

**VEERKRAGTIGHEIDSFAKTORE IN ENKELOUERGESINNE MET 'N
VOLWASSE MIV-POSITIEWE KIND**

URSULA EIMAN



Werkstuk ingelewer ter gedeeltelike voldoening aan die vereistes vir die
graad van Magister in Lettere en Wysbegeerte (Voorligtingsielkunde) aan
die Universiteit van Stellenbosch

Studieleier: A P Greeff PhD

April 2006

VERKLARING

Ek, die ondergetekende, verklaar hiermee dat die werk in hierdie tesis vervat, my eie oorspronklike werk is wat nog nie vantevore in die geheel of gedeeltelik by enige ander universiteit ter verkryging van 'n graad voorgelê is nie.

.....

Handtekening

.....

Datum

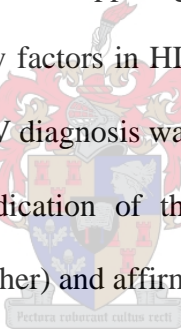


OPSOMMING

Gesinsveerkragtigheid verwys na die vermoë van gesinne om ten spyte van traumatiese gebeurtenisse of teenspoed na normale gesinsfunksionering terug te keer of selfs hoër vlakke van funksionering te bereik. Die fokus van hierdie ondersoek was om veerkragtigheidsfaktore in enkelouergesinne met 'n volwasse MIV-positiewe kind te identifiseer. Die *Resiliency Model of Family Stress, Adjustment and Adaptation* (McCubbin & Thompson, 1991) het as die teoretiese raamwerk by die opstel en uitvoering van die navorsing gedien. Beide kwalitatiewe en kwantitatiewe middele is in die dwarsnit navorsingsontwerp gebruik. Vyf-en-twintig enkelouers en hul MIV-positiewe kinders het onafhanklik sewe selfrapporteringsvraelyste voltooi. Die ouers het ook 'n biografiese vraelys voltooi en 'n ope vraag beantwoord. Kwalitatiewe bevindinge het aangedui dat godsdienstige geloof, MIV/VIGS ondersteuningsgroepe, intra-gesinsondersteuning en sosiale ondersteuning as belangrike veerkragtigheidsfaktore by MIV-positiewe gesinne beskou kan word. Kwantitatiewe resultate het getoon dat gesinsaanpassing in die teenwoordigheid van MIV/VIGS aangemoedig word deur toewyding ('n subskaal van gesinsgehardheid wat dui op die gesin se sin vir interne sterkte, afhanklikheid en hul vermoë om saam te werk) en ondersteunende kommunikasie tussen gesinslede.

SUMMARY

Family resilience refers to the ability of families to return to normal family functioning or even to reach higher levels of functioning after experiencing adversity. The focus of the present study was to identify resiliency factors in single parent families with an adult HIV infected child. The Resiliency Model of Family Stress, Adjustment and Adaptation (McCubbin & Thompson, 1991) served as the theoretical framework in the design and the execution of the research. Both qualitative and quantitative measures were used in this cross-sectional survey research design. Twenty five single parents and their HIV Positive children independently completed self-report questionnaires. The parents also completed a biographical questionnaire and answered an open-ended question. Qualitative findings indicated that religious beliefs, HIV/AIDS support groups, intra-familial support and social support could be regarded as resiliency factors in HIV Positive families. Quantitative results revealed that family adaptation to a HIV diagnosis was fostered by commitment (a subscale of family hardiness which gives an indication of the family's sense of internal strength, dependability, and ability to work together) and affirmative communication.



BEDANKINGS

Hiermee word dank en erkenning gegee aan:

Ons Hemelse Vader vir Sy krag, liefde en eindelose genade.

Prof Awie Greeff vir sy aanmoediging, leiding, insette en eindelose geduld.

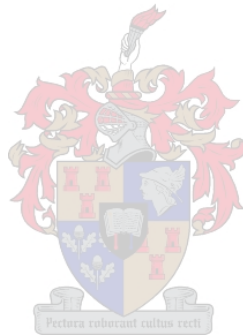
Dr Martin Kidd vir die statistiese verwerking van die data.

My ouers vir hul liefde, ondersteuning en aanmoediging.

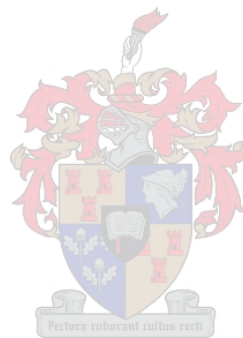
Charles vir sy liefde, geduld en volgehoue ondersteuning.

My klasmaats, Sharon, Lizé, Colleen, Anel, Lidia en Ayesha, op wie se nommer ek altyd kon druk.

Die lede van die Christanna MIV/VIGS-ondersteuningsgroep wat deelgeneem het aan die ondersoek.



Opgedra aan my oom, Christo Novel Pretorius (oorlede 20 Desember 2005), wie se lyding my groter insig in die stryd van Vigslyers gegee het.



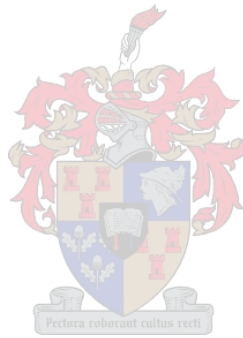
INHOUDSOPGAWE

LYS VAN TABELLE	viii
INLEIDING	1
METODE VAN ONDERSOEK	11
Deelnemers	11
Meetinstrumente	12
Prosedure	17
RESULTATE	19
BESPREKING EN GEVOLGTREKKINGS	23
VERWYSINGSLYS	31



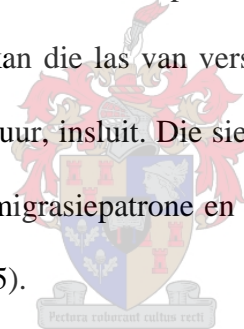
LYS VAN TABELLE

	Bladsy
1. Interne en Eksterne Hulpbronne soos deur die ouers gerapporteer (N=25)	20
2. Spearman-korrelasies tussen Gesinsveranderbaarheid (subskaal van FACI-8) en Potensiële Veerkrachtigheidsfaktore	21



INLEIDING

Binne twintig jaar nadat die menslike immuuniteitsgebrek virus (MIV) sy eerste slagoffers geëis het, het die getal geïnfekteerdes eksponensieel toegeneem van slegs 'n handvol tot byna 38 miljoen wêreldwyd (UNAIDS, 2004). Suid-Afrika word tans beskou as die land met die meeste (5.3 miljoen in Desember 2002) MIV/VIGS geïnfekteerdes (Abdool Karim & Abdool Karim, 2005). Volgens Whiteside en Sunter (2000) sal daar in Suid-Afrika teen 2006 net soveel mense aan VIGS sterf as aan alle ander oorsake. Dit is dus die mees gevreesde en vernietigende epidemie van ons tyd (Van Dyk, 2001) en die grootste uitdaging van die een-en-twintigste eeu (Abdool Karim & Abdool Karim, 2005). MIV/VIGS is meer as enige ander epidemie 'n gesin- en familiesiekte. Dit affekteer die kerngesin sowel as die uitgebreide familie wat almal die direkte en indirekte impak van die siekte beleef (Pequegnat & Szapocznik, 2000). Hierdie impak kan die las van versorging van die geïnfekteerde, sosiale stigma en emosionele ongemak verduur, insluit. Die siekte het ook 'n invloed op die gesin se struktuur, ekonomiese hulpbronne, migrasiepatrone en ontwikkelingslewensiklus (Rotheram-Borus, Flannery, Rice & Lester, 2005).



Die vernietigende impak wat die virus op individue, gesinne en gemeenskappe uitoefen, is reeds wyd nagevors (Kauffman & Lindauer, 2004; Manamela, 2002; UNAIDS, 2004; Webb, 1997; Whiteside & Sunter, 2000). Navorsing oor watter sterktes gesinne beskik wat hulle help om by die krisis (die MIV-diagnose) aan te pas en daarmee saam te leef, bestaan feitlik glad nie (McCubbin, Thompson, Thompson, & Futrell, 1999). Weens die negatiewe konnotasie wat gemeenskappe aan MIV/VIGS heg (Manamela, 2002; Rehm & Franck, 2000; Steinberg, Johnson, Schierhout & Ndegwa, 2002; Webb, 1997), word die geïnfekteerde persoon dikwels deur gesinne verwerp weens vrees vir stigmatisering. Verskeie ondersoeke identifiseer dus die gesin as 'n stressor vir die MIV-positiewe persoon en die ondersteunende rol wat die gesin wel speel, word dikwels onderbeklemtoon (McCubbin et al., 1999). Met die

verbetering in mediese behandeling, het MIV/VIGS 'n langtermyn chroniese siekte geword en gesinslede moet dikwels as versorgers van die geïnfekteerdes optree (Pequegnat & Szapocznik, 2000). Ondanks die uitdagings wat die siekte bied, is daar tóg gesinne wat nie hul geliefdes verwerp nie en met behulp van hul eie bronne en kwaliteite met die MIV-diagnose saamleef. Aangesien daar tans geen effektiewe mediese behandeling vir die siekte is nie, is psigososiale en gesinsintervensies baie belangrik in die hantering van die epidemie (Janosik & Green, 1992). Ondersoeke is dus nodig om vas te stel watter veerkragtigheidsfaktore gesinne help om die uitdagings wat MIV/VIGS bied, die hoof te bied.

Die fokus van hierdie ondersoek is om veerkragtigheidsfaktore in enkelouergesinne met 'n volwasse MIV-positiewe kind te identifiseer. Die identifisering van daardie sleutelfaktore of -prosesse wat tot veerkragtigheid by sulke gesinne bydra, kan gebruik word om ander gesinne te help wat nie oor sodanige eienskappe of vaardighede beskik nie. Dit kan ook terapeute en intervensieprogramme help om te fokus op inherente gesinsterktes en bevoegdhede, in plaas van om klem te lê op tekortkominge en probleme. Die terapeut kan gesinne in krisis help om onbenutte hulpbronne te mobiliseer. Kennis van die sleutelprosesse wat tot veerkragtigheid lei, kan ook voorkomend gebruik word om gesinne wat weerbaar is, meer veerkragtig te maak sodat hulle moontlike krisisse suksesvol kan hanteer.

Veerkrachtigheid kan gedefinieer word as die positiewe gedragpatrone en funksionele bevoegdheid wat gesinne in stresvolle of ongunstige situasies demonstreer en wat hulle help om te herstel of selfs hoër vlakke van funksionering te bereik (McCubbin, Thompson & McCubbin, 1996; Walsh, 1998). Dit is meer as bloot die oorlewing van 'n krisissituasie; dit stel gesinne in staat om van pynlike ervarings te herstel, weer beheer oor hul lewens te neem en vol, gelukkige lewens te lei. Die veerkragtigheidsbenadering sien nie gesinne in nood as beskadig (*damaged*) nie, maar sien die nood eerder as 'n uitdaging en erken die gesin se potensiaal om hulself te heel en te groei (Walsh, 1998). Volgens Patterson (2002) is

veerkragtigheid nie 'n stabiele kenmerk van gesinne nie, maar 'n kontinue proses. 'n Baie volledige definisie van Hawley en DeHaan (1996) beskryf gesinsveerkragtigheid as die pad wat 'n gesin volg soos dit aanpas en voorspoedig is in die teenwoordigheid van stres – sowel in die teenwoordige tyd as met die verloop van tyd. Veerkragtige gesinne reageer positief op hierdie toestande op unieke wyses, afhangende van die konteks, ontwikkelingsvlak, die interaktiewe kombinasie van risiko- en beskermingsfaktore en die gesin se gedeelde lewensuitkyk.

Fergusson en Lynskey (1996) erken ook die rol wat risiko- en beskermingsfaktore in die vlak van veerkragtigheid van 'n gesin speel. Beskermingsfaktore behels hulpbronne wat die potensiaal van veerkragtigheid verhoog deur as buffer teen teëspoed te dien. Dit kan onder andere bronne, vaardighede en vermoëns van gesinne insluit. Rutter is van mening dat beskermende faktore beskou moet word as verskillend van risikofaktore, en nie slegs as die afwesigheid daarvan nie, of laer vlakke van risikofaktore nie (aangehaal in Murry & Brody, 1999). Risikofaktore is faktore wat die potensiaal vir negatiewe uitkomst skep. Dit verwys onder andere na armoede, swak ouer-kind verhoudings of sielkundige en fisiese gebreke (Hawley & DeHaan, 1996). Veerkragtigheid het die grootste waarskynlikheid om teenwoordig te wees wanneer beskermende faktore hoog is en risikofaktore laag is (Rutter, 1999).

MIV/VIGS is sekerlik die één siekte wat gesinne se sterkte die meeste toets omdat dit unieke uitdagings aan gesinne stel (Pequegnat & Szapocznik, 2000). Die siekte word deur akute episodes, chronisiteit en agteruitgang gekenmerk wat uiteindelik tot die ontydige dood van die geïnfekteerde persoon lei (Janosik & Green, 1992). Die aanvang en progressie is relatief stadig. In Suid-Afrika verloop daar gemiddeld 'n periode van sewe tot tien jaar vanaf infektering tot die uiteindelijke dood van die persoon, indien geen medikasie gebruik word nie (Kauffman & Lindauer, 2004; Whiteside & Sunter, 2000). In hierdie tyd moet gesinne nie net die fisieke agteruitgang van die persoon hanteer nie, maar ook die emosionele kwessies wat

daarmee gepaard gaan. Die stigma wat daaraan gekoppel word, die mites en persepsies van mense rondom die siekte, die ongeneeslikheid daarvan en die lyding van diegene wat aan VIGS sterf, veroorsaak dat gesinne moeilik die diagnose verwerk en aanvaar (Abdool Karim & Abdool Karim, 2005; Janosik & Green, 1992; Kauffman & Lindauer, 2004; Webb, 1997).

Die MI-virus val die liggaam se immuniteitstelsel aan en vernietig dit geleidelik. Dit teiken die CD4-limfosiet wat verantwoordelik is vir die koördinerende van aanvalle van witbloedliggaampies en teenliggaampies op virusse en ander indringers in die bloedstroom. Die MI-virus besit die vermoë om nie deur die CD4-selle as indringers herken te word nie. Gevolglik dring dit die CD4-selle maklik binne en dwing die sel om replikas van die virus te maak. Hierdie nuut gevormde MI-virusse bars dan uit die CD4-sel om nuwe selle te soek. Die CD4-sel sterf dan, wat die persoon se immuniteitstelsel verswak (Miller & Robert, 2005). 'n Verswakte immuniteitstelsel stel 'n persoon bloot aan geleentheidsinfeksies wat nie gewoonlik 'n siekte in 'n gesonde persoon nie veroorsaak nie. Dit buit egter die geleentheid uit om siekte te veroorsaak in persone wie se immuniteitstelsel deur die MI-virus verswak is. Tuberkulose, herpes zoster, longontsteking en Kaposi se sarkoma (*Kaposi's sarcoma*) is voorbeelde van sulke opportunistiese siektes (Van Dyk, 2001). Die siekte gaan deur verskillende fases wat strek vanaf die primêre infeksiefase tot die VIGS-fase. Afhangende van die fase waarin die geïnfekteerde verkeer, kan hy/sy relatief gesond voorkom of bedlêend en afhanklik van versorging wees. Met die moderne medikasie beskikbaar, kan persone wat reeds die VIGS-fase bereik het en ernstig siek is, selfs terugbeweeg na minder simptomatiesse fases (Abdool Karim & Abdool Karim, 2005).

Die MI-virus kan oorgedra word deur onbeskermdes seksuele kontak, borsvoeding, binne-aarse dwelmgebruik met besmette naalde en kontak met besmette bloed. Swanger vroue kan dit ook aan hul ongebore babas oordra (Whiteside & Sunter, 2000). Die manier waarop die

virus oorgedra is, speel dikwels 'n rol in hoe aanvaardend die gesin teenoor die geïnfekteerde persoon optree (McCubbin et al., 1999).

Die impak wat MIV/VIGS het, strek baie verder as slegs die fisieke agteruitgang van die geïnfekteerde persoon. Dit kan ook 'n rampspoedige uitwerking op huishoudings se finansies hê (Kauffman & Lindauer, 2004). Armer gesinne blyk slegter daaraan toe te wees as ryker gesinne, omdat dit groter mediese uitgawes beteken wat die gesin nie kan bekostig nie (Verenigde Nasies, 2004). Verder lei dit dikwels ook tot 'n geleidelike verandering in die samestelling van gesinne met die verdwyning van 'n geslag ouers, sodat net grootouers en kinders agterbly (Abdool Karim & Abdool Karim, 2005; Steinberg et al., 2002; Verenigde Nasies, 2004). Die MIV-infeksie kan ook tot groter ongeletterdheid lei, omdat baie kinders (veral jongmeisies) vroeg die skool moet verlaat om na siek volwassenes in die gesin om te sien. Verder plaas dit druk op die uitgebreide gesinsnetwerk (Steinberg et al., 2002) omdat almal op een of ander manier geïnfekteer word. Om hierdie negatiewe effek van die virus te verminder, is dit noodsaaklik dat gesinne van hul eie sterktes bewus moet raak of nuwe vaardighede (veerkragtigheidsfaktore genoem) moet ontwikkel (Walsh, 1998).

Walsh (1998) het op grond van verskeie ondersoeke oor veerkragtigheid sekere sleutelprosesse geïdentifiseer wat 'n rol in gesonde gesinsfunksionering speel. In plaas daarvan om 'n bloudruk van die veerkragtige gesin te verskaf, kan enige gesin hierdie hulpbronne of prosesse binne hul eie gesin identifiseer of ontwikkel om hulle sodoende deur moeilike tye te help (Silberberg, 2001). Deur veerkragtigheid as 'n proses in stede van 'n statiese kenmerk te beskou, veronderstel dat die prosesse enige tyd deur 'n kwesbare gesin aangeleer kan word (Flach, in Jacelon, 1997). Walsh se raamwerk oor gesinsveerkragtigheid kan gebruik word om kliniese intervensie en voorkoming met kwesbare gesinne te doen. Indien gesinne hul eie hulpbronne kan mobiliseer, kan dit hulle help om toekomstige teenspoed suksesvol die hoof te bied (Walsh, 2002). Walsh se prosesse help dus met die

genesing en bemagtiging van gesinne. Gesinsveerkragtigheid word volgens Walsh se raamwerk deur drie elemente beïnvloed, naamlik die gesin se geloofstelsels (*belief systems*), organisasiepatrone (*organisation patterns*) en kommunikasieprosesse (*communication processes*) (Walsh, 1998). Walsh se model van veerkragtigheid dien as metaraamwerk in hierdie ondersoek en kan ook in verskillende intervensie metodes gebruik word (Walsh, 2002).

Walsh (1998) beskou geloofstelsels as die kern van gesinsfunksionering en 'n magtige faktor in veerkragtigheid. Die elemente opgesluit in geloofstelsels is: die vind van betekenis in die teenspoed, 'n positiewe lewensuitkyk, en geestelike. Mense hanteer krisisse beter indien hulle betekenis in die teenspoed kan vind. 'n Positiewe lewensuitkyk help gesinne om optimisties te bly ten spyte van die krisis. Dit vestig hoop, gee aan gesinne die gevoel dat hulle probleme die hoof kan bied, maar help ook gesinne om dít wat hulle nie kan verander nie, te aanvaar (Walsh, 2003).

Geloofstelsels is veral noodsaaklik vir die gesonde funksionering van gesinne wat 'n MIV-geïnfekteerde lid het, omdat daar tans geen kuur vir die siekte bestaan nie en gevolglik dus geen hoop op genesing is nie (Manamela, 2002). Thompson (in McCubbin et al., 1999) het bevind dat moeders wat omgesien het na hul volwasse MIV-positiewe kinders, die ervaring positief kon verwerk omdat hulle saam met die res van die gesin geestelike betekenis kon vind in hul moeilike omstandighede. Wanneer gesinslede dieselfde oortuiging (*beliefs*) het, help dit hulle om meer opsies vir probleemoplossing te genereer. So word heling en groei aangemoedig. Veerkragtige gesinne sien teenspoed as 'n gedeelde uitdaging en probeer om krisisse te verstaan as normale gebeure in 'n gesin se lewensiklus (Walsh, 1998). Die belangrikheid van die rol wat geestelike en geloofspraktyke in die hantering van 'n MIV-diagnose speel, word in verskeie ondersoeke beklemtoon (Manamela, 2000; McCubbin et al., 1999; Miller & Robert, 2005; Rehm & Franck, 2000). Die kerk, gebed en ondersteuning van

kerkgroepe help gesinne om sin te maak uit die gebeurtenis. Sommige gesinne word deur hul nood gedwing om meer betrokke by die kerk te raak, by 'n geestelike ondersteuningsgroep aan te sluit of om geestelike rituele uit te voer (McCubbin et al., 1999; Rehm & Franck, 2000).

Die gesin se organisasiepatrone ondersteun die integrasie van die gesinseenheid. Hierdie patrone definieer verhoudings en reguleer gedrag (Walsh, 1998). Met gesinsorganisasie word bedoel dat gesinne geheg aan mekaar moet wees, maar tog 'n buigbare struktuur moet hê en sosiale en ekonomiese hulpbronne moet kan mobiliseer (Walsh, 2003). Volgens die gesinsveerkragtigheidsmodel van McCubbin en McCubbin (1996) het veerkragtige gesinne 'n hoë mate van gehegtheid en veranderlikheid of buigbaarheid. Beide faktore is dus van kardinale belang vir die effektiewe funksionering van 'n gesin (Hawley & DeHaan, 1996). Buigbaarheid verwys na die gesin se vermoë om aan te pas by veranderende ontwikkeling- en omgewingseise. 'n Dinamiese ewewig moet gehou word tussen stabiliteit en verandering ten einde 'n stabiele gesinstruktuur te behou, terwyl verandering toegelaat word om uitdagings die hoof te bied. Gehegtheid (*connectedness*) kan beskryf word as die emosionele band tussen gesinslede (Walsh, 1998). Veerkragtigheid word versterk deur wedersydse ondersteuning, samewerking en toewyding in moeilike omstandighede (Walsh, 2003).

MIV/VIGS is sekerlik die één siekte wat gesinsorganisasie totaal omver kan gooi. Dikwels moet ouers as versorgers van hul volwasse MIV-positiewe kinders optree, of jeugdiges moet verantwoordelikheid vir huishoudings aanvaar waar die ouers geïnfekteer is (Janosik & Green, 1992). Rolle moet dan gherdefinieer word en grense moet verskuif word, terwyl 'n mate van stabiliteit (deur byvoorbeeld gesinsroetines te behou) behou moet word. Veerkragtige gesinne reik uit na ander in tye van krisis, terwyl geïsoleerde gesinne dit moeiliker vind om 'n krisis te hanteer (Walsh, 1998). In die ondersoek van Steinberg et al. (2002) was MIV-gesinne in Suid-Afrika, wat uitgereik het na Nie-Regeringsorganisasies, se

algemene funksionering baie beter as dié van huishoudings wat nie om hulp aangeklop het nie. Deelnemende gesinne wat finansiële hulp ontvang het van die staat en Nie-Regeringsorganisasies, het dit as waardevolle ondersteuning beleef. 'n MIV/VIGS-diagnose kan aanleiding gee dat relatief ryk gesinne binne 'n betreklike kort tydperk relatief arm gesinne word (Barnett & Whiteside, in Rotheram-Borus et al., 2005), veral indien die geïnfekteerde persoon die broodwinner van die gesin is. Dus moet die belangrikheid van finansiële sekuriteit van gesinne nie as veerkragtigheidsfaktor onderskat word nie (Walsh, 2003). Sosiale ondersteuning en 'n sterk verbintenis tussen gesinslede help ook geïnfekteerde homoseksuele pare om met die virus saam te leef (Haas, 2002).

Kommunikasieprosesse vestig veerkragtigheid deur duidelikheid in krisissituasies te bring, vrye emosionele uitdrukking aan te moedig en gesinne te help om gesamentlik probleme op te los (Walsh, 2003). In goed funksionerende gesinne is kommunikasie direk, duidelik, spesifiek en eerlik (Walsh, 1998). Sensitiewe, oop en direkte kommunikasie oor 'n verskeidenheid sake is van uiterste belang in gesinne wat met 'n chroniese siekte saamleef (Rolland, in Gordon & Perrone, 2004). Effektiewe kommunikasie is nodig om moeilike of sensitiewe gevoelens te identifiseer en te normaliseer. Oop kommunikasie, ondersteun deur vertroue, empatie en verdraagsaamheid teenoor verskille, stel gesinslede in staat om 'n verskeidenheid gevoelens, ontlok deur die krisis, met mekaar te deel. 'n MIV-diagnose kan baie vrae in gesinne laat ontstaan en komplekse emosies opwek. Emosies kan wissel van skok, woede, vrees, blamering tot 'n algemene gevoel van angsk en onsekerheid (Janosik & Green, 1992; McCubbin et al., 1999; Rehm & Franck, 2000). Dit kan selfs ou wonde in gesinne oopkrap, wat saam met die nuwe krisis hanteer moet word (Janosik & Green, 1992). Soms kan ander kinders in die gesin afgeskeep voel as 'n ouer te veel aandag aan die MIV-positiewe kind gee (McCubbin et al., 1999). Dit is dus noodsaaklik dat sulke gesinne effektiewe kommunikasie handhaaf om al die emosies te erken en vrae te bespreek. Dit

verhoed dat gevoelens onderdruk word, wat dan tot die agteruitgang van die gesin kan lei (Walsh, 1998).

McCubbin en Patterson (1983) het 'n veerkrachtigheidsmodel voorgestel wat verduidelik hoe verskillende faktore, in aansluiting by gesinsprosesse soos deur Walsh (1998) beskryf, die gesin se aanpassing en aangepastheid in stresvolle omstandighede, beïnvloed. Die *Resiliency Model of Family Stress, Adjustment and Adaptation* (die Veerkrachtigheidsmodel) is gebaseer op die werk van Reuben Hill, wie se ABCX-model probeer verklaar waarom gesinne wat met dieselfde stressors gekonfronteer word, in hul aanpassingsvermoë varieer (Hawley, 2000). Volgens Hill se model hang die gesin se vermoë om potensiële stressors of 'n krisis te hanteer, af van drie faktore: A (die stressor), B (die gesin se hulpbronne of sterktes) en C (die gesin se interpretasie of persepsie van die stressor) (McKenry & Price, 1994). Die ABCX-model is deur McCubbin en Patterson (1983) aangepas om die dubbele ABCX-model te vorm. Laasgenoemde -model werp lig op aanpassing ná 'n krisis en neem ook ander lewensgebeure in ag wat terselfdertyd 'n uitwerking op die gesin se hulpbronne het. Hierdie addisionele stressors word ophoop-stressors genoem en tree met die gesin se aanpassingsvermoë in wisselwerking. 'n Voordeel van die Dubbele ABCX-model is dat dit funksionering binne gesinskonteks beskryf en hanteringsgedrag, -patrone en -strategieë in gesinstres-teorie bekend stel.

Die *Resiliency Model of Family Stress, Adjustment and Adaptation* (FAAR) het ontwikkel as 'n natuurlike uitbreiding op die Dubbele ABCX-model, met die klem op die beskrywing van die prosesse betrokke by die gesin se pogings om 'n ewewig te skep tussen beskikbare bronne en die betrokke eise aan hulle gestel (McCubbin et al., 1996). Die belangrikheid van tipologieë as gevestigde funksioneringspatrone tydens gesinaanpassing is geïdentifiseer, wat gevolglik gelei het tot die ontwikkeling van die *Typology Model of Family Adjustment and Adaptation*. McCubbin en McCubbin (1989) het hierdie model ontwikkel wat

die gesin se respons op lewensveranderinge in terme van twee fases beskryf; die verstellingsfase en die aanpassingsfase.

Die mees onlangse, uitgebreide weergawe van die model, die *Resiliency Model of Stress, Adjustment and Adaptation* (McCubbin et al., 1996) verduidelik die proses van aanpassing ná 'n krisissituasie. Hierdie model beklemtoon die aktiewe prosesse waaraan gesinne deelneem om gesinseise te balanseer met die gesin se vermoëns, soos wat dit in interaksie is met die betekenis wat gesinne aan gebeure heg, om uiteindelik by gesinsaangepastheid uit te kom (Patterson, 2002). Binne die Gesinsveerkrachtigheidsmodel word veerkrachtigheid as die teenwoordigheid van twee verwante, maar tog onderskeibare prosesse, naamlik verstelling (*adjustment*) en aanpassing (*adaptation*), gesien. Verstelling verwys na die invloed van sekere beskermingsfaktore om die gesin deur die krisis te help. Dit behels fasilitering van die gesin se vermoë, en pogings in die handhawing van sy integriteit, funksionering en uitvoering van ontwikkelingstake wanneer die gesin gekonfronteer word met risikofaktore. Gemotiveer deur die spanning veroorsaak deur die krisis, sal die gesin dus sy patrone en funksionering verstel ten einde harmonie en ewewig te herstel.

Aanpassing verwys na die funksionering van herstelfaktore wat die gesin se vermoë bevorder om terug te bons en in krisissituasies aan te pas. Aanpassing sluit in die proses van verandering van die omgewing, die gemeenskap en die gesin se verhoudings met die gemeenskap, ten einde die gesin se harmonie, ewewig en welsyn te herstel (McCubbin et al., 1996). Gevolglik het gesinsveerkrachtigheidsnavorsing gefokus op die identifisering van beskermingsfaktore wat nodig is vir verstelling in die teenwoordigheid van risikofaktore, sowel as die herstelfaktore noodsaaklik vir gesinsaanpassing in verskillende krisissituasies (Greeff & Human, 2004). McCubbin et al. (1996) beklemtoon egter dat alhoewel gesinne in sowel die verstellingsfase en aanpassingsfase van die Veerkrachtigheidsmodel bestudeer is, dui min resultate op die afsonderlike beklemtoning van elke aspek.

Navorsing oor veerkragtigheidsfaktore in Suid-Afrikaanse gesinne wat met MIV/VIGS saamleef, is uiters beperk. Aangesien MIV/VIGS 'n epidemie is wat miljoene gesinne wêreldwyd raak (WHO, 2004), kan kwesbare gesinne versterk word indien vasgestel kan word watter hulpbronne tot die suksesvolle aanpassing van gesinne by die siekte lei. Die doel van hierdie ondersoek is dus om veerkragtigheidsfaktore (soos in Walsh (1998) se raamwerk beskryf) te identifiseer wat enkelouergesinne met 'n volwasse MIV-positiewe kind help om suksesvol by die siekte aan te pas.

METODE VAN ONDERSOEK

'n Eenmalige dwarsnitopname navorsingsontwerp is gebruik om faktore wat verband hou met gesinsveerkragtigheid te identifiseer en te beskryf. Selfrapporteringsvraelyste is afsonderlik deur verteenwoordigers van die gesin ('n ouer en die MIV-positiewe kind) voltooi.

Deelnemers

'n Totaal van 25 gesinne het aan die opname deelgeneem. Die deelnemers het bestaan uit 'n ouer en 'n ongetroude volwasse kind met 'n MIV-positiewe diagnose, wat nog by sy/haar ouer inwoon. Die MIV-positiewe kinders moes gedurende die tydperk 1 Januarie 2002 tot 31 Januarie 2004 van hul diagnose kennis geneem het. Die kind se MIV-status moes vir ten minste ses maande aan die gesin bekend wees. Die minimum tydperk van ses maande is gekies om gesinne tyd te gee om aan te pas by die diagnose. Al 25 gesinne was woonagtig in Upington in die Noord-Kaap. Die gesinne was lede van 'n ondersteuningsgroep vir MIV/VIGS geïnfekteerdes en geïnfekteerdes. Daar is op hierdie ondersteuningsgroep besluit omdat hulle MIV-status nie meer 'n geheim was vir hul gemeenskappe nie en hulle bereid was om openlik daaroor te praat.

Die gemiddelde ouderdom van die ouers was 64 jaar en 3 maande en dié van die geïnfekteerde kinders 34 jaar en 3 maande. Dit is opmerklik dat 24 ouers (96%) en 17 kinders

(68%) wat deelgeneem het, vroulik was. Slegs een ouer was 'n wewenaar, drie was vervreemd, sewe was enkel en veertien was weduwees. Die meeste ouers (17) wat deelgeneem het aan die ondersoek, het slegs 'n basiese laerskoolonderwys gehad; drie het tot in graad 8 gevorder, vyf tot graad 7, een tot graad 6, drie tot graad 5, twee tot graad 4 en drie het graad 2 geslaag. Agt ouers het glad nie skoolopleiding van enige aard gehad nie. Slegs twee ouers het ten tye van die opname 'n permanente werk gehad. Die bruto inkomste van die meeste gesinne (20) was minder as R2001 per maand. Dit is minder as die gemiddelde jaarlikse inkomste van R29 000 per jaar vir die deursnee Suid-Afrikaanse gesin (Statistiek Suid-Afrika, 2000). Daar was gemiddeld ses lede per gesin. Al die deelnemers was Afrikaanssprekend.

Meetinstrumente

'n Biografiese vraelys is saamgestel om inligting te bekom oor gesinsamestelling, opvoedkundige peil, werkstatus, huwelikstatus, inkomstegroep en die MIV-status van die gesinslede. Die vraelys het ook 'n ope vraag ingesluit waarmee die respondente se mening gevra is rakende die faktore wat hulle dink hulle tydens die krisistydperk gehelp het.

McCubbin, Thompson en Elver het die *Family Attachment and Changeability Index (FACI8)* aangepas vanuit die *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales*. Die skaal meet die aangepastheid en funksionering van gesinne (McCubbin et al., 1996). Die vraelys bestaan uit 16 5-punt Likert-skaal items wat in twee subskale (ag items elk) verdeel is. Die subskale is gehegtheid (*attachment*) en veranderbaarheid (*changeability*). Gehegtheid verwys na die mate waartoe gesinslede emosioneel aan mekaar geheg is. Gesinne wat betekenisvol emosioneel aan mekaar geheg is, is gewoonlik oop vir die bespreking van sake, voel na-aan mekaar, doen dinge saam en wil by mekaar betrokke wees. Die gehegheidskaal se items is negatief geformuleer met die gevolg dat omgekeerde waardetoekenning toegepas word sodat 'n hoë telling altyd verteenwoordigend is van goeie gesinsfunksionering. Gesinne

wat as veranderbaar beskryf kan word, besit die vermoë om die reëls binne die gesin aan te pas of te verander. Sulke gesinne kan hul grense en rolle verander ten einde gesinslede in krisistye te akkommodeer (McCubbin et al., 1996). In die vraelys moet deelnemers aandui hoe gereeld (vanaf nooit tot altyd) 'n bepaalde gebeurtenis in hul huishouding voorkom. Voorbeelde van stellings sluit in, “*Gesinslede vermy mekaar by die huis*”, en “*Dissipline is regverdig in ons gesin*”. Die vraelys is ontwikkel om deur sowel ouers en hul kinders voltooi te kan word. McCubbin et al. (1996) doen verslag oor interne betroubaarheidskoëffisiënte vir die gehegheidskaal van .73 vir kinders en .75 vir ouers en vir die veranderbaarheidskaal word betroubaarheidskoëffisiënte van .80 vir kinders en .78 vir ouers (Cronbach se alpha) aangedui. Die geldigheid van die skaal is deur middel van 'n chi-kwadraat analise bevestig (McCubbin et al., 1996). In hierdie ondersoek was die interne betroubaarheid (Cronbach alpha) van die totale skaal .15. Die interne betroubaarheid van die gehegheidssubskaal was .73 en van die veranderbaarheidssubskaal was .64. Omdat die interne betroubaarheid van die totale skaal so laag was, is besluit om die veranderbaarheidssubskaal as afhanklike veranderlike (volgens die Gesinsveerkragtigheidsmodel) in hierdie ondersoek te gebruik. Al die ander maatstawwe is met die veranderbaarheidssubskaal van die FACI8 gekorreleer om te bepaal of hulle as veerkragtigheidsfaktore geïdentifiseer kan word.

Die *Relative and Friend Support Index (RFS)* is deur McCubbin, Larsen en Olson ontwikkel om die mate waartoe gesinslede hulle eie of uitgebreide gesin en vriende vir ondersteuning in tye van krisis gebruik, te meet (McCubbin et al., 1996). Die RFS bestaan uit agt items gebaseer op 'n 5-punt Likert-skaal. In die skaal dui 1 op 'n respons wat sterk verskil, en 5 dui op 'n respons wat sterk met die stelling saamstem. Die interne betroubaarheid is .82 (Cronbach alpha) en die geldigheidskoëffisiënt (met die oorspronklike *Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales*) is .99 (McCubbin et al., 1996). In hierdie ondersoek is 'n interne betroubaarheidskoëffisiënt van .89 (Cronbach alpha) verkry.

Die *Social Support Index (SSI)* is deur McCubbin, Patterson en Glynn ontwikkel (McCubbin et al., 1996). Die SSI word gebruik om te bepaal in watter mate gesinne in die gemeenskap geïntegreer is en die gemeenskap as 'n bron van ondersteuning ervaar ten opsigte van emosionele ondersteuning. Emosionele ondersteuning behels erkenning (*recognition*) en bevestiging (*affirmation*), agtenswaardige ondersteuning (*esteem support*), toegeneentheid (*affection*), en netwerk ondersteuning (*relationships with relatives*) (McCubbin et al., 1993). Die skaal bestaan uit 17 items gebaseer op 'n 5-punt Likert-skaal waar 1 dui op 'n respons wat sterk verskil en 5 dui op 'n respons wat sterk met die stelling saamstem. Die interne betroubaarheid is .82 (Cronbach alpha). Die toets/hertoets betroubaarheid is .83. Die geldigheidskoeffisiënt (korrelasie met kriteria van gesinswelstand) is .40 (McCubbin et al., 1996). Die Cronbach alpha betroubaarheidskoeffisiënt van die SSI in hierdie ondersoek is .76.

Die *Family Crisis-Oriented Personal Evaluation Scales (F-COPES)* word gebruik om probleemoplossings- en gedragstrategieë wat tydens krisissituasies deur 'n gesin aangewend word, te identifiseer (McCubbin, Larsen & Olson, 1982). Die instrument fokus op twee vlakke van interaksie. Eerstens lê dit klem op die individu tot die gesinstelsel – die wyse waarop 'n gesin krisis en probleme tussen die gesinslede intern hanteer. Tweedens fokus dit op die gesin tot die sosiale omgewing – die wyse waarop 'n gesin probleme buite die gesin se grense wat die gesinseenheid beïnvloed, ekstern hanteer. F-COPES bestaan uit 30 5-punt Likert-tipe items. Hoër punte dui op effektiewe positiewe hanteringsgedrag. Die skaal bestaan uit vyf subskale wat weer in twee dimensies ingedeel is, naamlik: (1) interne gesinshanteringstrategieë en (2) eksterne gesinshanteringstrategieë. Interne strategieë definieer die wyse waarop krisis hanteer word deur gebruik te maak van ondersteuningsbronne binne die kerngesin. Eksterne strategieë verwys na die aktiewe gedrag

wat die gesin beoefen om ondersteuningsbronne buite die kerngesin te verkry (McCubbin & Patterson, 1983). Die interne strategieë is:

- (1) herformulering of herdefiniëring van die probleem in terme van die betekenis wat dit vir die gesin het (positief, negatief of neutraal) (Cronbach alpha = .64), en
- (2) passiewe waardering wat dui op die gesin se geneigdheid om niks aan krisissituasies te doen nie. Hierdie vermydingsrespons is gebaseer op 'n gebrek aan vertroue in eie vermoë om die uitkoms te wysig (Cronbach alpha = .66).

Die eksterne strategieë is:

- (1) die verkryging van sosiale ondersteuning, byvoorbeeld van vriende (Cronbach alpha = .74), familieledede (Cronbach alpha = .86) en bure (Cronbach alpha = .79);
- (2) die soeke na religieuse ondersteuning (Cronbach alpha = .87); en
- (3) die mobilisering van die gesin om hulp te verkry en te aanvaar (byvoorbeeld professionele hulp en die gebruik van gemeenskapsbronne) (Cronbach alpha = .70).

'n Toets/hertoets-betroubaarheidskoëffisiënt van .71 is na vyf weke verkry, met 'n interne betroubaarheidskoëffisiënt (Cronbach alpha) van .77 vir die totale skaal (Reis & Heppner, 1993). In hierdie ondersoek was die interne betroubaarheid (Cronbach alpha) vir die totale skaal .67.

Die *Family Hardiness Index* is deur McCubbin, McCubbin en Thompson ontwikkel om interne sterkte en duursaamheid (*durability*) in die gesinseenheid te meet. Gehardheid (*hardiness*) verwys na 'n sin vir beheer oor die uitkomst van lewenservarings en uitdagings, sowel as 'n aktiewe eerder as 'n passiewe oriëntering ten opsigte van aanpassing in stresvolle situasies. Die skaal bestaan uit 20 items wat poog om die eienskappe van gehardheid (*hardiness*) as 'n stresweerstandbare en aanpasbare hulpbron in gesinne te meet (McCubbin et al., 1996). Die skaal bestaan uit drie subskale, naamlik toewyding (*commitment*),

uitdagings (*challenges*) en beheer (*control*) waarop die deelnemers elke stelling wat hulle gesinsituasie die beste beskryf op 'n 5-punt Likert-skaal (onwaar, meestal onwaar, meestal waar, waar, of nie van toepassing), moet aandui. Die toewydingsubskaal (*commitment*) meet die gesin se sin vir interne sterkte, afhanklikheid van mekaar en vermoë om saam te werk. Die uitdagingsubskaal (*challenge*) meet die gesin se pogings om innoverend op te tree, aktief te wees, nuwe ervarings te geniet en nuwe vaardighede aan te leer. Die beheer-subskaal meet die gesin se interne lokus van beheer (die mate van beheer wat hulle voel hulle oor hulle lewe het) teenoor 'n eksterne lokus van kontrole oor hulle lewe. Die interne betroubaarheid (Cronbach alpha) is .82. Die geldigheidskoeffisiënte is .20 en .23 met die gesin se tevredenheid, tyd, roetine en aanpasbaarheid (McCubbin et al., 1996). In hierdie ondersoek is 'n interne betroubaarheidskoeffisiënt van .20 gevind. Berekenings van die interne betroubaarheid van die onderskeie subskale het die volgende Cronbach alphas gelever: Toewyding .54, Uitdaging .67 en Beheer .03.

McCubbin, Thompson en McCubbin het die *Family Time and Routine Index (FTRI)* ontwikkel om die tipe aktiwiteite en roetines wat gesinne gebruik, asook die waarde wat gesinne daaraan heg, te evalueer (McCubbin et al., 1996). Die tyd wat gesinne saam deurbring en hul daaglikse roetines is relatief betroubare aanduidings van gesinsintegrasie en stabiliteit. Dit sluit effektiewe algemene probleemoplossingstrategieë in asook die gesin se vermoë om groot krisisse te hanteer. Die FTRI-skaal bestaan uit 30 items wat agt subskale insluit. Die deelnemers moet die mate waartoe elke stelling hul gesin se gedrag beskryf op 'n 4-punt Likert-skaal (vals, meestal vals, meestal waar, of waar) aandui. Verder moet die deelnemers aandui hoe belangrik hulle die betrokke roetine (nie, deels, baie, of nie van toepassing nie) ag. Die vraelys het 'n interne betroubaarheid van .88 (Cronbach alpha) (McCubbin et al., 1996). Die interne betroubaarheid (Cronbach alpha) van die vraelys in hierdie ondersoek is .87.

Die *Family Problem Solving Communication Index (FPSC)* is deur McCubbin, McCubbin en Thompson ontwikkel om te evalueer hoe positiewe en negatiewe kommunikasiepatrone in die gesin as hanteringsmeganismes gebruik word (McCubbin et al., 1996). Gesinne kommunikeer op beide positiewe en negatiewe wyse en die 10-item FPSC meet hierdie kommunikasiepatrone op 'n 4-punt Likert-skaal (vals, meestal vals, meestal waar, waar). Die vraelys bestaan uit twee 5-item subskale, naamlik opruiende (*incendiary*) kommunikasie en ondersteunende (*affirming*) kommunikasie. Opruiende kommunikasie is aanhitsend van aard en wakker stresvolle situasies verder aan. Waar gesinslede 'n patroon van ondersteunende kommunikasie volhou, toon hulle ondersteuning vir mekaar en het 'n kalmerende invloed op mekaar. Die skaal het 'n interne betroubaarheid van .89 en die toets/hertoets betroubaarheid is .86 (McCubbin et al., 1996). In hierdie ondersoek is die interne betroubaarheid vir die totale skaal .50 (Cronbach alpha). Die positiewe en negatiewe subskale het onderskeidelik interne betroubaarheidskoëffisiënte van .74 en .36.

Prosedure

Die koördineerder van die MIV/VIGS ondersteuningsgroep op Upington is telefonies en per brief van die beoogde ondersoek in kennis gestel. Die doel van die ondersoek en die insluitingskriteria is in besonderhede aan die koördineerder verduidelik. Die koördineerder het 25 gesinne wat aan die insluitingskriteria voldoen het, geïdentifiseer en gewerf om deel te neem aan die ondersoek. Nadat toestemming van die gesinne verkry is, is daar gereël dat die deelnemers (ouers en kinders) die navorser sou ontmoet by die sentrum waar die ondersteuningsgroep normaalweg byeenkom.

Die doel van die ondersoek is weer aan die deelnemers verduidelik en vertroulikheid van inligting en anonimiteit is verseker. Daar is seker gemaak dat al die gesinne wel aan die vereistes vir deelname aan die ondersoek voldoen. Omdat die meerderheid van die deelnemers laat blyk het dat hulle nie kon lees of skryf nie, is die vyf personeellede van die sentrum

genader om behulpsaam te wees met die invul van die vraelyste. Daar is begin met die voltooiing van die biografiese vraelyste en die beantwoording van die ope vraag deur die ouers. Daarna het die ouers en kinders afsonderlik die sewe vraelyste voltooi. Die groep is stap-vir-stap deur die vrae gelei en elke vraag is breedvoerig verduidelik. Die deelnemers is aangemoedig om te vra indien enige onduidelikheid sou bestaan. Daar was groot onsekerheid by die deelnemers oor die beantwoording van die stellings op die vraelyste en elke stelling moes verskeie kere gelees en verduidelik word. Ook die betekenis van die antwoordskale (meestal waar, waar, onwaar ens.) het verwarring by die deelnemers geskep en moes na elke stelling herhaal en verduidelik word. Dié benadering was tydrowend en dit het ongeveer sewe ure geduur om al die vraelyste voltooi te kry ('n prosedure waarvoor nie langer as twee ure beplan was nie). Die deelnemers was egter baie geduldig, maar dit was duidelik dat baie van die ouers uitgeput was aan die einde van die sessie. 'n Middagete is deur die sentrum voorsien, wat 'n rustyd vir die deelnemers verseker het.

Van die ouers (agt) wat aangedui het dat hulle bereid was om deel te neem aan die ondersoek, was op die bepaalde dag te sien om by die sentrum aan te meld. Afsprake is gemaak om hulle tuis te besoek vir die voltooiing van die vraelyste. Hierdie ouers is ook stapsgewys deur die proses gelei en die navorser moes self hul response afmerk omdat hulle óf te siek was om self te skryf óf glad nie kon lees en skryf nie. In hierdie sessies was dit weer eens duidelik dat die ouers van die vrae moeilik en verwarrend gevind het.

Die data verkry van die vraelyste is in spreitabelle georganiseer om dit gereed te maak vir statistiese ontleding. Die response op die ope vraag is volgens spesifieke temas ontleed op grond van die deelnemers se antwoorde (Neuman, 2001). Twee ouers se vraelyste kon weens onvolledigheid nie vir statistiese ontledingsdoeleindes gebruik word nie. Ten opsigte van die ouers was daar dus 23 stelle data en vir die kinders 25 stelle data. Al 25 ouers se respons op die ope vraag is egter wel vir die kwalitatiewe ontleding gebruik.

RESULTATE

Die resultate van die kwalitatiewe ontleding dui daarop dat godsdienstige geloof, ondersteuning verkry van die MIV/VIGS-ondersteuningsgroep, intra-gesins- en sosiale ondersteuning die belangrikste veerkragtigheidsfaktore in hierdie enkelouergesinne is. Die kwantitatiewe ontledings toon geen beduidende korrelasie tussen gesinsaangepastheid (volgens die totaalstelling van die FACI8-vraelys) en verskeie potensiële veerkragtigheidsfaktore nie. Gevolglik is besluit om die veranderbaarheidstelling (die een subskaal van die FACI8-vraelys) as afhanklike veranderlike te gebruik. Die vermoë van die gesin om te verander en aan te pas by krisissituasies is dus as maatstaf vir gesinsaangepastheid (volgens die Gesinsveerkragtigheidsmodel) gebruik.

Al 25 ouers het die ope vraag beantwoord waarin hulle 'n aanduiding moes gee van watter faktore, sterktes of hanteringsmeganismes, na hul mening, die gesin die meeste gehelp het nadat hulle kennis geneem het van hul kind se MIV-status. Antwoorde is georganiseer volgens die belangrikste faktore wat deur die deelnemers geïdentifiseer is. Verder is die antwoorde ook verdeel volgens interne en eksterne hulpbronne. Interne hulpbronne verwys na hulpbronne binne die individu en gesin en eksterne hulpbronne verwys na hulpbronne wat verkry is van buite die onmiddellike gesin. Vir beide die interne en eksterne kategorieë is gemeenskaplike temas op grond van die deelnemers se response geïdentifiseer. Die frekwensie van die response binne elke tema verskyn in Tabel 1.

Tabel 1

Interne en Eksterne Hulpbronne soos deur die ouers gerapporteer (N=25)

Hulpbronne	Frekwensie	Persentasie
Interne hulpbronne		
Intra-gesinsondersteuning (praktiese en emosionele ondersteuning onder gesinslede)	17	68
Individuele karaktertrekke ('n positiewe lewensuitkyk, innerlike krag en aanvaarding van die situasie)	10	40
Eksterne hulpbronne		
Geloof in God (gebed, kerkbywoning)	22	88
MIV/VIGS ondersteuningsgroep	19	76
Sosiale ondersteuning (bure, vriende en uitgebreide familie)	14	56
Finansiële bystand (staatstoelaag, kospakkies)	9	36
Professionele hulp en inligting (beraders, MIV-inligtingsessies by klinieke)	7	28
Tuisversorgers	3	12

Uit Tabel 1 blyk dit duidelik dat geloof in God die mees prominente faktor is wat ouers as ondersteuningshulpbron ervaar het (n=22). Hierop volg ondersteuning gebied deur die MIV/VIGS-ondersteuningsgroep (n=19), intra-gesinsondersteuning (n=17) en sosiale ondersteuning (n=14). Die fisiese versorging van die geïnfekteerde deur tuisversorgers is deur slegs drie ouers as ondersteuningshulpbron ervaar.

Ten einde verwantskappe tussen die afhanklike veranderlike (veranderbaarheid / *changeability*) en potensiële veerkragtigheidsveranderlikes te bepaal, is Spearman-korrelasies bereken. Hierdie korrelasie-koëffisiënte word in Tabel 2 getoon.

Tabel 2

Spearman-korrelasies tussen Gesinsveranderbaarheid (subskaal van FOCI-8) en Potensiële Veerkragtigheidsfaktore

Veranderlikes	Ouers (n=23)		Kinders (n=25)	
	r	p	r	p
Family Hardiness Index (FHI)				
Toewyding- die gesin se sin vir interne sterkte, afhanklikheid en hul vermoë om saam te werk	0.05	0.82	0.41	0.05*
Uitdagings- die gesin se pogings om innoverend en aktief te wees sowel as om uit die uitdaging te leer.	0.43	0.06	0.15	0.49
Beheer- sin van beheer oor die uitkomste van lewenservarings en uitdagings, die mate van beheer wat die gesin oor die krisis het.	0.18	0.44	0.12	0.57
Totaal	0.28	0.23	0.25	0.23
Family Time and Routines Index (FTRI)				
(Gesinsaktiwiteit en roetines wat hulle gebruik, behou en waarde aan heg.)	0.14	0.58	0.36	0.09
Family Problem Solving Communication (FPSC)				
Opruiende Kommunikasie	-0.55	0.01*	0.11	0.60
Ondersteunende Kommunikasie	0.47	0.04*	0.43	0.04*
Social Support Index (SSI)				
Die ervaring van die gemeenskap as 'n bron van ondersteuning t.o.v. erkenning, bevestiging, agtenswaardige ondersteuning, toegeneentheid en netwerkondersteuning.	0.18	0.45	0.08	0.72

(tabel vervolg)

(tabel gaan voort)

Veranderlikes	Ouers (n=23)		Kinders (n=25)	
	r	p	r	p
Relative and Friend Support (RFS)	0.17	0.49	0.13	0.55
Ervaring van familie en vriende as ondersteuningsbronne.				
Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales (F-COPES)				
Herformulering van die probleem as positief of neutraal.	0.31	0.19	-0.17	0.41
Passiewe waardering dui op die gesin se geneigdheid om niks aan krisissituasies te doen nie.	-0.38	0.10	-0.06	0.77
Die verkryging van sosiale ondersteuning van vriende, gesinslede en bure.	0.16	0.50	-0.12	0.58
Die soeke na religieuse ondersteuning .	0.14	0.56	0.32	0.13
Mobilisering van gesinslede om professionele hulp te verkry en te aanvaar.	0.26	0.27	-0.17	0.43
Totaal	-0.11	0.64	-0.29	0.17
Ouer se ouderdom	0.10	0.67	0.06	0.77
Kind se ouderdom	0.00	1.0	0.18	0.41
Aantal gesinslede	0.10	0.69	0.09	0.67
Skoolgraad	0.10	0.67	0.26	0.22
Inkomste	0.33	0.15	0.17	0.43

*p≤0.05

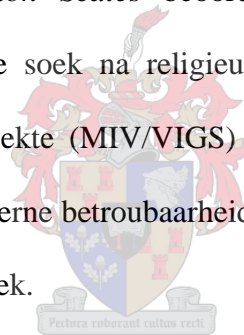
Dit volg uit Tabel 2 dat daar volgens beide ouers en kinders 'n beduidende positiewe korrelasie bestaan tussen gesinsveranderbaarheid, as 'n maatstaf van gesinsaangepastheid, en ondersteunende kommunikasiepatrone (subskaal van die FPSC). Verder dui die ouers se resultate ook op 'n beduidende negatiewe korrelasie tussen opruierende kommunikasie en gesinsveranderbaarheid. Die kinders se resultate toon weer 'n positiewe korrelasie tussen gesinstoewyding ('n subskaal van die *Family Hardiness Index*) en die gesin se vermoë om te verander of aan te pas by nuwe omstandighede. Toewyding verwys na die gesin se interne sterkte, afhanklikheid en vermoë om saam te werk. Volgens die ouers se resultate is daar ook 'n sterk tendens tot 'n beduidende korrelasie ($p=0.06$) tussen uitdagings (subskaal van die FHI) en gesinsveranderbaarheid. Uitdagings verwys na die gesin se pogings om innoverend en aktief te wees sowel as om uit die uitdagings te leer. Daar is geen beduidende korrelasie tussen die biografiese data en gesinsveranderbaarheid nie.

BESPREKING EN GEVOLGTREKKINGS

Die doel van hierdie ondersoek was om veerkragtigheidsfaktore in enkelouergesinne met 'n volwasse MIV-positiewe kind te identifiseer. Die *Resiliency Model of Stress, Adjustment and Adaptation* (McCubbin & Thompson, 1991) is as raamwerk gebruik om te bepaal watter faktore met gesinsveerkragtigheid verband hou. Verder is ook bepaal of die veerkragtigheidsprosesse, soos deur Walsh (1998) beskryf, in hierdie gesinne as beskermings- of herstelfaktore teenwoordig is.

Die response op die ope vraag dui daarop dat ouers beide interne en eksterne hulpbronne van die gesin as belangrike faktore beskou wat hulle deur die krisis help. Geloof in God is as die belangrikste eksterne hulpbron geïdentifiseer. Die aktiewe beoefening van die gesin se geloof deur middel van gebed, kerkbywoning en deelname aan kerkaktiwiteite het hulle gehelp om betekenis te vind in die krisis en die MIV-status van die geïnfekteerde te aanvaar.

Rowe en Allen (2004) beskryf godsdiens as die eksterne uitdrukking van geloof in God of enige ander opperwese, wat etiese kodes, aanbiddingspraktyke en geloofstelsels kan insluit. Godsdienstige geloof is ook in vorige ondersoeke (Gordon et al., 2002; McCubbin et al., 1999; Rehm & Franck, 2000) as 'n belangrike veerkragtigheidsfaktor geïdentifiseer. In teenstelling hiermee het Sunderland en Shelp (in Van Dyk, 2001) bevind dat MIV/VIGS-geïnfekteerdes godsdienstige berading moeilik vind omdat die virus primêr deur seksuele kontak oorgedra word. Omdat godsdiens dikwels gepaard gaan met sekere seksuele taboes en stigmatisering, ontlok dit irrasionele vrese by geïnfekteerdes. Die belangrikheid van godsdienstige ondersteuning soos bevind deur die kwalitatiewe ontleding, is ook teenstrydig met hoe gesinne die belangrikheid van godsdiens as 'n hanteringsmeganisme op die *Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales* beoordeel het (vergelyk Tabel 2). Geen beduidende korrelasie is tussen die soek na religieuse ondersteuning en die suksesvolle aanpassing van die gesin by die siekte (MIV/VIGS) gevind nie. 'n Moontlike verklaring hiervoor mag dalk die relatief lae interne betroubaarheid (Cronbach Alpha= .65) wees van die betrokke subskaal in hierdie ondersoek.



Die tweede belangrikste eksterne hanteringsmeganisme was die ondersteuning wat die gesin ervaar het van die ondersteuningsgroep waaraan hulle behoort. Die ondersteuningsgroep bied 'n veilige ruimte waarbinne gesinslede hulle vrese en kommer kan deel. Dit verskaf ook feitelike inligting rondom die virus aan 'n lae geskoolde groep lede op 'n vlak wat hulle kan verstaan. Die groeplede is ook bygestaan deur die administratiewe personeel met hulle aansoeke om staatstoelae, wat vir sommige gesinne hul enigste bron van inkomste is. Volgens Corey (2004) is MIV/VIGS ondersteuningsgroepe daarop gemik om inligting te deel, gemeenskaplike ondervindings te deel, probleemoplossingsvaardighede te leer en om mense te help om hulle eie ondersteuningstelsel buite die groep te vorm. Volgens Spiegel (in Walsh, 1998) bied ondersteuningsgroepe aan mense met chroniese siektes die geleentheid om al hul

gevoelens, emosies en gelowe rondom hul siekte te deel, wat tot groter veerkragtigheid lei. Verder help dit gesinne om hul siening van die siekte te verander en vestig dit vertroue in hul vermoë om die siekte te kan hanteer (Rodriguez et al., 2004). Janosik en Green (1992) bevestig ook die waarde van ondersteuningsgroepe vir MIV/VIGS-geïnfekteerdes en hul gesinne. Hierdie bevinding kan daartoe bydra dat gesinne wat steeds geïsoleerd is uit vrees vir stigmatisering, aangemoedig word om openlik mekaar te ondersteun en sodoende veerkragtigheid in die gesin te ontwikkel.

Die kwalitatiewe ontleding van die ouers se response op die ope vraag dui aan dat die ondersteuning wat die gesinne ontvang het van bure, vriende en die uitgebreide familie hulle gehelp het om beter by hul situasie aan te pas. Hierdie bevinding is teenstrydig met die kwantitatiewe ontleding van die response op die vraelyste. Geen statisties beduidende korrelasie kon gevind word tussen sosiale ondersteuning soos gemeet deur die *Social Support Index* (die ervaring van die gemeenskap as 'n bron van ondersteuning ten opsigte van erkenning, bevestiging, agtenswaardige ondersteuning, toegeneentheid en netwerkondersteuning) en gesinsveranderbaarheid as maatstaf van gesinsaangepastheid nie (vergelyk Tabel 2). Ook die sosiale ondersteuning subskaal van die *F-COPES* (die verkryging van ondersteuning van familie, vriende en bure) en die *Relative and Friend Support* vraelys toon geen beduidende korrelasie met gesinsveranderbaarheid nie (vergelyk Tabel 2). 'n Moontlike verklaring vir hierdie teenstrydigheid mag wees dat die deelnemers die tipe vrae op die vraelyste moeilik gevind het en hulself makliker tydens die oop-einde vraag kon uitdruk. Alhoewel MIV-positiewe gesinne hulself dikwels isoleer uit vrees vir stigmatisering en sosiale verwerping (Manamela, 2002; Rehm & Franck, 2000; Tomaszewski, 2001; Webb, 1997) is daar tog navorsing wat daarop dui dat sosiale ondersteuning as 'n belangrike veerkragtigheidsfaktor in sulke gesinne beskou kan word (Bor, Miller & Goldman, 1993; Diaho, 2004; Haas, 2002; McCubbin et al., 1999). Volgens Bor et al. (1993) rapporteer MIV-

positiewe persone minder gevoelens van depressie en hulpeloosheid indien hulle met vriende of familielede oor hul probleme kan praat. In teenstelling hiermee kan sosiale isolasie bydra tot gevoelens van skaamte, hulpeloosheid, eensaamheid, angs, depressie en skuldgevoelens (McCubbin et al., 1999). Sosiale ondersteuning dien nie net as buffer teen stres vir die geïnfekteerdes alleen nie; dit beskerm ook hul versorgers teen uitbranding (Van Dyk, 2001). Die deelnemers in hierdie ondersoek se MIV-status is aan hul gemeenskappe bekend, wat moontlik daartoe bygedra het dat hulle baie ondersteuning van hul gemeenskappe ontvang het. Volgens Gillman en Newman (in Rehm & Franck, 2000) is daar 'n positiewe korrelasie tussen die hoeveelheid mense wat kennis dra van 'n vrou se MIV-positiewe status en die omvang van die emosionele en persoonlike ondersteuning wat sy ontvang. Alhoewel gesinne dus altyd die gevaar loop om verwerp te word indien hul MIV-status bekend word, kan hulle slegs die nodige sosiale ondersteuning kry indien die gemeenskap van hul positiewe status bewus is. Uit hierdie ondersoek blyk dit duidelik dat sosiale ondersteuning as veerkragtigheidsfaktor beskou kan word in MIV-positiewe gesinne.

Intra-gesinsondersteuning is as die belangrikste interne hulpbron geïdentifiseer. Dit verwys na die praktiese en emosionele ondersteuning onder gesinslede. Die gesin is dikwels verantwoordelik vir die fisiese en finansiële versorging van die geïnfekteerde (Diaho, 2004; Rotheram-Borus et al., 2005). In hierdie ondersoek was veral moeders (24 uit die 25 ouers) verantwoordelik vir die versorging van hul geïnfekteerde kinders. Dit stem ooreen met vorige ondersoeke wat toon dat hoofsaaklik moeders en ander vroulike familielede die primêre versorgers en ondersteuners van geïnfekteerde gesinslede is (Bor et al., 1993; McCubbin et al., 1999; Steinberg et al., 2003). Die belangrikheid van ondersteuning binne die gesin word nie net deur vorige navorsing (McCubbin et al., 1999; Pequegnat & Szapocznik, 2000; Rehm & Franck, 2000) bevestig nie, maar ook ondersteun deur die Gesinsveerkragtigheidsmodel (McCubbin & Thompson, 1991). Weens vrees vir stigmatisering isoleer gesinne hulle soms

van die gemeenskap en is hulle dan hoofsaaklik van mekaar afhanklik vir emosionele ondersteuning (McCubbin et al., 1999; Pequegnat & Szapocznik, 2000). Die praktiese ondersteuning wat gesinslede bied, hou dikwels verband met deelname in gesondheidspraktyke, deur die geïnfekteerde lid te ondersteun met sy/haar dieet, oefenprogram en neem van medikasie (Rehm & Franck, 2000). Dis veral belangrik dat persone wat anti-retrovirale middels gebruik by hul medikasieskedule hou (Tomaszeski, 2001). Deur saam deur die siekte te worstel, groei gesinslede dikwels nader aan mekaar (Gordon & Perrone, 2004). Die lang en onsekere duur van die siekte kan egter ook tot verhoogde spanning binne die gesin lei, veral wanneer die geïnfekteerde persoon simptome word en meer finansiële en emosionele ondersteuning benodig. Gesinslede se vrees vir verlies, angs en moontlike emosionele onttrekking kan tot verhoogde spanning, in stede van ondersteuning, lei (Bor et al., 1993).

In hierdie ondersoek word die belangrikheid van intra-gesinsondersteuning verder ondersteun deur die kinders se resultate wat dui op 'n positiewe verband tussen gesinstoewyding ('n subskaal van gesinsgehardheid) en die gesin se vermoë om aan te pas by nuwe omstandighede (vergelyk Tabel 2). Toewyding verwys na die gesin se sin vir interne sterkte, afhanklikheid en hul vermoë om saam te werk. Volgens die ouers se resultate is daar ook 'n sterk tendens tot 'n beduidende korrelasie tussen uitdagings aanvaar ('n subskaal van die gesinsgehardheidsvraelys) en gesinsveranderbaarheid (vergelyk Tabel 2). Dit beteken dat die gesinne probeer om innoverend en aktief te wees, sowel as om uit die uitdagings te leer. Hierdie resultate mag daarop dui dat interne gesinsterkte en -ondersteuning as buffer kan dien teen die trauma wat 'n MIV-diagnose meebring. Deur die siekte as 'n groeielement te beskou, aktief op te tree en mekaar te ondersteun, kan gesinne help om aan te pas by die siekte en die uitdagings wat dit meebring, die hoof te bied. Die positiewe rol wat gesinsgehardheid speel in die hantering van 'n chroniese siekte word deur Preece (2001)

ondersteun. Volgens Walsh (1998) kan gesinne wat aktief optree en krisisse as uitdagings beskou, nie net terugkeer na normale funksionering nie, maar selfs sterker word in die proses.

Ondersteunende kommunikasie is deur beide die ouers en kinders aangedui as 'n belangrike hanteringstrategie (vergelyk Tabel 2). Dit dui op 'n patroon van kommunikasie wat ondersteunend van aard is en 'n kalmerende invloed het. Oop, positiewe en eerlike kommunikasie word deur verskeie navorsers (Patterson, 2002; Silberberg, 2001; Walsh, 2003) sowel as die Gesinsveerkragtigheidsmodel (McCubbin & Thompson, 1991) as buffer teen teenspoed en fasiliteerder van aanpassing beskou. In 'n ondersoek van Rehm en Franck (2000) het ouers aangedui dat oop en eerlike kommunikasie met hul MIV-positiewe kinders hulle help om meer gemaklik met die siekte om te gaan en by streng mediese roetines te hou. Kommunikasie is die kanaal waardeur gesinne gedeelde verwagtinge oor kohesie en buigbaarheid, asook oor kerngesinsfunksies bereik (Patterson, 2002). Deur belangrike inligting met mekaar te deel, soos byvoorbeeld die mediese prognose, kan gesinslede ingeligte besluite neem. Gedeelde erkenning van die gesin se trauma fasiliteer heling, terwyl geheimhouding en ontkenning, veral in gestigmatiseerde omstandighede, gemeenskaplikheid aan bande lê (Walsh, 2003). Gesinslede mag huiwerig wees om probleme met die geïnfekteerde persoon te bespreek om hom/haar teen onnodige bekommernisse te beskerm (Pequegnat & Szapocznik, 2000). Dit kan egter die geïnfekteerde net verder geïsoleerd laat voel (McCubbin et al., 1999). In 'n ondersoek van Thompson (in McCubbin et al., 1999) het moeders aangedui dat hul kinders se MIV-diagnose juis gehelp het om swak kommunikasie met hul kinders te verbeter en so sterker emosionele bande te vestig. In hierdie ondersoek toon die ouers se resultate 'n negatiewe verband tussen opruiende kommunikasie en gesinsveranderbaarheid (vergelyk Tabel 2). Volgens Patterson (2002) kan ondoeltreffende kommunikasiepatrone tot swak gesinsverhoudings lei. Gesinne kan dus probleme ervaar om by 'n krisis aan te pas indien hulle kommunikasiepatrone opvlieënd en afbrekend van aard is.

In hierdie ondersoek het ondersteunende kommunikasie tussen gesinslede daartoe bygedra dat hulle kon aanpas by hul nuwe omstandighede en opruiende kommunikasie het aanpassing bemoeilik.

Die kwalitatiewe en kwantitatiewe bevindings van hierdie ondersoek toon dat daar inderdaad 'n verband is tussen die veerkragtigheidsprosesse soos deur Walsh (1998) beskryf en gesinne se aanpassing by 'n MIV-diagnose. Volgens die *Resiliency Model of Stress, Adjustment and Adaptation* (McCubbin & Thompson, 1991) het hierdie veerkragtigheidsfaktore die gesinne gehelp om 'n hoër vlak van aangepasheid te bereik. Die prominentste faktore, volgens hierdie ondersoek, blyk godsdienstige geloof, MIV/VIGS-ondersteuningsgroepe, intra-gesinsondersteuning, sosiale ondersteuning, ondersteunende kommunikasie, gesinstoewyding en die gesin se vermoë om uitdagings te hanteer, te wees.

Implikasies

Die resultate van hierdie ondersoek het belangrike implikasies vir voorkomingsbenaderings en intervensiestrategieë met enkelouergesinne waar 'n volwasse kind MIV-positief is. Wanneer sleutelprosesse verstaan word wat 'n gesin in staat stel om 'n krisis te hanteer, kan ongebruikte hulpbronne gemobiliseer word. Die resultate kan gebruik word om sielkundiges, maatskaplike werkers en gesondheidswerkers beter insig te gee in die rol wat sterktes in gesinne speel in die hantering van MIV/VIGS. Weens die stigma wat gemeenskappe aan die siekte heg, het gesinne nodig om al die moontlike hulpbronne of sterktes waaroor hulle beskik, te gebruik om sodoende 'n krisis die hoof te bied. In voorkomingsprogramme kan hoë-risiko gesinne die nodige veerkragtigheidsfaktore aangeleer word om hulle minder kwesbaar te maak.

Medici kan daarvan bewus gemaak word dat die gesin die belangrikste konteks is waarbinne MIV-geïnfekteerde persone by hul siekte aanpas. Verder is dit belangrik dat hulle weet hoe sosiale stigma persone daarvan kan weerhou om mediese dienste te gebruik uit vrees

vir bekendmaking van hul MIV-status. Dit maak dit dus nodig dat gesondheidswerkers in multidissiplinêre spanne met terapeute en maatskaplike werkers moet saamwerk om te verseker dat mediese dienste wel benut word, terwyl die psigososiale probleme van die pasiënt aangespreek word. Hierdie multidissiplinêre spanne kan die pasiënt bystaan wanneer die persoon die MIV-diagnose aan die gesin bekend wil maak. Hulle kan ook gesinne help om van hul sterktes bewus te word en te gebruik om aan te pas by die nuwe lewenswyse. Terapeute kan daarop fokus om intra-gesinsverhoudings te versterk, gesinslede te help om nuwe rolle aan te neem, asook hul interne en eksterne hulpbronne te benut. Gesinne kan ook aangemoedig word om by ondersteuningsgroepe aan te sluit waar hulle in 'n veilige omgewing hul vrese kan deel en inligting oor die hantering van die siekte kan bekom.

Aanbevelings

Die huidige ondersoek was beperk tot slegs 25 gesinne met 'n lae sosio-ekonomiese status en opvoedingsvlak. Verder was al die gesinne woonagtig in Upington in die Noord-Kaap. Die meeste ouers het slegs 'n basiese laerskoolopleiding gehad wat daartoe kon bygedra het dat hulle probleme ondervind het om die vraelyste te verstaan en te voltooi. Die feit dat die deelnemers die ope vraag makliker beantwoord het, kan dalk 'n aanduiding wees dat 'n kwalitatiewe ondersoek met hierdie spesifieke ondersoekgroep meer betroubare resultate kon oplewer. Die resultate het daarom beperkte veralgemeningswaarde. Verdere ondersoeke moet ook ander studiepulasies in die diverse Suid-Afrikaanse bevolking betrek. Indien 'n groter steekproef gebruik word, kan ander veerkragtigheidsfaktore moontlik ook identifiseer word.

VERWYSINGSLYS

- Abdool Karim, S.S., & Abdool Karim, Q. (Eds.) (2005). *HIV/AIDS in South Africa*. New York: Cambridge University Press.
- Bor, R., Miller, R., & Goldman, E. (1993). HIV/AIDS and the family: a review of research in the first decade. *Journal of Family Therapy*, 15(2), 187-204.
- Corey, G. (2004). *Theory and practice of group counseling*. Belmont: Thomson/ Brooks/ Cole.
- Diaho, M.J. (2004). *Experiences and coping strategies of women living with HIV/AIDS diagnosis: A case study of Maseru, Lesotho*. Ongepubliseerde Meesterstesis, Universiteit van Stellenbosch.
- Ferguson, A.D., Richie, B.S., & Gomez, M.J. (2004). Psychological factors after traumatic amputation in landmine survivors: the bridge between physical healing and full recovery. *Disability and rehabilitation*, 26(14/15), 931-938.
- Gordon, P.A., Feldman, D., Crose, R., Schoen, E., Griffing, G., & Shankar, J. (2002). The role of religious beliefs in coping with chronic illness. *Counseling and Values*, 46, 162-173.
- Gordon, P.A., & Perrone, K.M. (2004). When spouses become caregivers: counseling implications for younger couples. *Journal of Rehabilitation*, 70(2), 27-32.
- Greeff, A.P., & Human, B. (2004). Resilience in families in which a parent has died. *The American Journal of Family Therapy*, 32, 27-42.
- Haas, S. (2002). Social support as relationship maintenance in gay male couples coping with HIV or AIDS. *Journal of Social & Personal Relationships*, 19(1), 87-111.
- Hawley, D.R. (2000). Clinical implications of family resilience. *The American Journal of Family Therapy*, 28, 101-116.

- Hawley, D.R., & DeHaan, L. (1996). Toward a definition of family resilience: integrating life-span and family perspectives. *Family Process*, 35, 283-298.
- Jacelon, C.S. (1997). The trait and process of resilience. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 123-129.
- Janosik E., & Green, E. (1992). *Family Life: process and practice*. Boston: Jones and Bartlett.
- Kauffman, K.D., & Lindauer, D.L. (Eds.) (2004). *AIDS and South Africa: the social expression of a pandemic*. London: Palgrave Macmillan.
- Manamela, M. J. (2002). *The experiences and coping skills of the family members of people living with HIV/AIDS*. Ongepubliseerde Meesterstesis, Mediese Universiteit van Suid-Afrika.
- McCubbin, H.I., Larsen, A., & Olson, D.H. (1982). F-COPES. In D.H. Olson, H.I. McCubbin, H. Barnes, A. Larsen, M. Muxen, & M. Wilson (Eds.). *Family Inventories* (pp. 143-157). St Paul: University of Minnesota.
- McCubbin, H.I., & Patterson, J.M. (1983). The family stress process: the Double ABCX Model of Adjustment and Adaptation. *Marriage and Family Review*, 6, 7-37.
- McCubbin, H.I., & Thompson, A.I. (1991). *Family assessment inventories for research and practice*. Madison: University of Wisconsin-Madison.
- McCubbin, H.I., Thompson, A.I., & McCubbin, M.A. (1996). *Family assessment: resiliency, coping and adaptation – inventories for research and practice*. Madison: University of Wisconsin System.
- McCubbin, H.I., Thompson, E.A., Thompson, A.I., & Futrell, J.A. (Eds.) (1999). *The dynamics of resilient families*. London: Sage Publications.
- McCubbin, M.A., & McCubbin, H.I. (1989). Theoretical orientations to family stress and coping. In C.R. Figley (Ed.). *Treating stress in families*. (pp. 3-43). New York: Brunner/Mazel.

- McCubbin, M.A., & McCubbin, H.I. (1996). Resiliency in families: a conceptual model of family adjustment and adaptation in response to stress and crises. In H.I. McCubbin, A.I. Thompson, & M.A. McCubbin (1996). *Family assessment: resiliency, coping and adaptation – inventories for research and practice*. (pp. 1-64). Madison: University of Wisconsin System.
- McKenry, P.C., & Price, S.J. (Eds.) (1994). *Families and change. Coping with stressful events*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Miller, J., & Robert, L. (2005). An appointment with God: AIDS, place and spirituality. *Journal of Sex Research*, 42(1). Onttrek 22 November 2005 van die Wêreldwye Web: <http://web25.epnet.com/search>
- Moos, R.H., & Schaefer, J.A. (Eds.) (1984). *Coping with physical illness*. New York: Plenum Publishing Corporation.
- Murry, V.M., & Brody, G.H. (1999). Self-regulation and self-worth of black children reared in economically stressed, single mother-headed families. *Journal of Family Issues*, 20(4), 458-484.
- Neuman, W.L. (2001). *Social research methods. Qualitative and quantitative approaches*. Boston: Allyn and Bacon.
- Patterson, J.M. (2002). Understanding family resilience. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 233-246.
- Pequegnat, W., & Szapocznik, J. (Eds.) (2000). *Working with families in the era of HIV/AIDS*. Thousand Oaks: Sage.
- Preece, J.C. (2001). *The relationship between family resilience and the successful management of fibromyalgia*. Ongepubliseerde doktorsproefskrif, Syracuse Universiteit. Onttrek 12 Oktober 2005 van die Wêreldwye Web: <http://proquest.umi.com/dissertations>

- Rehm, R.S., & Franck, L.S. (2000). Long-term goals and normalization strategies of children and families affected by HIV/AIDS. *Ans Frederick*, 23(1), 69-82. Onttrek 12 Oktober 2005 van die Wêreldwye Web: <http://proquest.umi.com/pqdweb?index>
- Reis, S.D., & Heppner, P.P. (1993). Examination of coping resources and family adaptation in mothers and daughters of incestuous versus nonclinical families. *Journal of Counseling Psychology*, 40(1), 100-108.
- Rodriguez, C.D., Palomo, J.L.R., Diz, J.C., Celis, M.V., Tuna, S.A., Larrea, M.O., Pazos, S.R., Del Carmen Prado Meis, M., & Varela, N. (2004). A preliminary report on family discussion groups for patients with chronic medical illness and its repercussions in the management of the hemodialysis process. *Therapeutic Apheresis and Dialysis*, 8(6), 492. Onttrek 10 Oktober 2005 van die Wêreldwye Web: <http://www.blackwell-synergy.com>
- Rotheram-Borus, M.J., Flannery, D., Rice, E., & Lester, P. (2005). Families living with HIV. *AIDS Care*, 17(8), 978-987.
- Rowe, M.M., & Allen, R.G. (2004). Spirituality as a means of coping with chronic illness. *American Journal of Health Studies*, 19(1), 62-69.
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21(2). Onttrek 23 Julie 2005 van die Wêreldwye Web: <http://web33.epnet.com/citation.asp?tb>
- Silberberg, S. (2001). Searching for family resilience. *Family Matters*, 58, 52-64.
- Statistics South Africa. (2005). *Mid-year population estimates, South Africa*. Onttrek op 20 November 2005 van die Wêreldwye Web: <http://www.statssa.gov.za/publications>
- Steinberg, M., Johnson, S., Schierhout, G., & Ndegwa, D. (2003). *Hitting home: how households cope with the impact of the HIV/AIDS epidemic*. Washington: The Henry J. Kaiser Family Foundation.

- Tomaszeski, L. (2001). *An overview of the psychosocial issues that impact families affected by HIV/AIDS*. Onttrek op 20 November 2005 van die Wêreldwye Web:
<http://www.dcmsonline.org/jax-medicine/2001journals/junejuly2001/psychosocial.htm>
- UNAIDS. (2004). *Report on the global AIDS epidemic*. Onttrek op 1 Julie 2005 van die Wêreldwye Web: <http://www.unaids.org>
- Van Dyk, A. (2001). *HIV/AIDS care & counselling*. Kaapstad: Pearson Education South Africa.
- Verenigde Nasies. (2004). *The impact of AIDS*. New York: United Nations Publication
- Walker, L., Reid, G., & Cornell, M. (2004). *Waiting to happen: HIV/AIDS in South Africa*. Kaapstad: Double Storey.
- Walsh, F. (1998). *Strengthening family resilience*. New York: The Guilford Press.
- Walsh, F. (2002). A family resilience framework: innovative practice implications. *Family Relations*, 51, 130-137.
- Walsh, F. (2003). Family resilience: a framework for clinical practice. *Family Process*, 42(1), 1-18.
- Webb, D. (1997). *HIV and AIDS in Africa*. Londen: Pluto Press.
- Whiteside, A., & Sunter, C. (2000). *AIDS The challenge for South Africa*. Kaapstad: Human & Rousseau, & Tafelberg.

