate van die huidige navorsing (vergelyk Tabel 5.2) wat sterk met aspekte van Walsh se gesinsveerkragtigheidsraamwerk ooreenstem.

Tabel 5.2

Gesinsveerkragtigheid onder die huishoudings wat betref gesinsprosesse volgens Walsh (2003) se raamwerk

| GESINSPROSESSE | | | | | | | | |
|--|------------------|----------------|---------------------|------------|----------------------------------|-----------------------|------------------------------|--------------------------------|
| OORTUIGINGSTELSELS | | | ORGANISASIE-PATRONE | | | KOMMUNIKASIE-PROSESSE | | |
| Heg betekenis aan moeilike omstandighede | Positiewe uitkyk | Spiritualiteit | Buigsaamheid | Gehegtheid | Sosiale en ekonomiese hulpbronne | Helder kommunikasie | Oop emosionele ondersteuning | Gesamentlike probleemoplossing |
| Gesin 1 (G1) | | | | | X | | | |
| Gesin 2 (G2) | | X | | | | | | |
| Gesin 6 (G6) | X | X | X | | X | | X | |
| Gesin 7 (G7) | X | X | X | | X | | X | |
| Gesin 12 (G12) | | | | | X | | X | |

Uit Tabel 5.2 is dit duidelik dat vyf van die huishoudings betrokke by hierdie studie eienskappe aangedui het wat ooreenstem met Walsh (2003) se veerkragtigheidsraamwerk. Die geïdentifiseerde gesinsprosesse en hoe dit volgens Walsh (2003) met gesinsveerkragtigheid verband hou, word nou in meer besonderhede bespreek en daar word gekyk na voorbeelde uit die resultate van die huidige navorsing (vergelyk Tabel 5.2) wat sterk met aspekte van Walsh se gesinsveerkragtigheidsraamwerk ooreenstem.

5.2.1 Gedeelde oortuigingstelsels

Volgens Walsh (2003) bepaal die wyse waarop gesinne hierdie onderskeie prosesse benut die gesin se vermoë om ná moeilike krisissituasies te herstel. Sy beskryf gedeelde oortuigingstelsels in 'n gesin as 'n belangrike aspek van gesinsveerkragtigheid aangesien dit verband hou met die manier waarop gesinne betekenis heg aan teenspoed en krisissituasies. Hierdie hulpbronne bemagtig en versterk gesinne om suksesvol op krisissituasies en uitdagings te reageer. Voorbeelde van gedeelde oortuigingstelsels wat uit die resultate van die huidige navorsing na vore gekom het, sluit in:

- **Spiritualiteit**

Twee van die deelnemers (G2 & G7) betrokke by die navorsing het gevoel hulle gesinne se persoonlike spiritualiteit en geloof eerder as die kerk self het ondersteuning gebied tydens hierdie moeilike omstandighede. Dit het onder andere baie alleengebed behels en ook om daaglik Bybel te lees vir ondersteuning. Een gesinsvertegenwoordiger het gesê dat hulle gesin hulle nie as gelowig beskou nie, maar eerder as spiritueel want hulle glo in 'n hoër mag wat hulle as gesin innerlike krag gee, en wat hulle help om die moeilike situasie te sien as iets wat omgesit kan word in iets positiefs, soos hieronder aangedui:

I am not religious. I am spiritual. I find that inner strength, jy weet daar is net iets hoog bokant jou, nè, wat vir jou daai anker gee. Daai's wat ons gehelp het. Die kerk self het ons nie gehelp nie, want ons kerke gesels nie oor hierdie goed nie. En dis actually baie hartseer. Dit is juis baie van onse mense wat in die kerk is wat 'n stigma daarbuite hou. Maar ek dink rêrig daar is baie kerke, ek dink so 95% van die kerk raak nie eens aan die topic nie (G7).

Dit was interessant om te sien dat Walsh (2003) se konsep van gedeelde oortuigings soos spiritualiteit as veerkragtigheidskenmerk ook teenwoordig was tydens my onderhoude. Deelnemers het aangedui dat hulle gesin se persoonlike spiritualiteit baie meer ondersteuning gebied het as godsdienstige instansies soos die kerk.

- **Positiewe uitkyk**

Twee huishoudings (G6 & G7) se gesinsverteenwoordigers het ook aangedui dat 'n positiewe lewensuitkyk hulle gesinne persoonlik baie ondersteuning gebied het, bloot om 'n positiewe houding in te neem ten opsigte van die diagnose. Een deelnemer (G7) het verduidelik dat hulle die diagnose as 'n kans gesien het om met 'n gesonde leefstyl te begin en voorkomend op te tree en positief te wees en nie in dieselfde situasie as die siek persoon te beland nie. Die ander deelnemer (G6) het aangedui dat, om die siek persoon met respek en liefde te behandel en positief teenoor hom/haar te wees en die siekte nie as die einde van die wêreld te beskou nie, het die gesin gehelp om beter verhoudings te hê en dus aan mekaar beter sosiale ondersteuning te bied. Dit word in die onderstaande twee aanhalings aangedui:

Maar ons ander gesinslede het dit ook probeer sien as 'n tweede kans op die lewe en positief te bly want nou het ons 'n keuse om 'n positiewe lewenstyl te vorm en nie ook in so situasie te beland nie, want ek het gerook en ek het gedrink. En daar was 'n tyd wat ek even met drugs betrokke was. Maar toe sy siek raak, het dit verander (G7).

Ek dink dit was ook een van die goeters wat vir my baie gehelp het. Ek dink ook omdat ek van natuur, dink ek ek is 'n baie sterk persoon wat positief bly. Jy's human al het jy MIV en daai is die een ding, die respek wat ek het vir mense. Vir humanity. Ek dink dis een van my goeters wat maak dat ek altyd positief in die lewe bly, nè (G6).

Ek kon so 'n ooreenkoms met Walsh (2003) se gesinsveerkragtigheids raamwerk sien waar deelnemers aangedui het dat die MIV- diagnose in iets positief in die gesin omgesit kon word. Byvoorbeeld, waar die ander gesinslede 'n meer gesonde leefstyl aangeneem het. Dit is egter net by twee gesinne betrokke by my studie waargeneem, alhoewel dit in Walsh (2003) se raamwerk as 'n baie belangrike aspek van gesinsveerkragtigheid beskryf word.

Volgens Walsh (2003) sluit die kernprosesse om gesinsveerkragtigheid moontlik te maak, ook gesinsorganisasiepatrone in.

5.2.2 Gesinsorganisasiepatrone

Gesinsorganisasiepatrone verwys na die gesin se buigsaamheid, verbondenheid aan mekaar, en sosiale en ekonomiese hulpbronne in die gesin (Walsh, 2003). Herorganisasie vind tydens uitdagings en krisisse in gesinne plaas en daar moet hulpbronne geïdentifiseer en gebruik word om hierdie uitdagings of krisisse te bowe te kom (Walsh, 2003). Buigsaamheid is 'n belangrike eienskap wat gesinne tydens 'n krisissituasie in staat stel om aanpassings te maak indien nodig. Verbondenheid onder die gesinslede lei tot wederkerige ondersteuning en samewerking in die gesin, en familie en sosiale netwerke word tydens krisissituasies as noodsaaklik vir 'n gesin beskou. Hierdie aspekte bied emosionele en praktiese ondersteuning aan gesinne (Walsh, 2003). Voorbeelde van gesinsorganisasiepatrone wat duidelik was uit die resultate van die huidige navorsing sluit die onderstaande in:

- **Buigsaamheid**

In hierdie studie kon ek by twee gesinne aspekte van buigsaamheid waarneem. Ek het dit interpreteer as 'n bewys dat hulle kon verander, en dus buigsaam was waar twee deelnemers (G6 & G7) aangedui het dat hulle hele huishouding nou 'n gesonde leefstyl probeer handhaaf sedert 'n gesinslid met MIV gediagnoseer is. Hulle het aangedui dat dit hulle baie gehelp het

aangesien hulle so beheer kon neem van hulle lewens. Gesonde eetgewoontes was hoog op die lys, maar ook om seksueel veilig te wees. Die gesinne het ook aangedui dat, om positief te bly aangesien iemand met MIV-infeksie 'n lang lewe kan hê indien die persoon na sigself omsien en die medikasie gebruik, hulle sowel as die siek individu baie gehelp het. Dit word in die onderstaande aanhalings aangedui:

Man, toe ek ontdek hy is HIV-positief het ek maar begin net gesond leef nie losbandig wees nie en reg eet. Ag, soos ek sê, om die gemeenskap te hê, ons is tevrede met alles, ons vriende, familie kom soos my broer bring kool, wortels, hy werk in die tuin en help met die leefstyl (G7).

Ons gesin bly positief en lewe gesond. So, al wat sy moet doen, is om die medikasie te gebruik en net te doen wat die healthworkers vir haar sê. Dit help ons gesin en ons pas aan (G6).

- **Sosiale en ekonomiese hulpbronne**

Volgens vier van die huishoudings se verteenwoordigers (G1, G6, G7 & G12) het hulle familiegroep emosioneel vir hulle baie beteken tydens die moeilike tydperk toe die siek persoon as MIV-positief gediagnoseer is en ook tydens die siekte toe die gesin struikelblokke ervaar het. Dit het dikwels die onmiddellike familie, soos die gesinsvertenwoordigers of die siek persoon se ouers, broers, susters of kinders ingesluit, maar by sommige huishoudings het ook die familiegroep emosioneel baie vir die gesin beteken. Die deelnemers het aangedui dat hulle ouers en broers en susters emosioneel vir hulle as gesin en ook vir die siek persoon baie beteken het aangesien hierdie familie nooit hulle veroordeel het nie en altyd daar was om te luister as daar probleme was selfs al was hulle dikwels ver. Hierdie familielede het ook die gesin baie moed ingeppraat en so ondersteuning getoon.

Vier gesinne (G1, G6, G7 & G12) het ook aangedui dat die MIV-positiewe persoon se kinders baie emosionele ondersteuning gebied het aangesien hulle gehelp het om hulle ma op te beur en ook gehelp het om seker te maak dat sy haar medikasie daaglik drink. As sy hartseer was, het hulle haar ook moed ingeproat selfs al was die kinders baie jonk en al het hulle nie presies geweet wat sy makeer nie. Omgee en liefde is ook deur familieledede aangedui as iets wat emosioneel baie beteken het en gehelp het met aanvaarding. Die familie het ook vir die kinders in die gesinne baie beteken aangesien die grootouers dikwels die plek van die siek ouers ingeneem het en so ondersteuning gebied het. Daar is ook aangedui dat, om tyd saam met familie deur te bring, baie beteken het aangesien dit gehelp het om die eensaamheid minder te maak. Voorafgaande word in die onderstaande aanhalings aangedui:

Nee, is net sy familie. Hy het net disclose vir sy familie. Almal weet en hy het goeie ondersteuning van die familie. En almal is naby. Ons maak die eensaamheid minder (G1).

Baie, baie, goeie ondersteuning, dis al wat tel, mense moet omgee vir jou, mense moet lief wees vir jou en hulle is, ons het goeie ondersteuning van die familie en dit help baie (G6).

Drie van bogenoemde deelnemers (G1, G6 & G12) het ook aangedui dat hulle familie 'n bron van finansiële ondersteuning was, aangesien hulle dikwels finansiëel heeltemal afhanklik was van ander as gevolg van werkloosheid of siekte. Dit het ingesluit die MIV-positiewe individu of gesinsverteenvoerders se ouers of broers of susters wat hierdie ondersteuning gebied het, en selfs ook verlangse familie wat naby die gesin woonagtig was. Die finansiële ondersteuning wat hierdie huishoudings tydens die moeilike tydperk ná die MIV-diagnose ontvang het, was dikwels in die vorm van kontant, versorging van hulle huise, voedsel en betaling van doktersrekeninge. Die deelnemers het dit soos volg gestel:

We don't have any other assistance; it's only my sister that helps me, she is working (G1).

My tweelingbroer en hy't my ook finansiëel gehelp elke maand met die gesin. Hy't my finansiëel gehelp en bygestaan en so (G6).

Die laaste kernproses wat, volgens Walsh (2003), gesinsveerkragtigheid moontlik maak, is gesinskommunikasiepatrone.

5.2.3 Gesinskommunikasiepatrone

Gesinskommunikasiepatrone behels duidelike kommunikasie, vrye emosionele uiting en samewerkende probleemoplossing in die gesin (Walsh, 2003). Tydens krisistye is dit belangrik dat gesinne die stresvolle situasie so duidelik moontlik beskryf en bespreek om besluitnemingsprosesse te bevorder en 'n gedeelde verstandhouding tussen gesinslede te bewerkstellig. Effektiewe kommunikasie in 'n gesin help ook om duidelikheid oor die gesin se situasie tydens die krisis te verkry. Onduidelike kommunikasie kan tot verwarring en misverstande lei (Walsh, 1998). Voorbeelde van gesinskommunikasiepatrone uit die resultate wat met Walsh (2003) se raamwerk ooreenstem, het ingesluit:

- **Oop emosionele ondersteuning**

Drie deelnemers (G6, G7 & G12) het aangedui hoe belangrik goeie kommunikasie vir hulle as gesin is, maar ook vir hulle verhouding met hulle uitgebreide familie. Volgens die gesinsverteenvoerders was dit 'n goeie bron van ondersteuning om te kon kommunikeer met hulle gesinslede wanneer die omstandighede moeilik was, of wanneer die siek gesinslid hulp nodig gehad het. Een van die gesinsverteenvoerders (G7) het ook gesê sy glo daarin om openhartige kommunikasie met haar jong kinders in die huis te handhaaf, veral wat betref Seksueel Oordraagbare Siektes, voorbehoeding en MIV-infeksie en in die besonder ná hierdie

moeilike situasie die gesin getref het. Sy het gevoel dit help hulle om goed te kommunikeer en so 'n sterker band in die gesin te vorm. Dit word aangedui in die onderstaande twee aanhalings:

Maar dit help jou ook om daarvoor te praat. Dit help vir jou ook. Dit laat my ook baie goed voel. Ek kry goeie inspirasie van mense wat vir jou net bless, hulle sê sterkte, ons bid vir jou gesin. En dit help baie. So, dis goed dat jy praat. As dit bietjie emosioneel is, dan gaan ek na my suster toe en ons praat 'n bietjie (G6).

So kommunikasie in jou gesin is ook baie voordelig vir jou. Baie voordelig want ek praat oop met hulle. Swart of wit, daar's niks wat ek vir hulle wegsteek nie. Ek is oop met hulle. Ek sit met hulle tweetjies en gesels met hulle. Ek gesels met hulle oor STIs. Op daai klong se kas is 'n boks kondome. Ek sê vir hom daar is dit (G7).

Drie van die deelnemers (G6, G7 & G12) het aangedui dat die aanvaarding wat hulle huishoudings teenoor MIV-infeksie as siekte en ook teenoor die siek persoon self getoon het, het baie ondersteuning gebied vir hulle gesin aangesien daar geen oordeel of kwaad was in die huishouding nie, net liefde en ondersteuning. Die persoon is nie anders hanteer as gevolg van sy/haar siekte nie en 'n veilige omgewing is geskep. Een gesin (G7) het aangedui die feit dat hulle gesin baie inligting omtrent MIV gehad het en die feit dat hulle geweet het dit was nie die persoon se skuld nie, het baie gehelp met aanvaarding onder familieledede. Dit is soos volg in die aanhalings aangedui:

We came to accept it. I accepted it because there are many other people that I have seen living with HIV. So, I decided to accept it and told myself she will take the meds and be fine. My family – I cannot lie – they still show and give her enough love because they accepted her with this condition with no problem. They have not changed because they know her status (G12).

Yes, very difficult, but I am a very open person, and she likes that, so she is comfortable with me. I think if people are more open, and if she knows they will accept her status, she won't have a problem to disclose. So, she just needs a safe, accepting environment and we do give her that. Yes, I always told her no matter what she does, or her status, I accept her and I love her, because she is my mother, and nothing will change that. I won't throw her away. I am trying to encourage her to accept her status. She doesn't know how she got HIV so it's difficult for her to accept (G12).

Drie deelnemers (G6, G7 & G12) het aangedui dat om oor hulle gesin se omstandighede te praat, het vir hulle ondersteuning gebied. Om openhartig te wees oor die situasie en ander mense in die gemeenskap wat deur dieselfde omstandighede gaan te probeer help en ondersteun, het hulle ook gehelp aangesien hulle op die manier kon voel iets goeds kom uit die onaangename omstandighede wat hulle gesin getref het. Ook om gemaklik en openhartig te wees oor die siekte in die huishouding het hierdie gesinne baie gehelp aangesien dit die MIV-positiewe persoon ook gehelp het om nie veroordeel te voel nie maar eerder om aanvaar te voel. Dit is soos volg in die onderhoud aangedui:

Yes, very difficult, but I am a very open person about HIV, and she likes that so she is comfortable with me. I think if people are more open, and if she knows they will accept her status she will not have a problem to disclose. Therefore, she just needs a safe, accepting environment. Yes, always told her no matter what she does, or her status, I accept her and I love her, because she is my mother, and nothing will change that. I will not throw her away. I am trying to encourage her to accept her status (G12).

As die bogenoemde vergelyk word met Walsh (2003) se raamwerk vir gesinsveerkragtigheid stem van my resultate definitief ooreen. Volgens Walsh (2003) sluit die kernprosesse om gesinsveerkragtigheid moontlik te maak, ook gesinsorganisasiepatrone in. Twee deelnemers (G6 & G7) het aangedui dat hulle hele huishouding buigsaamheid toepas en nou 'n gesonde leefstyl probeer handhaaf sedert 'n gesinslid met MIV gediagnoseer is. Hulle het aangedui dat dit hulle baie gehelp het aangesien hulle so beheer kon neem van hulle lewens. Gesonde eetgewoontes was hoog op die lys, maar ook om seksueel veilig te wees. Twee deelnemers (G6 & G7) het ook aangedui dat roetine en deur die roetine aan te pas in hulle huishouding baie gehelp het tydens die diagnose van hulle gesinslid.

Sosiale en ekonomiese hulpbronne is ook aangedui as 'n aspek wat bygedra het tot beter funksionering onder gesinne. Volgens vier van die huishoudings se verteenwoordigers (G1, G6, G7 & G12) het hulle uitgebreide familie emosioneel vir hulle baie beteken tydens die moeilike tydperk toe die siek persoon as MIV-positief gediagnoseer is en ook tydens die siekte toe die gesin struikelblokke ervaar het.

Die laaste kernproses wat, volgens Walsh (2003), gesinsveerkragtigheid moontlik maak, sluit gesinskommunikasiepatrone in. Veral oop emosionele ondersteuning as aspek wat bygedra het tot veerkragtigheid het voorgekom uit die resultate. Drie deelnemers (G6, G7 & G12) het aangedui hoe belangrik goeie kommunikasie vir hulle as gesin is, maar ook vir hulle verhouding met hulle uitgebreide familie. Volgens die gesinsverteenvoordigers was dit 'n goeie bron van ondersteuning om te kon kommunikeer met hulle gesinslede wanneer die omstandighede moeilik was, of wanneer die siek gesinslid hulp nodig gehad het.

Slegs twee van die 12 deelnemers (G6 & G7) se uitkyk op en persepsies van die gebeure was egter oorheersend positief van aard. Hulle kon die omstandighede aanvaar en het deur selfstudie met betrekking tot die siekte, of deur as MIV-motiveringssprekers of beraders te

werk, hulle gesinne gehelp en ondersteun. Sosiale ondersteuning is dus deur hierdie twee gesinne nie bloot beskou as voordelig om te ontvang nie, maar ook om ondersteuning aan ander in die gemeenskap te bied. Meeste gesinne het steeds baie struikelblokke ervaar in terme van hulle daaglikse funksionering. Vervolgens word daar ook na die behoeftes ten opsigte van sosiale ondersteuning soos aangedui deur die 12 deelnemers (vergelyk Tabel 5.5) wat by die navorsing betrokke was, gekyk. Tema-ontleding is weereens as ontledingstegniek gebruik en elke geïdentifiseerde behoefte word vervolgens in meer besonderhede bespreek.

5.3 RESULTATE RAKENDE BEHOEFTE TEN OPSIGTE VAN SOSIALE ONDERSTEUNING ONDER HUISHOUDINGS MET 'N MIV-POSITIEWE LID

In hierdie afdeling word die behoefte wat gesinne het aan sosiale ondersteuning rapporteer en bespreek. Na aanleiding van die onderhoude met huishoudings met MIV-positiewe gesinslede is temas geïdentifiseer op grond van hulle ervaring en perspektiewe oor die sosiale ondersteuning wat hulle as huishouding benodig; dus hulle behoeftes in die verband. Die geïdentifiseerde temas met betrekking tot sosiale ondersteuning waaraan die huishoudings betrokke by die navorsing 'n behoefte gehad het, word in Tabel 5.3 aangetoon.

Tabel 5.3

Behoeftes ten opsigte van sosiale ondersteuning onder huishoudings betrokke by die studie

| | BEHOEFTE | | | | | | | | |
|----------------|------------------|----------------------------------|------------|-------------|-----------------------------------|-----------------|---|-----------------------------|-----------------------------|
| | Werksgeleenthede | Ondersteuningsgroepe en berading | MIV-toelae | Gesonde kos | Hulp met volhouding van medikasie | Beter behuising | Inligting en opvoeding met betrekking tot MIV | Ondersteuning van die kerke | Ondersteuning van die skole |
| Gesin 1 (G1) | | X | | | | | | | |
| Gesin 2 (G2) | | X | | | | | | | |
| Gesin 3 (G3) | X | X | | | | | | | X |
| Gesin 4 (G4) | X | | | | X | | | | |
| Gesin 5 (G5) | X | | | | | | | | |
| Gesin 6 (G6) | | | X | | | | X | | |
| Gesin 7 (G7) | | | X | | | | X | X | X |
| Gesin 8 (G8) | X | X | | | | | | | |
| Gesin 9 (G9) | X | X | | | | | | | |
| Gesin 10 (G10) | | | | | | | | | |
| Gesin 11 (G11) | | X | | | | | | | |
| Gesin 12 (G12) | | X | X | X | | X | | | |

In afdelings 5.6.1 tot 5.6.9 word die temas in meer besonderhede gerapporteer en bespreek ten einde antwoorde te verskaf op die laaste navorsingsvraag: *Wat is die behoeftes in verband met sosiale ondersteuning onder Xhosa-huishoudings met lede wat MIV-positief gediagnoseer is?*

Die geïdentifiseerde temas (vergelyk Tabel 5.3) word vervolgens in meer besonderhede bespreek en voorbeelde uit die onderhoude word aangehaal as behoeftes ten opsigte van

sosiale ondersteuning wat hierdie huishoudings ervaar het.

5.3.1 Werksgeleentehede

Vyf van die huishoudings se gesinsverteenwoordigers (G3, G4, G5, G8 & G9) het aangedui dat hulle ten tye van die studie werkloos was, en dat niemand in hulle gesin op daardie stadium werk kon kry nie. Hulle het dus alleenlik van kindertoelae, ongeschiktheidstoelae of 'n pensioen gelewe. Een deelnemer (G3) het gesê dat die feit dat sy nie opgelei is nie haar opsies vir werk baie min maak en sy kry slegs kontrakwerk. Dit was 'n groot bekommernis in die huis aangesien die kinders dikwels items vir die skool benodig het, wat hulle as gesin nie kon voorsien nie. Daar is ook deur een deelnemer (G8) aangedui dat die MIV-positiewe persoon nog in staat is om te werk, maar omdat hy/sy so gereeld by die kliniek moet wees vir medikasie, is dit moeilik om voltyds te werk. Dit word aangedui in die onderstaande aanhalings:

Yes, I want a job. It's just that I'm struggling to find work because I am not educated; so I end up working on farms. I was there last week to look for a job and they promised they'd call as soon as something came up. However; they still don't have anything yet (G3).

I really do want a job because I am not able to fully support my kids, especially buying them things, such as shoes. Like now the older one does not have shoes and I have no idea how I'm going to get them and school opens on the 21st (G4).

Is he struggling finding employment? Yes, he is struggling because he has to go to the clinic every day (G9).

I think if we could get jobs that would really help. So we can focus on that and take our minds of her illness. Like she does part-time work, but it's difficult to get

a full-time job. Maybe if someone can help these families find jobs so they can take care of the sick person. We have to work; we don't have a choice (G5).

Hierdie vyf deelnemers (G3, G4, G5, G8 & G9) het aangedui dat hulle gesin werksgeleenthede benodig om vir die siek gesinslid te kan sorg, en dat dit vir hulle positief sal wees aangesien werksgeleenthede hulle aandag 'n bietjie van die moeilike omstandighede by die huis en die MIV-diagnose sal wegneem. Dit is vir my duidelik dat hierdie definitief een van die grootste behoeftes onder die gesinne betrokke by die studie was en 'n program wat help met indiensneming van spesifiek huishoudings met MIV-positiewe gesinslede sal van groot waarde wees. Dit sal hierdie gesinne finansiële baie help aangesien die versorging van 'n siek gesinslid ook baie ekstra uitgawes tot gevolg het.

5.3.2 Ondersteuningsgroepe en maatskaplike werkers of beraders

Ses van die gesinsverteenwoordigers (G4, G5, G6, G7, G10 & G12) het aangedui dat ondersteuningsgroepe vir die siek persoon self sowel as vir die gesin baie beteken en dat dit 'n positiewe ervaring was wat hulle in staat gestel het om die situasie te aanvaar, naamlik dat dit 'n lewenslange kroniese toestand is. Van die huishoudings wat betrokke was by die studie, het 50% van die deelnemers aangedui dat hulle nie bewus was van ondersteuningsgroepe in hulle omgewing nie, maar dat hulle wel een sou bywoon indien dit beskikbaar was. Twee deelnemers (G8 & G12) het aangedui dat maatskaplike werkers in die omgewing geen ondersteuning gebied het nie, maar dat dit 'n behoefte in hulle gesin was om hulp te ontvang met aansoeke vir toelae en ook berading onder gesinslede. Dit word in die onderstaande aanhalings aangedui:

She did not know about the community – there's a support group. She wants to know where is the group (G1).

Maar hier was nog nooit mense vir ondersteuningsgroepe nie. Die maatskaplike werker het nooit hier gekom nie. Die maatskaplike werker help nie meer met dié sake nie (G8).

Also maybe a social worker to help my mother apply for a grant (G12).

It would be good for the family to see a counsellor or a psychologist for emotional support. Yes, definitely, since it is difficult for my mother to accept that she is HIV-positive. Emotionally it would be a great support. When you are going through something like this you need that support. You have to tell people you can't keep it to yourself (G4).

I want nothing to do with my family; because they don't support or take care of him in anyway. He is like an outcast in my family. Can you believe that when he was there, whenever we were eating, they'd tell him to go and eat outside. I suppose counselling for them could help (G1).

Die deelnemers het duidelik aangedui dat hulle 'n behoefte het aan meer beradingsdienste veral omdat die MIV-positiewe persoon sukkel met aanvaarding en dit beïnvloed die ander gesinslede. In gevalle waar MIV-positiewe gesinslede deur hulle familie verwerp word, word berading ook gesien as 'n moontlikheid om sodoende gesinsbande te probeer herstel.

5.3.3 MIV-toelae

Geen MIV-positiewe gesinslede van huishoudings betrokke by die studie het 'n toelaag ontvang nie. Drie gesinsverteenwoordigers (G6, G7 & G12) het egter aangedui dat hulle 'n behoefte aan hierdie toelaag het. Die deelnemers het gesê dat 'n mens slegs 'n toelaag kry as jou CD4-telling baie laag is, dit wil sê as jy ernstig siek is, maar die deelnemers het gevoel dat as 'n mens MIV-positief is, jy baie ekstra uitgawes het en gesond moet eet om die medikasie

te kan drink. Volgens die deelnemers betrokke by my studie is die toelaag nie meer van veel waarde as jy dit ontvang wanneer jy reeds baie siek is nie. Dit word in die onderstande aanhalings aangedui:

She applied but she did not get yet. HIV grant. We received a phone call from SASSA that we should put in another application and the first one was not successful due to the doctor cancelling it (G12).

Sy het 'n ongeskiktheidsgrant gekry, maar nie 'n VIGS-toelaag nie, so dit sou ook gehelp het (G6).

Jy kry 'n toelaag wanneer jy fullblown AIDS het. Wanneer jy baie siek is – maar wat kan jy maak met die geld daai tyd, as jy so siek is? Jy kan niks daarmee doen nie. Nee, hulle wil nie nou vir jou gee nie. Soos nou kan jy dit gebruik miskien om gesonde kos te koop. As jou CD4 onderkant 300 is, se maar two something. En dan sal jy eers toelaag kry. Dit help nie dan nie. Want dit is baie belangrik om gesond te eet veral as jy op medikasie is. Want jy moet eet voor jy jou pille drink, anders brand dit mos jou maag. So, die grant kan help in daai opsig (G6).

Een deelnemer (G12) het ook aangedui dat hulle aansoek vir toelae dikwels onsuksesvol was. Indien daar hulp beskikbaar is om hierdie proses vinniger te laat verloop, sal dit van groot waarde wees vir hierdie huishoudings. Aangesien 'n gesonde leefstyl noodsaaklik is vir MIV-positiewe individue sal dit verseker dat die siek gesinslede gesonde kos kan bekostig om saam met hulle medikasie te gebruik.

5.3.4 Gesonde kos

Een huishouding (G12) was van mening dat hulle 'n behoefte het aan kruideniersware en gesonde kos aangesien 'n gesonde leefstyl vir 'n MIV-positiewe persoon van groot belang is

omdat die medikasie nie op 'n leë maag gedrink kan word nie. Dit word in die onderstaande aanhaling aangedui:

Yes, we do need to be taken care of. Perhaps we can get help with groceries. Sometimes things get so difficult that I can't even take the tablets because one can't take them on an empty stomach (G12).

Dit was duidelik dat meeste huishoudings betrokke by die studie nie altyd gesonde kos kon bekostig nie. Ek voel meer ondersteuning in die verband is nodig aangesien MIV-positiewe pasiënte dikwels 'n drastiese leefstyl aanpassing moet maak wat gewoonlik gesonde eetgewoontes insluit.

5.3.5 Hulp met die volhouding van medikasie

Een gesin betrokke by die studie (G4) het aangedui dat hulle en die MIV-positiewe persoon soms kliniekdatums vergeet en dat dit pasiënte baie kan help indien klinieke meer ondersteuning bied in hierdie verband. Dit word in die onderstaande aanhaling aangedui:

She experience some problems. She sometimes forget her clinic date.

Programme wat help met die volhouding van MIV medikasie sal daarom volgens my van groot waarde wees vir hierdie gesinne.

5.3.6 Beter behuising

Volgens een deelnemer (G12) is beter behuising vir hulle gesin ook 'n groot behoefte aangesien hulle 'n klomp mense in 'n baie klein en swak geboude woning is. Daar is dus baie min plek en met die versorging van die MIV-positiewe persoon is dit baie moeilik. Hulle sou graag die siek persoon alleen in 'n kamer wou plaas, maar op daardie stadium was dit nie moontlik nie. Dit word in die onderstaande aanhaling aangedui:

Currently, our shack is very small. We are 6 people sleeping in one bedroom. Not enough space. I think for my mother it would be good to have her own room. If she is not feeling good she can rest in peace. So maybe better housing ... like a bigger shack would help a lot especially in the winter (G12).

Dit is duidelik dat beter behuising vir hierdie gesinne is 'n groot behoefte is aangesien hulle dikwels 'n klomp mense in 'n baie klein woning is en dit bemoeilik die versorging van 'n siek gesinslid baie. Die wonings is ook dikwels nie baie skoon nie en die kans vir infeksies by die siek gesinslid is groot, wat lewensgevaarlik kan wees.

5.3.7 Inligting en opvoeding rakende MIV

Twee deelnemers (G6 & G7) het baie sterk daarvoor gevoel dat ondersteuning in die vorm van inligting en opvoeding rakende MIV baie nodig is. Hulle het veral gevoel dat die opvoeding by die ouers moet begin. Daar is ook gemeen dat stigma en diskriminasie voorkom dat mense hulle medikasie gebruik omdat hulle vrees dat ander hulle by die kliniek sal sien. Dit word in die onderstaande aanhalings aangedui:

Ek dink om te begin, die informasie is daarso, nè. Ons gee nie die informasie genoeg uit in ons gemeenskappe nie, awareness, awareness en nogmaals awareness is nodig (G7).

Dis die stigma, nè. En ons houding, nè, teenoor mense wat MIV is wat maak dat mense wat MIV-positief is, hulle isoleer. Jy kry baie mense wat nou sê ek gaan nie daai pille drink nie, want once hulle sien ek drink daai pille dan gaan mense weet ek is positief. Dit is tyd dat ons begin openlik gesels in ons huise en dat ons kinders van jong ouderdom af hoor seks, HIV, STIs, tuberkulose, ensovoorts (G7).

Baie mense is baie oningelig. En ek probeer mense educate oor HIV. Praat oor

seks. So ek dink ondersteuning wat nodig is, is meer education vir die ouers en vir die kinders (G6).

Daar is dus 'n behoefte aan opleiding in dié verband om sodoende MIV-diskriminasie en stigma teen te werk. Ek dink MIV-opvoeding in skole is noodsaaklik en nie alleenlik 'n behoefte vir gesinne met MIV-positiewe gesinslede nie, maar ook 'n behoefte vir ons land om die algemene persepsie of negatiewe konnotasie wat mense rondom 'n MIV/VIGS diagnose het, aan te spreek.

5.3.8 Ondersteuning deur kerke

By 75% van die gesinne wat betrokke was by die navorsing was daar geen ondersteuning deur geestelike instansies soos die kerk nie, selfs al was 100% van die gesinne lidmate van 'n kerk. Twee van die deelnemers (G2 & G7) betrokke by die navorsing het gevoel hulle gesinne se persoonlike spiritualiteit en geloof, eerder as die kerk self, het ondersteuning gebied tydens hierdie moeilike omstandighede.

Een deelnemer (G7) was van mening dat hulle 'n behoefte gehad het aan ondersteuning deur die kerk waaraan hulle behoort het. Hulle het egter geen ondersteuning in die verband ontvang nie. Die deelnemer het gevoel die kerke vermy die onderwerp en help die stigma met betrekking tot MIV aan. Dit word aangedui in die onderstaande:

Die kerk het ons nie gehelp nie ... Nee. Nie rerig nie. I'm not religious. I'm spiritual. Daai's wat vir my gehelp het. So die kerk self het nie ... Die kerk self het my nie gehelp nie, want ons kerke gesels nie oor hierdie goed nie. En dis actually baie hartseer. Maak veel impak want dis juis baie van onse mense wat in die kerk is wat 'n stigma daarbuite hou (G7).

Daar is dus baie ruimte vir opvoeding en ondersteuning in dié verband veral omdat al 12 gesinne lidmaatskap aan 'n kerk erken het. As gevolg van die samelewing se gebrek aan kennis en opvoeding oor MIV/VIGS, word daar dikwels geglo dat mense wat met MIV/VIGS leef, vernedering en skaamte oor die gemeenskap sal bring. Daar word dan ook soms geglo dat om MIV-positief te wees, 'n straf van God is vir die individu se immorele gedrag. Daarom word MIV-positiewe pasiënte dan ook dikwels by die gemeenskap en kerke uitgesluit (De Bruyn, 1992). Kerke kan programme in MIV/VIGS aanbied vir gemeentelide en so ook die lidmate se moontlike gebrek aan kennis in die verband aanspreek.

5.3.9 Ondersteuning van skole

Slegs twee deelnemers (G6 & G12) het gevoel dat hulle huishouding goeie ondersteuning van hulle kinders se skool ontvang het. Een deelnemer (G3) het gesê dat hulle huishouding finansiële suksesse weens werkloosheid of uitgawes met versorging van die siek gesinslid. Hulle kon dan nie al die kinders se benodighede vir die skool bekostig nie. Indien hulle met die onderwysers gepraat het, het die onderwysers bloot genoem dat dit nie hulle probleem is nie, maar die gesin se probleem. Een gesinsvertegenwoordiger (G7) het ook genoem dat hulle veral ondersteuning van skole benodig ten opsigte van bewusmaking onder hulle kinders rakende MIV. Dit word in die aanhalings bevestig:

Skole kan ook definitief meer doen. Ek dink skole kan hande vat saam met ons, met die klinieke. En vir ons as beraders vra om miskien so vier keer 'n jaar te kom gesels oor HIV/AIDS maar ook vir ons toe te laat om die uitreikprogram te doen waar ons kan toets by skole. Ja. Want jy kry actually, tussen die ouderdom van 15 en 29, dis waar die grootste kwaal is en dit is jongmense. Ons begin in ons huise in, veral in kleurling- en in swart gemeenskappe in. Gesels ons nie oor hierdie goed nie (G7).

They don't have shoes and I don't know what they're going to wear. The younger child doesn't have a school uniform. I tried talking to her teacher; she told me blatantly that the school had no business that her mother was sick. Whether we are sick or not, it's not her problem – she said a whole lot of things (G3).

Een deelnemer (G7) het ook gevoel skole moet met klinieke saamwerk en gereeld MIV-toetspunte daar hê. Hierdie gesinne het dus 'n groot behoefte aan ondersteuning in dié verband getoon.

5.4 GEVOLGTREKKING

In hierdie studie is die benutting van en behoefte aan sosiale ondersteuning ondersoek by Xhosa-huishoudings met MIV-positiewe gesinslede in verskeie landelike gemeenskappe in die Boland, Suid-Afrika. Die gesinne betrokke by die huidige navorsing was almal kwesbaar en het 'n gesinskrisis ervaar omdat daar 'n MIV-positiewe gesinslid by hulle woonagtig was. Die stressors wat hierdie 12 gesinne ervaar het, het gewissel, maar voorbeelde sluit in werkloosheid, slegte omstandighede vir klein kindertjies in die gesin, of verwerping deur die gemeenskap of familiegroep. Hulle was ook kwesbaar aangesien baie van hierdie gesinne se volwassenes werkloos was en die gesin dus van kinder- of ongeskiktheidstoelae alleenlik gelewe het.

In hierdie hoofstuk is die studie se resultate gerapporteer en bespreek. Op grond van hierdie resultate het ek die navorsingsvraag beantwoord, naamlik: *Wat is die gebruik van sosiale ondersteuning, sowel as die behoeftes in hierdie verband onder Xhosa-huishoudings met lede wat MIV-positief gediagnoseer is?* Aangesien die gesinne betrokke by hierdie studie alleenlik laerskool-, gedeeltelike hoërskool- of hoërskoolkwalifikasies gehad het, is riglyne wat op 'n eenvoudige vlak aangebied word nodig om hierdie gesinne te bemagtig met betrekking tot

beskikbare sosiale ondersteuning.

In hoofstuk 6 maak ek gevolgtrekkings omtrent die mees relevante bevindinge van hierdie ondersoek. Daarna bespreek ek die beperkinge van hierdie studie en maak ek aanbevelings vir toekomstige navorsing ten opsigte van hierdie tema.

Hoofstuk 6

GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

In hierdie hoofstuk kom ek tot gevolgtrekkings wat betref die mees relevante bevindinge van hierdie ondersoek. Daarna bespreek ek die beperkinge van hierdie studie en maak ek aanbevelings vir toekomstige navorsing ten opsigte van hierdie onderwerp.

6.1 GEVOLGTREKKINGS

In hierdie eksplorerende kwalitatiewe studie het ek die gebruik van en behoefte aan sosiale ondersteuning onder Xhosa-huishoudings met MIV-positiewe gesinslede in verskeie landelike gemeenskappe in die Boland, Suid-Afrika ondersoek. Ek het bevind dat hierdie huishoudings verskeie struikelblokke in hierdie verband ervaar het. Ek beantwoord ook my twee navorsingsvrae, naamlik, wat was die gebruik van sosiale ondersteuning onder huishoudings met MIV- positiewe gesinslede? en daarna, watter behoeftes het hierdie gesinne gehad in terme van sosiale ondersteuning?

Na aanleiding van die resultate in terme van die gebruik van sosiale ondersteuning het vyf van die huishoudings betrokke by die studie veerkragtigheidseienskappe getoon wat ooreengestem het met Walsh (2003) se veerkragtigheidsraamwerk. Dit is interessant om te sien dat Walsh (2003) se konsep van gedeelde oortuigings soos spiritualiteit, as veerkragtigheidskenmerk ook teenwoordig was by van die deelnemende gesinne. Deelnemers het aangedui dat hulle gesin se persoonlike spiritualiteit baie meer ondersteuning gebied het as godsdienstige instansies soos die kerk. Twee huishoudings se gesinsverteenvoerders het ook aangedui dat dit hulle gesinne persoonlik baie ondersteuning gebied het bloot om 'n positiewe houding in te neem ten opsigte van die diagnose. Ek kon so weereens 'n ooreenkoms met Walsh (2003) se gesinsveerkragtigheids raamwerk sien waar deelnemers aangedui het dat die MIV-diagnose in

iets positief in die gesin omgesit kon word. Byvoorbeeld, waar die ander gesinslede 'n meer gesonde leefstyl aangeneem het as voor die MIV-diagnose van 'n gesinslid. Alhoewel dit in Walsh (2003) se raamwerk as 'n baie belangrike aspek van gesinsveerkragtigheid waargeneem is, is dit egter net deur twee gesinne betrokke by my studie gerapporteer.

Volgens Walsh (2003) sluit die kernprosesse om gesinsveerkragtigheid moontlik te maak, ook gesinsorganisasiepatrone in. In my studie kon ek by twee gesinne aspekte van buigzaamheid waarneem. Ek het dit interpreteer as 'n bewys dat hulle kon verander, en dus buigzaam was waar twee deelnemers aangedui het dat hulle hele huishouding nou 'n gesonde leefstyl probeer handhaaf sedert 'n gesinslid met MIV gediagnoseer is. Hulle het aangedui dat dit hulle baie gehelp het aangesien hulle so beheer kon neem van hulle lewens. Volgens vier van die huishoudings se verteenwoordigers het hulle familiegroep emosioneel vir hulle baie beteken tydens die moeilike tydperk toe die siek persoon as MIV-positief gediagnoseer is en ook tydens die siekte toe die gesin struikelblokke ervaar het.

Die laaste kernproses wat volgens Walsh (2003) gesinsveerkragtigheid moontlik maak, sluit gesinskommunikasiepatrone in. Drie deelnemers het aangedui hoe belangrik goeie kommunikasie vir hulle as gesin is, maar ook vir hulle verhouding met hulle uitgebreide familie. As die bogenoemde vergelyk word met Walsh (2003) se raamwerk vir gesinsveerkragtigheid, stem van hierdie studie se resultate definitief ooreen. Sosiale en ekonomiese hulpbronne is ook aangedui as 'n aspek wat bygedra het tot beter funksionering onder gesinne. Volgens vier van die huishoudings se verteenwoordigers het hulle uitgebreide familie emosioneel vir hulle baie beteken tydens die moeilike tydperk toe die siek persoon as MIV-positief gediagnoseer is en ook tydens die siekte toe die gesin struikelblokke ervaar het.

Slegs twee van die 12 deelnemers se uitkyk op en persepsies van die gebeure was egter oorheersend positief van aard. Hulle kon die omstandighede aanvaar en het deur selfstudie

met betrekking tot die siekte, of deur as MIV-motiveringsprekers, of om as beraders te werk, hulle gesinne gehelp en ondersteun. Sosiale ondersteuning is dus deur hierdie twee gesinne nie bloot beskou as voordelig om te ontvang nie, maar ook om ondersteuning aan ander in die gemeenskap te bied.

Meeste gesinne het steeds baie struikelblokke ervaar in terme van hulle daaglikse funksionering. Vervolgens word daar ook gekyk na die behoeftes ten opsigte van sosiale ondersteuning soos aangedui deur die 12 deelnemers wat by die navorsing betrokke was.

Ek kon tydens hierdie navorsingstudie verskeie behoeftes in terme van sosiale ondersteuning identifiseer en dit sluit onder meer in: Meer werksgeleenthede, ondersteuningsgroepe en maatskaplike werkers of beraders, MIV-toelae, gesonde kos, hulp met die volhouding van medikasie, beter behuising, meer inligting en opvoeding rakende MIV, ondersteuning deur hulle kerke en ondersteuning van hulle kinders se skole. Dit was tydens die onderhoud baie duidelik dat meeste van die gesinne se behoeftes finansiële van aard was.

Op grond van hierdie bevindinge blyk dit nodig te wees om gesinne wat hulle in soortgelyke omstandighede as die deelnemende gesinne aan hierdie studie bevind, te bemagtig met betrekking tot beskikbare sosiale ondersteuning. My aanbeveling is dat 'n program rakende sosiale ondersteuning ontwikkel word met die nodige riglyne oor hoe gesinne sosiale ondersteuning kan benut ten einde hulle sterker te maak teen die eise wat aan hulle gestel word. Dit is egter noodsaaklik dat hierdie program op 'n eenvoudige manier saamgestel en aangebied word sodat die deelnemende gesinne maksimum baat daarby kan vind. 'n Program word dus voorgestel wat gesinne op die onderstaande gebiede kanl ondersteun:

6.1.1 Ondersteuning op mikro-, meso- en makrovlak (vergelyk Tabel 5.1)

Sosiale ondersteuning vir 'n gesin met 'n MIV-positiewe lid sal op verskillende vlakke van die menslike ekostelsel nodig wees, naamlik die mikro-, meso- en makrovlakke. Hierdie komplekse terme en inligting sal egter op 'n eenvoudige manier aan hierdie teikengroep oorgedra moet word. Dit sal van waarde wees vir hierdie huishoudings om die volgende te verstaan, naamlik:

- om te kan onderskei tussen die verskillende vlakke en om presies te weet wat elke vlak of begrip beteken;
- om self te kan onderskei op watter vlak hulle as 'n gesin met 'n MIV-positiewe gesinslid funksioneer
- om te bepaal wat hulle verhoed om as gesin suksesvol op mikrovlak te kan funksioneer; en
- om te bepaal wat die gesin kan doen of nodig het om suksesvol of onafhanklik op mikrovlak te kan funksioneer.

6.1.2 Sosiale ondersteuning wat gesinne ontvang

Sosiale ondersteuning kom in verskillende vorme voor, naamlik affektiewe ondersteuning, praktiese ondersteuning en inligtingsondersteuning (Ciambrone, 2002). Affektiewe ondersteuning verwys na die gevoel van liefde, omgee en behoort aan wat deur ander gebied word, praktiese ondersteuning verwys na hulp met praktiese take, en inligtingsondersteuning verwys na die deel van inligting met mekaar (Friedland et al., 1996). Huishoudings met MIV-positiewe gesinslede moet op 'n eenvoudige vlak, deur middel van programme, opgelei word om hulle huishoudings in staat te stel om die volgende te bereik:

- om te kan onderskei tussen of die gesin afhanklik bly van ander mense of instansies en of hulle op hulle eie as 'n gesin funksioneer;
- om te kan onderskei tussen affektiewe, praktiese en inligtingsondersteuning;
- om die verband tussen affektiewe, praktiese en inligtingsondersteuning te verstaan;
- om die plek van die gesin in sosiale ondersteuning te verstaan; en
- om te bepaal wat 'n gesin kan doen of nodig het om suksesvol as 'n gesin sosiale ondersteuning aan die lede van hulle gesin te kan bied.

6.1.3 Gesinsveerkragtigheid en gesinsprosesse

Hawley en De Haan (1996) dui aan dat gesinsveerkragtigheid (vergelyk Tabel 5.4)

die pad is wat 'n gesin volg algaande hulle aanpas en floreer ten spyte van stressors of moeilike omstandighede, beide op die oomblik en met verloop van tyd. Kennis en opleiding in hierdie verband kan op 'n eenvoudige manier gebiedword aan gesinne met MIV-positiewe gesinslede om hulle so instaat te stel om die volgende te bereik:

- om te kan onderskei tussen individuele veerkragtigheid en gesinsveerkragtigheid;
- om te kan onderskei tussen al die gesinsprosesse wat gesinsveerkragtigheid moontlik maak; en
- om te bepaal wat hulle as 'n gesin kan doen of watter vaardighede hulle nodig het om deur middel van gesinsprosesse die vaardighede doeltreffend te kan benut om ná moeilike krisissituasies te herstel.

6.1.4 'n Sterktegebaseerde benadering

Die sterktegebaseerde benadering (vergelyk Tabel 5.5) aanvaar dat mense of gesinne aktief deel moet wees en verantwoordelikheid moet neem vir die oplossing en hantering van hulle krisissituasie of probleem.

Volgens die sterktegebaseerde benadering is individue of huishoudings waardevolle agente of deelnemers in hulle gemeenskap. Dit is daarom belangrik vir hierdie huishoudings met MIV-positiewe gesinslede om beter insig te kry in die volgende:

- om te besef dat hulle gesin die vermoë het om te groei en te verander, hulle moet kennis hê ten opsigte van hulle situasie en deel wees van die oplossing van die probleem - deur hulle vermoë om te groei en te verander;
- om te bepaal wat die reeds bestaande sterktes in hulle gesin is en hoe daar op hulle vaardighede voortgebou kan word om moeilike omstandighede en alledaagse uitdagings te kan hanteer; en
- om te bepaal wat hulle as 'n gesin kan doen om hulle behoeftes ten opsigte van sosiale ondersteuning (vergelyk Tabel 5.6) self, deur middel van 'n sterktegebaseerde benadering, te bevredig.

6.2 BEPERKINGE VAN HIERDIE NAVORSINGSTUDIE

Dit was 'n groot struikelblok om deelnemers vir hierdie studie te bekom aangesien daar steeds 'n baie groot stigma ten opsigte van MIV-infeksie onder die Xhosa-gemeenskap is. Hierdie studie moes ook die onderstaande beperkinge te bowe kom:

Die temas en sub-temas wat deur middel van tematiese ontleding geïdentifiseer is, is nie geverifieer nie. Die voorlopige resultate van tematiese ontleding kon dalk aangepas word deur die aanvanklike temas aan die deelnemers te stuur sodat hulle kon bevestig dat die temas akkuraat afgelei is vanuit die onderhoude. Ek was egter nie in staat om die getranskribeerde onderhoude aan die deelnemers te stuur om die akkuraatheid te bevestig nie, aangesien dit tydensgewys en demografies onmoontlik was.

Die feit dat 'n Xhosa-berader as tolk gebruik is waar individue nie vlot Engels of Afrikaans kon praat nie, het ook die onderhoudsvoering moeilik gemaak. Om hier te voorkom dat data verlore gaan, is die isiXhosa-onderhoude elektronies opgeneem, in isiXhosa getranskribeer en daarna na Engels vertaal. Dit het wel gehelp dat alles elektronies opgeneem is en direk getranskribeer is om te probeer verseker dat data nie verlore gaan nie. Daar is egter die moontlikheid dat die resultate anders kan lyk as al die deelnemers in hulle moedertaal met my as navorser kon kommunikeer tydens die onderhoude. Dit sou die deelnemers ook moontlik meer op hulle gemak gestel het tydens die onderhoude. Die feit dat 75% van die gesinsverteenvoerders wat aan die navorsing deelgeneem het, slegs laerskool- of gedeeltelike hoërskoolopleiding voltooi het, het die inhoud en woordeskat tydens onderhoude ook drasties beïnvloed aangesien sommige deelnemers ongeletterd was. Dit was moeilik vir hierdie individue om sekere begrippe te verstaan en ook om hulle gevoelens te verwoord.

6.3 AANBEVELINGS VIR TOEKOMSTIGE NAVORSING

Aangesien die huidige navorsing eksplorasie van aard was, het dit die weg gebaan vir toekomstige navorsing met betrekking tot huishoudings met 'n MIV-positiewe lid se gebruik van en behoefte aan sosiale ondersteuning. Aangesien die studie gefokus het op die gebruik van en behoefte aan sosiale ondersteuning onder Xhosa-huishoudings met MIV-positiewe gesinslede, word aanbeveel dat toekomstige navorsing voortbou op hierdie bevindinge en intervensies ontwikkel en implementeer vir huishoudings met MIV-positiewe gesinslede. Om meer veralgemeenbare resultate te verkry, word aanbeveel dat toekomstige navorsing meer verteenwoordigende deelnemers betrek. In die diverse Suid-Afrika sou soortgelyke studies in verskillende bevolkingsgroepe, woonagtig in verskillende gebiede, gedoen kan word.

Volgens die groenskrif oor gesinne (Green Paper on Families, 2011) is intervensies dringend nodig om gesinne te ondersteun om hulself te ondersteun.

... interventions are urgently required, in order to assist families to manage the existing crisis until they are able to revert to their own coping skills and systems. It is important that families that require support are not encouraged to depend on external support systems, but are assisted to become independent in their functions. Their innate strengths will serve as platforms for the intervention. (bl. 53)

Intervensies wat op strategieë staatmaak wat op die gesinne wat stres ervaar fokus, is baie nodig (Green Paper on Families, 2011). Hierdie navorsing het die behoefte aan intervensies en strategieë om huishoudings met MIV-positiewe gesinslede te ondersteun, uitgewys. Die bevindinge van hierdie navorsing kan vir verdere studies of deur die regering gebruik word om riglyne en beginsels met betrekking tot beskikbare sosiale ondersteuning te ontwikkel. Gesinne in Suid-Afrika kan so bemagtig word om aktief deel te wees en verantwoordelikheid te aanvaar vir die oplossing en hantering van hulle krisissituasie of probleem.

VERWYSINGSLYS

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1996). The sense of coherence: An historical and future perspective. *Medical Science*, 32, 170–178. Verkry by <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3282882/>
- Asante, K. O. (2012). Social support and the psychological wellbeing of people living with HIV/AIDS in Ghana. *African Journal of Psychiatry*, 15, 340–345. Verkry by <http://dx.doi.org/10.4314/ajpsy.v15i5.42>
- AVERT. (2011). *HIV and AIDS in South Africa*. Verkry by www.avert.org/his81_86.htm
- AVERT. (2015). *HIV and AIDS in South Africa*. Verkry by <http://www.avert.org/about-hiv-aids>
- Barnard, C. P. (1994). Resiliency: A shift in our perception? *American Journal of Family Therapy*, 22, 135–144.
- Bell, C. C. (2004). *Sanity of survival: Reflections on community mental health and wellness*. Chicago, IL: Third World Press.
- Belsey, M. (2005). *AIDS and the family: Policy options for a crisis in family capital*. New York, NY: United Nations Department of Economic and Social Affairs.
- Berkman, L., Glass, T., Brisette, I., & Seeman, T. (2000). From social integration to health: Durheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51(6), 843–857.
- Bono, G., & McCullough M. E. (2006). Positive responses to benefit and harm: Bringing forgiveness and gratitude into cognitive psychotherapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20, 147–158.
- Bor, R., & Du Plessis, P. (1997). The impact of HIV/AIDS on families: An overview of recent research. *Families, Systems & Health*, 15(4), 413–427. doi:10.1037/h0089837

- Boss, P. (2001). *Family stress management*. Newbury Park, CA: Sage.
- Brashers, D. E., Neidig, J. L., & Goldsmith, D. J. (2004). Social support and the management of uncertainty for people living with HIV or AIDS. *Health Communication, 16*(3), 305–331. doi:10.1207/S15327027HC1603_3
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*, 77–101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Centre for Disease Control and Prevention. (2011). Disparities in diagnoses of HIV infection between blacks/African Americans and other racial/ethnic populations. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 60*(1), 93–98.
- Centre for Disease Control and Prevention. (2013). Incidence, Prevalence, and Cost of Sexually Transmitted Infections in the United States. *National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention fact sheet, 1*, (1), 1–4.
- Ciambrone, D. (2002). Informal networks among women with HIV/AIDS: Present support and future prospects. *Qualitative Health Research, 12*(7), 876–896. doi:10.1177/104973202129120331
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (1997). The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children. *Development and Psychopathology, 9*, 797–815.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38*, 300–314.
- Cohen, S., & Syme, S. L. (1985). Issues in the application and study of social support. In S. Cohen & S. L. Syme (eds.), *Social support and health* (pp. 3–22). Orlando, FL: Academic Press.

- Cohen, S., & Willis, T. A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310–357.
- Cox, L. E. (2002) Social support, medication compliance and HIV/AIDS. *Social Work in Health Care*, 35(1), 425–460. doi:10.1300/J010v35n01_06
- Crowe, S., Cresswell, K., Robertson, A., Huby, G., Avery, A., & Sheikh, A. (2011). The case study approach. *BMC Medical Research Methodology*, 11, 100-105. Verkry by <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/11/100>
- De Bruyn, M. (1992). Women and AIDS in developing countries. *Social Science and Medicine*, 34(3), 561–571.
- De Matteo, D., Wells, L. M., Salter, R., & King, S. M. (2002). The family context of HIV: A need for comprehensive health and social policies. *Aids Care*, 14, 261–278.
- Departement van Gesondheid. (2009). *Departmental report*. Verkry by <https://ndoh.dhmis.org/owncloud/index.php/s/R5cmdp0gY4Fa43Z>
- Departement van Maatskaplike Ontwikkeling. (2011). Green Paper on Families: Promoting Family Life and Strengthening Families in South Africa. *Staatskoerant*, 34692. Kennisgewing 756 van 2011. Johannesburg: Department of Social Development.
- Despa, N. (2013). Social integration of people infected and affected by AIDS. *Social and Behavioral Sciences*, 76, 243–247. doi:10.1016/j.sbspro.2013.04.106
- De Vos, A. S., Strydom, H., Fouché, C. B., & Delpont, C. S. L. (2011). *Research at grass roots: For the social sciences and human service professions*. Pretoria: Van Schaik.
- Dohrenwend, B. S., & Dohrenwend, B. P. (1981). *Stressful life events and their contexts*. New York, NY: Prodist.
- Ebersön, L., & Elof, I. (2001). The implications of an asset-based approach to early intervention. *Perspectives in Education*, 19(3), 147–158.

- Edwards, L. V. (2006). Perceived social support and HIV/AIDS: Medication adherence among African American women. *Qualitative Health Research, 16*, 679-691. doi:10.1177/1049732305281597
- Eiman, U. (2009) *Veerkrachtigheidsfaktore in enkelouergesinne met 'n volwasse MIV-positiewe kind* (Ongepubliseerde MA-tesis). Universiteit Stellenbosch, Stellenbosch.
- Emlet, C. A. (2006). An examination of the social networks and social isolation in older and younger adults living with HIV/AIDS. *Health & Social Work, 31*(4), 300–308.
- Fausto, J.A., & Selwyn, P.A. (2011). Palliative Care in the Management of Advanced HIV/AIDS. *Primary Care: Clinics in Office Practice, 38*(2), 311-326. doi: 10.1016/j.pop.2011.03.010.
- Friedland, J., Renwick, R., & McColl, M. (1996). AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV. *Aids Care, 8*(1), 15–32. doi:10.1080/ 0954012 965012 5966
- Frude, N. (1991). *Understanding family problems: A psychological approach*. Chichester: Wiley.
- Gable, S. L., & Haidt, J. (2005). What (and why) is positive psychology? *Review of General Psychology, 9*(2), 103–110.
- Garnezy, N. (1984). *Stress resistant children: The search for protective factors. Recent research in developmental psychopathology: Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Oxford: Pergamon Press.
- Garnezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist, 34*(4), 416–430.
- Garnezy, N., Masten, A. S., & Tellegen, A. (1984). The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology. *Child Development, 55*, 97–111.

- Gelman, S.A. (2003). *The essential child: Origins of essentialism in everyday thought*. London: Oxford.
- Germain, C. B., & Gitterman, A. (1996). *The life model of social work practice: Advances in theory & practice*. New York: Columbia University Press.
- Gilbert, L., & Walker, L. (2010). Stigma as experienced by patients in an HIV/AIDS clinic in Johannesburg, South Africa. *Health and Social Care in the Community*, 18(2), 139–146.
- Gillham, J. E., & Seligman, M. E. P. (1999). Footsteps on the road to positive psychology. *Behaviour Research and Therapy*, 37, S163–S173.
- Gordon Rouse, K. A., Longo, M., & Trickett, M. (2000). *Fostering resilience in children*. Verkry by http://content.ag.ohiostate.edu/ohioline/b875/b875_5.html
- Gouws, R. H., & Odendal, F. F. (2000). *Verklarende Handwoordeboek van die Afrikaanse Taal*. Midrand: Perskor.
- Hawley, D. R. (2000). Clinical implications of family resilience. *American Journal of Family Therapy*, 28(2), 101–117.
- Hawley, D. R., & De Haan, L. (1996). Toward a definition of family resilience: Integrating life-span and family perspectives. *Family Process*, 35(3), 283–298. doi:10.1111/j.1545-5300.1996.00283.x
- Hill, R. (1949). *Families under stress: Adjustment to the crisis of war, separation, and reunion*. New York, NY: Harper.
- Hudson, A. L., Lee, K. A., Miramontes, H., & Portillo, C. J. (2001). Social interactions, perceived support and level of distress in HIV-positive women. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 16(1), 100–115.
- Hunter, S., & Williamson, J. (1997). *Children on the brink: Strategies to support children isolated by HIV/AIDS*. Arlington, VA: USAID.

- Jansen, J. M. (1994). *Stress patterns in families with physically disabled children* (Ongepubliseerde PhD-tesis). Universiteit van Port Elizabeth, Port Elizabeth.
- Jenkins, R. (1997). *Rethinking ethnicity: Arguments and explorations*. California: Sage.
- Jewkes, R. K., Levin, J. B., & Kekana, L. A. (2003). Gender inequalities, intimate partner violence and HIV preventative practices: Findings of South African cross-sectional study. *Social Science and Medicine*, *56*, 125–134.
- Johnson, L. C., & Yanca, S. J. (2007). *Social work practice: A generalist approach* (9de uitg.). Toronto: Allyn & Bacon.
- Kalichan, S. C., Dimarco, M., Austin, J., Luke, W., & Difonzo, K. (2003). Stress, social support and HIV-status disclosure to family and friends among HIV-positive men and women. *Journal of Behavioral Medicine*, *26*(4), 315–332.
- Landau, J. (2007). Enhancing resilience: Families and communities as agents for change. *Family Process*, *46*(3), 351–365.
- Landau, J., Cole, R., Tuttle, J., Clements, C. D., & Stanton, M. D. (2000). Family connectedness and women's sexual risk behaviors: Implications for the prevention/intervention of STD/HIV infection. *Family Process*, *39*, 461–475.
- Larson, J., Wilson, S., & Beley, R. (1994). The impact of job security on marital and emotional functioning in a community sample. *American Sociological Review*, *54*, 648–657.
- Lavigne, J., & Faier-Routman, J. (1992). Psychological adjustment to pediatric disorders: A meta-analytic review. *Journal of Pediatric Psychology*, *17*, 133–157.
- Lazarus, R. (1991). *Emotion and adaptation*. Cambridge: Oxford University Press.
- Lévi-Strauss, C. (1996). *Race, histoire et culture*. Verkry by http://www.unesco.org/courier/2001_12/fr/droits2.htm

- Lichtenstein, B. M. K., & Clair, J. M. (2002). Chronic sorrow in the HIV-positive patient: Issues of race, gender, and social support. *Aids Patient Care and STDs*, *16*(1), 27-38. doi:10.1089/108729102753429370
- Li, L., Wu, Z., Wu, S., Jia, M., Lieber, E., & Lu, J. (2008). Impacts of HIV/AIDS stigma on family identity and interactions in China. *Families, Systems, & Health*, *26*(4), 431–442. doi:10.1037/1091-7527.26.4.431
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA: Sage.
- Luthar, S., Cicchetti, D., & Becker, R. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, *71*, 543–562.
- Mason, J. (2002). Research methodology. *The Sage encyclopedia of social science research methods* (pp. 1021–1022). London: Sage.
- Masten, A. S., & Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist*, *53*, 205–220.
- Matthews, G., Bower, M., Mandalia, S., Powles, T., Nelson, M., & Gazzard, B. (2001) AIDS-related lymphoma in the era of HAART. *HIV Medicine*, *1*(3), 169-175. doi:10.1046/j.1468-1293.2000.00024-23.x
- McCubbin, H., & McCubbin, M. (1988). Typologies of resilient families: Emerging roles of social class and ethnicity. *Family Relations*, *37*, 247–254.
- McCubbin, H. I., & McCubbin, M. A. (1996). Typologies of resilient families: Emerging roles of social class and ethnicity. *Family Relations*, *37*(3), 247–250. Verkry by <http://www.jstor.org/stable/584557>
- McCubbin, H. I., McCubbin, M. A., Thompson, A. I., Han, S., & Chad, T. (1997). *Families under stress: What makes them resilient*. Verkry by <http://www.cyfernet.org/research.resilient.html>

- McCubbin, H. I., & Patterson, J. M. (1983). The family stress process: The double ABCX model of adjustment and adaptation. *Marriage and Family Review*, 6(1), 7–37.
- McCubbin, M. A. (1995). The typology model of adjustment and adaptation: A family stress model. *Guidance and Counseling*, 10(4), 31–36.
- McKenry, P. C., & Price, S. J. (1994). *Families and change*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Milstein, B. (2002). *Introduction to the Syndemics Prevention Network*. Atlanta, GA: Centre for Disease Control and Prevention.
- Musingafi, M., Rugonge, S., & Zebron, S. (2012). *HIV and AIDS management: Handbook for social science students in Sub-Saharan Africa*. Germany: LAP LAMBERT academic publishing GmbH & Co. KG and licensors
- Myers, D. G. (1999). *Close relationships and quality of life. Wellbeing: The foundations of hedonic psychology*. New York, NY: Russel Sage Foundation.
- Olshansky, S. (1962). Chronic sorrow a response to having a mentally defective child. *Social Casework*, 43(4), 190-193.
- Palinkas, L. A., Horwitz, S. M., Green, C. A., Wisdom, J. P., Duan, N., & Hoagwood, K. (2008). Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. *The Qualitative Report*, 13(4), 544–559. Verkry by http://www.researchgate.net/publication/258315317_Purposeful_Sampling_for_Qualitative_Data_Collection_and_Analysis_in_Mixed_Method_Implementation_Research
- Patterson, J. (1993). *The role of family meanings in adaptation to chronic illness and disability: Generic features of families under stress*. Baltimore, MD: Brookes.
- Patterson, J. M. (1988). Families experiencing stress. *Family Systems Medicine*, 6, 202–237.
- Patterson, J. M. (2002). Integrating family resilience and family stress theory. *Journal of Marriage and the Family*, 62(2), 349–364.

- Patterson, J. M., Leonard, B., & Titus, J. (1992). Home care for medically fragile children: Impact on family health and well-being. *Journal of Developmental and Behavioural Pediatrics, 13*(4), 248–255.
- Pequegnat, W., & Bray, J. H. (1997). Families and HIV/AIDS: Introduction to the special section. *Journal of Family Psychology, 11*(1), 3–10. doi:10.1037/0893-3200.11.1.3
- Phillips, K. D., & Morrow, J. (1998). Nursing management of anxiety in HIV infection. *Issues in Mental Health Nursing, 19*(4), 375–397.
- Pierret, J. (2000). Everyday life with AIDS/HIV: Surveys in the social sciences. *Social Science and Medicine, 50*, 1589–1598.
- Radloff, L. S. (1977). The CED-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1*, 385–401.
- Republic of South Africa. (1996). *Statutes of the Republic of South Africa: Constitutional law*. Constitution of the Republic of South Africa no. 108 of 1996.
- Republic of South Africa. (1998). *Statutes of the Republic of South Africa: Employment equity act*. Department of Labour. Employment equity act. no. 55 of 1998.
- Republic of South Africa. (1995). *Statutes of the Republic of South Africa: Labour Relations Act*. Department of Labour. Labour Relations Act. no. 66 of 1995.
- Republic of South Africa. (1995). *Statutes of the Republic of South Africa: Medical Schemes Act*. Department of Medicine, Dentistry and Pharmacy. Medical Schemes Act. no. 131 of 1995.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *The American Journal of Orthopsychiatry, 57*, 316–331.
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. *Journal of Family Therapy, 21*(2), 119–144.

- Ruud, K. W., Srinivas, S. C., & Toverud, E. L. (2009). Antiretroviral therapy in a South African public health care setting – facilitating and constraining factors. *Southern Medical Review*, 2(2), 29–34.
- Saleeby, D. (1996). The strengths perspective in social work practice: Extensions and cautions. *Social Work*, 41(3), 296–305.
- Scileppi, J. A., Teed, E. L., & Torres, R. D. (2000). *Community psychology: A common sense approach to mental health*. Upper Saddle, NJ: Prentice Hall.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5–14. doi:10.1037/0003066X.55.1.5
- Sheafor, B. W., Horejsi, C. R., & Horejsi, G. A. (2000). *Techniques and guidelines for social work practice* (5de uitg.). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Shippy, R. A., & Karpiak, S. E. (2005). The aging HIV/AIDS population: Fragile social networks. *Aging & Mental Health*, 9(3), 246–254. doi:10.1080/13607860412331336850
- Silliman, B. (1994). *Resiliency research review: Conceptual and research foundations*. New York: National Network for Family Resilience.
- Simchowit, B. (2004). *Social security and HIV/AIDS: Assessing “disability” in the context of ARV treatment*. Cape Town: Centre for Social Science Research University of Cape Town.
- Singer, M., & Clair, S. (2003). Syndemics and public health: Reconceptualizing disease in biosocial context. *Medical Anthropology Quarterly*, 17, 423–441.
- Smit, B. (2002). Atlasti for qualitative data analysis. *Perspectives in Education*, 20 (3), 1–5.
- Smith, P. N. (2006). *Resilience in Xhosa families* (Ongepubliseerde doktrale proefskrif). Universiteit Stellenbosch, Stellenbosch.

- Solon, O., & Barrozo, A. O. (1993). *Overseas contract workers and the economic consequences of HIV and AIDS in the Philippines*. New York: St. Martin's Press.
- Strauss, W. F. (2011) *Resilience factors in single parent families affected by HIV/AIDS* (Ongepubliseerde doktorsproefskrif). Universiteit Stellenbosch, Stellenbosch.
- Swendeman, D., Ingram, B. L., & Rotheram-Borus, M. J. (2009). Common elements in self-management of HIV and other chronic illnesses: An integrative framework. *AIDS Care*, 21(10), 1321-1334. doi: 10.1080/09540120902803158
- UNAIDS. (2010). *Report on the global AIDS epidemic*. Verkry by http://www.unaids.org/documents/20101123_GlobalReport_em.pdf
- UNAIDS. (2014). *Report on the global AIDS epidemic*. Verkry by <http://www.unaids.org/documents>
- UNESCO. (2013). *Education Sector HIV and AID Global Progress Survey: Progression, regression or stagnation?* France.
- Van Breda, A. (2001). *Resilience theory: A literature review*. Pretoria: Suid-Afrikaanse Militêre Gesondheidsdiens.
- Van Dyk, A. (2009). *HIV/AIDS – Care and counselling: A multidisciplinary approach* (4de uitg.). Cape Town: Pearson Education South Africa.
- Voyandoff, P., & Donnelly, B. W. (1988). *Economic distress, family coping, and quality of family life. Families and economic distress: Coping strategies and social policy*. Newbury Park, CA: Sage.
- Wallander, J., & Varni, J. (1998). Effects of pediatric chronic disorders on child and family adjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 39, 29–64.
- Walsh, F. (1996). The concept of family resilience: Crisis and challenge. *Family Process*, 35(3), 261–281. doi:10.1111/j.1545-5300.1996.00261.x

- Walsh, F. (1998). Belief, spirituality and transcendence: Keys to family resilience. In M. McGoldrick (ed.), *Re-visioning family therapy: Race, culture and gender in clinical practice* (pp. 62–77). New York, NY: Guildford Press.
- Walsh, F. (2003). *Normal family processes: Growing diversity and complexity* (3de uitg.). New York, NY: Guildford Press.
- Walsh, F. (2012). *Normal family processes* (4de uitg.). New York, NY: Gilford Press.
- Walsh, F., & McGoldrick, M. (Eds.). (1991). *Living beyond loss: Death in the family*. New York, NY: Norton.
- Watkins, P. C., Grimm, D. L. & Kolts, R. (2004). Counting your blessings: Positive memories among grateful persons. *Current Psychology*, 23, 52–67.
- Weiss, L., French, T., Finkelstein, R., Waters, M., Mukherjeem R., & Agins, B. (2003). HIV-related knowledge and adherence to HAART. *AIDS Care*, 15(5), 673–679.
- Werner, E. E. (1993). Risk, resilience and recovery: Perspectives from the Kauai longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 5, 503–515.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1982). *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York, NY: McGraw-Hill.
- WHO/UNAIDS/UNICEF. (2009). *HIV/AIDS interventions in the health sector, progress report*. Verkry by [http:// www.who.int /hiv/pub/2009 progress report/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/2009_progress_report/en/index.html)
- WHO.(2014). *HIV/AIDS interventions in the health sector, progress report*. Verkry by <http://www.who.int/features/factfiles/hiv/facts/en/index9.html>
- Wolin, S. J., & Wolin, S. (1993). *The resilient self: How survivors of troubled families rise above adversity*. New York, NY: Villard Books.
- Yin, R. K. (2003). *Case study research: Design and methods* (3de uitg.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Zungu-Dirwayi, N., Shisana, O., Louw, J., & Louw, P. D. (2007). Social determinants for HIV prevalence among South African educators. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 19(10), 1296–1303.
doi:10.1080/09540120701402871

Bylae A

SEMIGESTRUKTUREERDE ONDERHOUDSVRAE

Oop-einde vrae

- Van watter soorte hulp en ondersteuning maak julle as huishouding gebruik wat julle help om met jul lewens voort te gaan, terwyl julle 'n siek gesinslid het om te versorg?
- Watter behoeftes aan ondersteuning het julle as huishouding wat julle sal help om met die lewe voort te gaan, selfs al versorg julle 'n siek gesinslid?

Aan deelnemer: Sosiale ondersteuning is die hulp/goed/mense/plekke wat jul huishouding help om die siek persoon se MIV/VIGS te hanteer

Aansporingsvrae

Vertel my meer hieroor.

Gee voorbeelde om u antwoord te verduidelik.

As u aan ondersteuning vir u en die kinders dink, hoe sou u dit stel?

Gee een voorbeeld waar dit jul huishouding gehelp het.

Hoe gereeld maak julle as gesin van hierdie ondersteuning gebruik?

Bylae B**BIOGRAFIESE VRAELYS**

UNIVERSITEIT • STELLENBOSCH • UNIVERSITY
jou kennisvenoot • your knowledge partner

VOLTOOI ASSEBLIEF DIE VOLGENDE VRAE OF MAAK SLEGS 'N ✓ WAAR VAN TOEPASSING

1. Hoe lank is die individu al MIV-positief gediagnoseer? (in jare)

.....

2. Hoe lank is hierdie MIV-persoon al deel van die huishouding?

.....

3. Hoe lank kry die persoon al spesiale versorging (tyd en aandag) by hierdie huishouding en wat is u verhouding met die persoon?

.....

4. Wat is u huistaal? Afrikaans English Xhosa Ander

5. Hoeveel kinders is in die huishouding?

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|-----------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 of meer |
|---|---|---|---|---|-----------|

6. Hoeveel mense in u huishouding is met MIV geïnfecteer en wie woon almal saam met u?

.....

7. Hoogste opvoedkundige kwalifikasie wat u voltooi het ?

| | | | | |
|------------------------------|---|----------------------|-----------------------------------|----------------------|
| Universiteit/ gegradueerd | Tegnikon/ onderwys/ tegniese kollege/ | Hoërskool voltooi | Gedeeltelike hoërskool voltooi | Laerskool voltooi |
|------------------------------|---|----------------------|-----------------------------------|----------------------|

8. Hoe oud is die geïnfekteerde individu? Hoe oud is u?

9. Wat is u geslag? En die siek persoon se geslag?

10. Naam van dorp/woonbuurt/area

.....

11. Wat is u huidige beroep?

.....

12. Kerk of Godsdienstige groep waaraan u huishouding behoort?

.....

13. Hoeveel volwassenes in die huishouding het 'n werk?

.....

BAIE DANKIE VIR U SAMEWERKING.

Bylae C**TOESTEMMING VAN DIE MIV TOETSINGSORGANISASIE**

UNIVERSITEIT • STELLENBOSCH • UNIVERSITY
jou kennisvenoot • your knowledge partner

The use and availability of social support to households with an HIV-positive family member

I, Nicola Van Zyl, a student at Stellenbosch University would like to work with the @Heart organization during 2014 in order to collect data for my Masters degree (Psychology). @Heart is situated in Stellenbosch and their focus is HIV/Aids testing and counseling as well as TB support groups. My study will focus on the social support available for South African households with a HIV positive family member. One adult household representative, not the HIV-positive member, will be selected to represent the family. The representative will be interviewed to obtain his/her views about the use and availability of social support to the family.

I Lynette Radermeyer-Bosman (Manager of the @Heart organization) hereby allow Nicola Van Zyl permission to do her research within the @Heart organization, including available Counselors and Social Workers at the organization, in order to collect her data for her research project.

Signature _____

Date _____

27.5.2014

@ Heart
Reg. Stellenbosch Aids Action
019 368 NPO
Tel: +27 (0)21 808 2931

Date: 27.5.2014

Signature: _____

Bylae D

AFRIKAANSE INGELIGTE TOESTEMMINGSVORM



UNIVERSITEIT•STELLENBOSCH•UNIVERSITY
jou kennisvenoot • your knowledge partner

UNIVERSITEIT VAN STELLENBOSCH

DIE GEBRUIK VAN SOSIALE ONDERSTEUNING ONDER HUISHOUDINGS MET GESINSLEDE WAT AS MIV-POSITIEF GEDIAGNOSEER IS

U word hiermee uitgenooi om deel te neem aan 'n navorsingstudie deur Nicola van Zyl, 'n Meestersgraadstudent van die Departement Sielkunde aan die Universiteit van Stellenbosch. Die resultate van die studie sal deel van 'n navorsingsprojek uitmaak. U is as moontlike deelnemer aan die studie gekies omdat daar vir die doeleindes van hierdie studie beoog word om 12 Xhosa-huishoudings in die Boland te identifiseer waar 'n MIV-positiewe persoon in die huishouding woon. Die persoon met MIV/Vigs kan óf 'n kind óf volwasse persoon wees, maar die deelnemers met wie die onderhoude gevoer gaan word, sal nie MIV-positief wees nie en moet ouer as 18 jaar wees. Die maatstawwe vir deelname sal wees dat die lid van die huishouding wat gediagnoseer is in een van die volgende fases **van die MIV-siekte** moet wees: **fase drie (minder erg simptomatiese fase); fase vier (erg simptomatiese fase); fase vyf (VIGS, die ernstige simptomatiese fase)**. Dit is juis tydens hierdie laaste fases van die siekte wanneer die huishouding heel moontlik ingrypend beïnvloed word en waar sosiale ondersteuning van groot waarde kan wees.

DOEL VAN DIE STUDIE

Die spesifieke doelwitte van hierdie studie is om (1) die gebruik van sosiale ondersteuning vir MIV-huishoudings vanuit hul perspektief te beskryf; (2) die psigososiale behoeftes van MIV-huishoudings vas te stel; en (3) om aanbevelings te maak oor hoe om die ondersteuning vir MIV-huishoudings te bevorder.

1. PROSEDURES

Indien u instem om aan die studie deel te neem, sal die volgende gebeur:

U sal gevra word om aan 'n onderhoud met die navorser deel te neem. Die onderhoud sal by u huis plaasvind en hoogstens 'n uur lank duur. Eerstens sal die navorser 'n biografiese vraelys saam met u voltooi om die nodige inligting oor jul huishouding te verkry. Daarna sal twee vryantwoordvrae aan u gestel word asook 'n paar verdere korter vrae. Indien nodig, sal u aangemoedig word om op daardie antwoorde uit te brei. Onderhoude sal in Afrikaans of Engels gevoer word en 'n Xhosa-sprekende berader sal teenwoordig wees ingeval u nie vlot Afrikaans of Engels praat nie. U sal die geleentheid kry om aan die einde van die onderhoud vrae te vra oor enigiets waaroor u onseker voel of oor aspekte van die studie.

2. MOONTLIKE RISIKO'S EN ONGEMAK

Daar word 'n matige risiko voorsien vir deelname aan die studie, maar ongemak kan dalk aan die begin van onderhoude voorkom.

3. MOONTLIKE VOORDELE VIR DEELNEMERS EN/OF DIE SAMELEWING

Die onderhoud sal 'n positiewe bydrae lewer tot beter huishoudings, aangesien u as deelnemer bewus sal word van die sosiale ondersteuning wat julle reeds benut en dit sal julle ook toelaat om na te dink oor dinge wat julle help om bo julle omstandige uit te styg. Daar sal ook koepons uitgereik word aan almal wat deelneem.

4. VERGOEDING VIR DEELNAME

Daar sal geskenkbewyse van R40 vir kos verskaf word aan deelnemers wat bereid is om aan die studie deel te neem.

5. VERTROULIKHEID

Enige inligting wat deur die navorsing verkry word en wat met julle huishouding in verband gebring kan word, sal vertroulik bly en slegs met u toestemming bekend gemaak word, of soos deur die wet vereis. Vertroulikheid sal gehandhaaf word deurdat inligting slegs met die student se studieleier bespreek sal word. Die onderhoude sal op band opgeneem word en indien u as deelnemer dit versoek, kan u na die opname luister. Slegs die navorser sal toegang tot die bandopnames hê. Dit sal in 'n kas toegesluit word en die dokumentasie gestoor word op 'n rekenaar wat met 'n wagwoord beskerm word. Die data sal vernietig word nadat die studie voltooi is.

6. DEELNAME EN ONTTREKKING

U kan self besluit of u aan die studie wil deelneem of nie. Indien u instem om deel te neem, kan u uself ook te eniger tyd onttrek sonder enige nadelige gevolge. U kan ook weier om sekere vrae te antwoord, maar steeds aan die studie deelneem.

7. IDENTIFIKASIE VAN ONDERSOEKERS

As u enige vrae het, of as iets u oor die navorsing pla, staan dit u vry om in verbinding te tree met die navorser: Nicola Van Zyl: 083 235 5498, of haar studieleier Prof. Awie Greeff: 021 808 3463.

8. REGTE VAN DEELNEMERS

U kan te eniger tyd u instemming terugtrek en u deelname beëindig, sonder enige nadelige gevolge vir u. Deur aan die navorsing deel te neem, doen u geensins afstand van enige wetlike regte, eise of regsmeddele nie. Indien u vrae het oor u regte as deelnemer aan hierdie navorsing, skakel Me. Maléne Fouché [mfouche@sun.ac.za; 021 808 4622] van die Afdeling Navorsingsontwikkeling by die Universiteit van Stellenbosch. Indien u tydens die onderhoude enige ongemak ervaar, kan u Liezel Van Rooyen (kliniese sielkundige) kontak by 072 246 7505 of vir gratis sielkundige dienste kan u Margo Gelderbloem, die maatskaplike werker by die MIV-organisasie, skakel by 083 882 0673.

VERKLARING DEUR DEELNEMER OF SY/HAAR REGSVERTREENWOORDIGER

Die bostaande inligting is aan my, _____, gegee en verduidelik deur _____ in Afrikaans, Engels of isiXhosa, indien nodig, en ek _____ is dié taal magtig, of dit is bevredigend vir my getolk. _____ is die geleentheid gebied om vrae te stel en my vrae is tot my bevrediging beantwoord.

Ek stem hiermee vrywillig in om aan die studie deel te neem. 'n Afskrif van hierdie vorm is aan my verskaf.

Naam van deelnemer

Naam van regsvertegenwoordiger (indien van toepassing)

Handtekening van deelnemer of regsvertegenwoordiger

Datum

VERKLARING DEUR ONDERSOEKER

Ek verklaar dat ek die inligting in hierdie dokument vervat, verduidelik het aan

_____ en/of sy/haar regsverteenvoorder

_____. Hy/sy is aangemoedig en genoeg tyd gegee om vrae aan my te stel. Die gesprek is in *Afrikaans* gevoer en geen tolk is gebruik nie.

Handtekening van ondersoeker

Datum

Handtekening van berader

Datum

Goedgekeur: Subkomitee A, 25 Oktober 2004

Bylae E

ENGELSE INGELIGTE TOESTEMMINGSVORM



UNIVERSITEIT • STELLENBOSCH • UNIVERSITY
jou kennisvennoot • your knowledge partner

STELLENBOSCH UNIVERSITY

THE USE OF SOCIAL SUPPORT AMONG HOUSEHOLDS WITH MEMBERS WHO ARE DIAGNOSED AS HIV POSITIVE

You are hereby invited to participate in a research study conducted by Nicola Van Zyl, a Master's student from the Department of Psychology at Stellenbosch University. The results of the study will form part of a Master's research project. You have been selected as a possible participant in this study because, for the purposes of this study, we aim to identify 12 Xhosa households in the Boland where an HIV positive person resides. The person with HIV/Aids can be either a child or an adult. However, the participants with whom the interviews will be conducted will not be HIV positive and should be over 18 years of age. The criteria for participation will be that the diagnosed member of the household should be in one of the following stages **of the disease: stage three (less severe symptomatic stage); stage four (severely symptomatic stage); stage five (AIDS, severe symptomatic stage)**. Precisely during these last stages of the disease the household is influenced drastically and social support is of great value.

PURPOSE OF THE STUDY

The specific objectives of this study are (1) to describe the use of social support for HIV households from their perspective; (2) to determine the psychosocial needs of HIV households; (3) to make recommendations on promoting support for HIV households.

1. PROCEDURES

If you volunteer to participate in the study, the following will happen:

You are hereby asked to take part in a semi-structured interview with the researcher. The interview will take place at your home and take one hour at the most. First, you will complete a biographical questionnaire together with the researcher to obtain the necessary information about your household. Thereafter, two open-ended questions will be posed to you, as well as a few shorter questions. If necessary, you will be encouraged to expand on your answers. Interviews will be conducted in either English or Afrikaans, and a Xhosa-speaking counsellor will be present if you are not fluent in English or Afrikaans. At the end of the interview you will have the opportunity to ask questions about any uncertainties you may have or aspects of the study.

2. POSSIBLE RISKS AND DISCOMFORTS

There is moderate risk associated with participation in the study, since discomfort may occur at the beginning of the interviews.

3. POSSIBLE BENEFITS TO PARTICIPANTS AND/OR TO SOCIETY

The interview will make a positive contribution towards improving households as you will become aware of the

social support you use. This will also allow you to reflect on what enables you to rise above your circumstances. Food vouchers will also be handed out to all who participate.

4. COMPENSATION FOR PARTICIPATION

Gift vouchers of R40 for food will be provided to participants willing to participate in the study.

5. CONFIDENTIALITY

Any information provided during the interviews, and which relates to your household, will remain confidential. This information will only be disclosed with your permission or if required by law. Confidentiality will be maintained by discussing the information only with the student's supervisor. The interviews will be taped and you as participant will be allowed to listen to the recording, should you request it. The researcher alone will have access to the tape recordings and these recordings will be locked in a cabinet. In addition, the documentation stored on a computer will be password protected. The data will be destroyed after the research study has been completed.

6. PARTICIPATION AND WITHDRAWAL

You can decide whether you want to participate in the study or not. If you volunteer to participate, you are allowed to withdraw from the study at any time without any adverse effects. You may refuse to answer certain questions, but still participate in the study.

7. IDENTIFICATION OF INVESTIGATORS

If you have any questions or concerns about the research, please feel free to get in touch with the researcher: Nicola van Zyl 083 235 5498, or her supervisor Prof Awie Greeff: 021 808 3463.

8. RIGHTS OF PARTICIPANTS

You may withdraw your consent at any time and stop your participation, without any negative consequences. By participating in this research you do not give up any legal rights, claims or legal remedies. If you have queries about your rights as a participant in this research study, please contact Ms Maléne Fouché [mfouche@sun.ac.za; 021 808 4622] of the Division of Research Development at Stellenbosch University. If you experience any discomfort during the interviews you can contact Liezel van Rooyen (Clinical Psychologist) at 072 246 7505, or for free psychological services, contact Margo Gelderbloem, the social worker of the HIV organisation, at: 083 882 0673.

DECLARATION BY PARTICIPANT OR HIS/HER LEGAL REPRESENTATIVE

The information above was given and explained by

_____ in

Afrikaans and English or isiXhosa, where required, and I _____ am fluent in either Afrikaans,

English or isiXhosa, or the information was interpreted to my satisfaction. I

_____ was given the opportunity to ask questions and my questions have been answered to my satisfaction.

I hereby consent voluntarily to participate in the study. A copy of this form was given to me.

Name of participant

Name of legal representative (if applicable)

Signature of participant or legal representative

Date

STATEMENT BY INVESTIGATOR

I declare that the information in this document has been explained to the participant _____ and/or his/her legal representative _____. He/she was encouraged to ask questions and given sufficient time to ask any questions. This conversation was conducted in Afrikaans or English and no interpreter was used.

Signature of Investigator

Date

Signature of counsellor

Date

Approved: Subcommittee A, 25 October 2004

Bylae F

ISIXHOSA INGELIGTE TOESTEMMINGSVORM



UNIVERSITEIT • STELLENBOSCH • UNIVERSITY
jou kennisvennoot • your knowledge partner

**IYUNIVESITHI YASESTELLENBOSCH
IMVUME YOKUTHATHA INXAXHEBA KUPHONONONGO**

**UKUSETYENZISWA KWENKXASO YOLUNTU PHAKATHI KWEMIZI ENAMALUNGU ATHE
AXILONGWA AZE AFUNYANISWA ENE-HIV**

Uyamenywa ukuba uthathe inxaxheba kuphononongo lophando oluqhutywa nguNicola Van Zyl, umfundi owenza izifundo ze-Masters kwiSebe le-Psychology kwiYunivesithi yaseStellenbosch. Iziphumo zophando ziza kuba yinxalenye yeprojekthi yophononongo ye-Masters. Uye wakhethwa njengomntu onokuba ngumthathi-nxaxheba kolu phando kuba, ngeenjongo zolu phando, sineenjongo zokukhetha imizi eli-12 yaMaXhosa eBoland apho kuhlala khona umntu oneHIV. Umntu oneHIV/uGawulayo usenokuba ngumntana okanye ngumntu omdala. Noko kunjalo, abathathi-nxaxheba ekuzakwenziwa udliwano-ndlebe nabo abazukuba beneHIV kwaye kufuneka babe ngaphaya kweminyaka eli-18 ubudala. Inkqubo yokuthatha inxaxheba yile yokuba ilungu elithe laxilongwa lomzi lowo kufanele libe kwesinye sezi zigaba zilandelayo **zesifo: isigaba sesithathu (isigaba esineempawu ezingekho mandundu); isigaba sesine (isigaba esineempawu ezimandundu); isigaba sesihlanu (esikaGAWULAYO, nesineempawu ezimandundu)**. Ngokuthe ngqo kwezi zigaba zokugqibela zesifo umzi uphenjelelwa ngendlela ebukhali nenkxaso yoluntu ibaluleke kakhulu.

INJONGO YOPHANDO

Ezona njongo zolu phando zezi (1) kukucacisa ukusetyenziswa kwenkxaso yoluntu kwimizi enabantu abaneHIV ngendlela ababona ngayo; (2) kukufumanisa izidingo zengqondo nezokuhlala kwimizi enabantu abaneHIV; (3) kukwenza iziphakamiso ekukhuthazeni inkxaso kwimizi enabantu abaneHIV.

1. IMIGAQO

Ukuba uvolontiyela ukuthatha inxaxheba kuphando, kuza kwenzeka oku kulandelayo:

Uyacelwa ukuba uthathe inxaxheba kwinto engathi ludliwano-ndlebe nomphandi. Udliwano-ndlebe luza kuqhutywa ekhayeni lakho kwaye luza kuthatha iyure enye ubude. Okokuqala, uza kugcwalisa iphepha lemibuzo elingobomi bakho nomphandi ukuze kufunyanwe iinkcukacha eziyimfuneko ngomzi wakho. Emva koko, uza kubuzwa imibuzo emibini engafuni u-ewe okanye uhayi, kwanemibuzo embalwa emifutshane. Ukuba kuyimfuneko, uza kukhuthazwa ukuba unabe kwiimpandulo zakho. Udliwano-ndlebe luza kuqhutywa nokuba kungesiNgesi okanye ngesi-Afrikansi, kwaye umcebisi othetha isiXhosa uza kube ekhona ukuba awulociko lesiNgesi okanye lesi-Afrikansi. Ekupheleni kodliwano-ndlebe uza kubanethuba lokubuzwa imibuzo ngazo naziphina izinto ongaqinisekanga ngazo okanye imiba yophando.

2. IINGOZI EZINOKWENZEKA NOKUNGAZIVA UKHULULEKILE

Kukho ingozi ephakathi ezayanyaniswa nokuthatha inxaxheba kuphando, kuba kunokwenzeka ungaziva ukhululekile ekuqaleni kodliwano-ndlebe.

3. AMANCEDO ANOKUFUMANEKA KUBATHATHI-NXAXHEBA NA/OKANYE KULUNTU

Udliwano-ndlebe luza kwenza igalelo elihle ekuphuculeni imizi njengoko uzakuba nolwazi lwenkxaso yezokuhlala oyisebenzisayo. Oku kuza kwenza ukuba ukwazi ukucinga ngoko kukwenza woyise iimeko ozibona ukuzo. Ivawutsha zokutya nazo ziza kunikwa bonke abo baza kuthatha inxaxheba.

4. IMBUYEKEZO NGOKUTHATHA INXAXHEBA

Ivawutsha yesipho engama-R40 yokutya iza kunikwa abathathi-nxaxheba abazimisele ukuthatha inxaxheba kuphando.

5. UBUMFIHLELO

Nokuba zeziphina iinkcukacha ezinikezelwe kudliwano-ndlebe, nezinxulumene nekhaya lakho, ziza kugcinwa ziyimfihlo. Ezi nkcukacha ziza kuchazwa kuphela ngemvume yakho okanye ukuba umthetho ufuna njalo. Ubumfihlelo buza kugcinwa ngokuxoxa kuphela ngeenkcukacha nalowo wongamele umfundi. Udliwano-ndlebe luza kushicilelwa kwaye wena njengomthathi-nxaxheba uzakuvunyelwa ukuba uphulaphule ushicilelo, ukuba ungalucela. Ngumphandi kuphela oyakufikelela kushicilelo kwaye olu shicilelo luza kutshixelwa ekhabhathini. Ukongeza, amaxwebhu agcinwe kwikhompyutha azokukhuselwa ngepaswedi. Iinkcukacha ziza kutshatyalaliswa emva kokuba uphononongo lophando lugqityiwe.

6. UKUTHATHA INXAXHEBA NOKURHOXA

Ungathatha isigqibo sokuba ufuna ukuthatha inxaxheba kuphando okanye awufuni. Ukuba uvolontiyela ukuthatha inxaxheba, uvumelekile ukuba urhoxe kuphando nangaliphina ixesha ngaphandle kwayo nayiphina imiphumela emibi. Usenokungavumi ukuphendula imibuzo ethile, kodwa uqhube nokuthatha inxaxheba kuphando.

7. UKUZAZISA KWABAPHANDI

Ukuba unayo nayiphina imibuzo okanye iinkxalabo ngophononongo, nceda uzive ukhululekile ukuqhagamshelana nomphandi: uNicola van Zyl kule nombolo: 083 235 5498, okanye owongamele yena uNjingalwazi u-Awie Greeff: 021 808 3463.

8. AMALUNGELO ABATHATHI-NXAXHEBA

Ungayirhoxisa imvume yakho nangaliphina ixesha kwaye uyeke ukuthatha inxaxheba ngaphandle kokuba nazo naziphina iziphumo ezimbi. Ngokuthatha inxaxheba kolu phononongo awunikezeli ngawo nawaphina amalungelo asemthethweni, amabango okanye uncedo ngokwasemthethweni. Ukuba unayo nayiphina imibuzo ngamalungelo akho njengomthathi-nxaxheba kolu phononongo lophando, nceda uqhagamshelane noNksz. uMaléne Fouché [mfouche@sun.ac.za; 021 808 4622] weCandelo loPhuhliso loPhononongo kwiYunivesithi yaseStellenbosch. Ukuba uziva ungakhululekanga ngexesha kuqhutywa udliwano-ndleba ungaqhagamshelana noLiesel van Rooyen (i-Clinical Psychologist) kule nombolo: 072 246 7505, okanye iinkonzo zengqondo zasimahla, qhagamshelana noMargo Gelderbloem, unontlalo-ntle wombutho wabantu abaneHIV, kule nombolo: 083 882 0673.

ISIBHENGEZO ESENGIWA NGUMTHATHI-NXAXHEBA OKANYE LIGQWETHA LAKHE

Iinkcukacha ezingentla zikhutshwe zaze zacaciswa ngu,

Ngesi-Afrikansi nangesiNgesi okanye ngesiXhosa apho bekuyimfuneko kwaye mna

_____ ndinobuciko kwisi-Afrikansi okanye kwisiNgesi okanye kwisiXhosa, okanye

iinkcukacha zitolikwe ngokwanelisayo. Mna _____ ndilinike ithuba lokubuza imibuzo

kwaye imibuzo yam iphendulwe ngokwanelisayo.

Ngoko ke ndiyavuma ukuthatha inxaxheba ngokuzithandela kolu phando. Ikopi yale fomu ndiyinikiwe.

Igama lomthathi-nxaxheba

Igama legqwetha (ukuba liyafuneka)

Isignitsha yomthathi-nxaxheba okanye yegqwetha

Umhla

| |
|------------------------------------|
| INGXELO EYENZIWA NGUMPHANDI |
|------------------------------------|

Ndivakalisa ukuba iinkcukacha ezi kolu xwebhu zicacisiwe kumthathi-

nxaxheba_____

ne/okanye igqwetha lakhe _____. Uye wakhuthazwa ukuba abuze imibuzo waze wanikwa ithuba elaneleyo lokubuza nayiphina imibuzo. Le ncoko iqhutywe ngesi-Afrikansi okanye ngesiNgesi kwaye khange kusetyenziswe toliki.

Isignitsha yoMphandi

Umhla

Isignitsha yoMphandi

Umhla

Ivunywe: Liqumrhwana A, 25 Oktobha 2004

Bylae G

ETIESE KLARING



UNIVERSITEIT • STELLENBOSCH • UNIVERSITY
jou kennisvenoot • your knowledge partner

Approval Notice

Stipulated documents/requirements

17-Jul-2014

Van Zyl, Nicola N

Proposal #: HS1089/2014

Title: Die gebruik en behoefte aan sosiale ondersteuning onder huishoudings met gesinslede wat MIV-positief gediagnoseer is

Dear Ms Nicola Van Zyl,

Your **Stipulated documents/requirements** received on **16-Jul-2014**, was reviewed by members of the **Research Ethics Committee: Human Research (Humanities)** via Expedited review procedures on **17-Jul-2014** and was approved.

Sincerely,

Clarissa GRAHAM

REC Coordinator

Research Ethics Committee: Human Research (Humanities)

Bylae E

TURNITIN-VERSLAG

Turnitin Document Viewer - Google Chrome

https://turnitin.com/dv?o=654701529&u=1028357408&s=&student_user=1&lang=en_us

Sielkunde - Psychology - 879 (Moo... Turnitin MA Thesis - Proposal /Thesis Pa...

Originality GradeMark PeerMark

Nicola Voorstel 18 April
BY NICOLA VAN ZYL

turnitin 10% SIMILAR -- OUT OF 100

Match Overview

| Rank | Source | Similarity |
|------|--|------------|
| 1 | Submitted to University... Student paper | 9% |
| 2 | scholar.sun.ac.za Internet source | 1% |
| 3 | btf.co.za Internet source | 1% |

OPSOMMING

Die menslike immuuniteitsgebrekswirus (MIV) en verworwe immuuniteitsgebreksindroom (VIGS) het 'n ernstige uitwerking op die samelewing maar meer spesifiek op gesinne, want wanneer 'n lid van die huishouding siek word of uiteindelik sterf, ly almal in die gesin daaronder. Die MIV-epidemie versteur en ontwig dikwels die gesinstruktuur op 'n onherstelbare of ontstellende manier (Belsey, 2005).

Vir die doeleindes van hierdie studie is 12 Zoesa-huishoudings in die Boland geïdentifiseer waar 'n MIV-positiewe persoon deel van die huishouding was. Die persoon met MIV kon of 'n kind of 'n volwassene wees, maar die deelnemers met wie die onderhoude gevoer is, kon nie MIV-positief wees nie en moes ouer as 18 jaar wees. Kwalitatiewe data is tydens die navorsingstudies ingesamel en geanaliseer om sodoende die navorsingsvraag te beantwoord naamlik: *Watter vorme van sosiale ondersteuning word gebruik en watter behoeftes aan sosiale ondersteuning bestaan daar by huishoudings met 'n lid wat as MIV-positief geïdentifiseer is?*

Die spesifieke doelwitte van hierdie studie was om die gebruik van sosiale ondersteuning onder gesinne met 'n MIV-positiewe lid vanuit hulle perspektief te beskryf, om die behoeftes ten opsigte van sosiale ondersteuning onder gesinne met 'n MIV-positiewe lid te bepaal, en om aanbevelings ten opsigte van die bevordering van ondersteuning vir gesinne met 'n MIV-positiewe lid te maak.

PAGE: 5 OF 168

Text-Only Report