

**DIE ROL VAN SOSIALE ONDERSTEUNING IN DIE LEWENSTEVREDENHEID  
VAN MIV-GEAFFEKTEERDE ADOLESSENTE**

**ALBERTUS J MALGAS**

Voorgelê ter gedeeltelike vervulling van die vereistes van die graad

PHILOSOPHIAE DOCTOR (Kindersielkunde)

in die

Fakulteit Geesteswetenskappe

Departement Sielkunde

aan die

UNIVERSITEIT VAN DIE VRYSTAAT

(Bloemfontein)

Februarie 2012

Promotor: Dr RBI Beukes

Mede-promotor: Me A Botha

## **Dankbetuigings**

My opregte dank en waardering aan:

Dr. Roelf Beukes, as promotor, vir sy waardevolle leiding, belangstelling en aanmoediging.

My mede-promotor, Mev. Anja Botha, vir haar leiding, kennis en ondersteuning.

Prof. Karel Esterhuyse vir sy leiding en opoffering met betrekking tot die verwerking van die statistiese gegewens.

Die Noord-Kaapse Departement van Maatskaplike Ontwikkeling vir die toestemming verleen tot NGO's vir die empiriese ondersoek van die studie.

Danie Steyl vir die taalversorging.

Mev. Louise Jordaan vir die sorgvuldige tegniese versorging.

Al my vriende en familie vir hul volgehoue aanmoediging.

My Skepper wat my tot alles in staat stel. Alle lof en prys aan Hom.

Opedra aan:

My oorlede moeder, Elizabeth Louisa Malgas-  
die inspirasie van hierdie studie.

## **VERKLARING**

Ek, Albertus Malgas, verklaar hiermee dat die verhandeling in artikelformaat deur my ingehandig vir die graad Philosophiae Doctor (Kindersielkunde) in die Fakulteit Geesteswetenskappe my eie onafhanklike werk is, en nie voorheen deur my by 'n ander Universiteit of fakulteit ingedien is nie. Verder staan ek kopiereg van die verhandeling af ten gunste van die Universiteit van die Vrystaat.

---

**A. J. MALGAS**

---

**DATUM**

## **ORIËNTERING VAN DIE LESER: VERDUIDELIKING VAN DIE INLIGTING/NAVORSING AAN DIE EKSAMINATORE**

Hierdie verhandeling is voorgelê in artikelformaat ter vervulling van die vereistes van die Universiteit van die Vrystaat. Die navorsingsvereiste vir die PhD (Kindersielkunde) behels drie publiseerbare artikels. Vir die doel van eksaminering moet die artikels wat voorgelê word, as onafhanklik dog aanverwant beskou word. Gevolglik sal sekere aspekte van die studie, soos die bespreking van die ondersoekgroep, data-insamelingsproses, meetinstrumente en veranderlikes in die een of al drie artikels voorkom. Van die veranderlikes in hierdie literatuurbespreking kom in meer as een artikel voor, en alhoewel voorsorg getref is dat oorvleueling nie moet plaasvind nie, is dit egter onvermydelik dat dit wel kan gebeur.

Die verhandeling bestaan uit die volgende artikels:

Artikel 1 (bl. 1-51)

Die rol van enkele biografiese veranderlikes in die lewenstevredenheid en sosiale ondersteuning van adolessente wat deur MIV/VIGS-geaffekteer word.

Artikel 2 (bl. 52-82)

Verskil in lewenstevredenheid en psigososiale stressors by adolessente wat lae en hoë sosiale ondersteuning ervaar en wat deur MIV/VIGS geaffekteer word.

Artikel 3 (bl. 83-121)

Die rol van sosiale ondersteuning in die verband tussen lewenstressors en lewenstevredenheid onder MIV/VIGS-geaffekteerde adolessente.

**ARTIKEL 1: Die rol van enkele biografiese veranderlikes in die lewenstevredenheid en sosiale ondersteuning van adolessente wat deur MIV/VIGS geaffekteer word**

Die doel van die ondersoek is om die rol van enkele biografiese veranderlikes in die lewenstevredenheid en sosiale ondersteuning van MIV/VIGS-geaffekteerde adolessente te bepaal. Die ondersoekgroep het bestaan uit 218 Afrikaans-, Engels- en Afrikataalsprekende adolessente uit die Noord-Kaap Provinsie. Hierdie groep adolessente was almal tussen die ouderdomme van 12 en 19 jaar. Vir die meting van die biografiese veranderlikes is 'n biografiese vraelys ontwikkel wat aspekte soos geslag, ouderdom, huwelikstatus van ouers, kwalifikasies van ouers, sosio-ekonomiese inkomste, ras en huistaal ingesluit het. Om 'n meting van hul lewenstevredenheid te bekom, is die Lewenstevredenheidsvraelys (Satisfaction with Life Questionnaire) van Diener, Emmons, Larsen en Griffin (1985) gebruik. Die Waargenome Sosiale Ondersteuningsvraelys deur familie en vriende (Procidano & Heller, 1983) is gebruik om 'n meting van hulle sosiale ondersteuning te verkry. Uit die studie het geblyk dat enkele biografiese veranderlikes wel 'n rol in die lewenstevredenheid en sosiale ondersteuning van hierdie groep adolessente speel. Geslag- en ouderdomsverskille, gemiddelde maandelikse inkomste, ras en die struktuur van die gesin blyk 'n rol te speel in die lewenstevredenheid en sosiale ondersteuning van hierdie groep geaffekteerde adolessente.

**Sleutelwoorde: biografiese veranderlikes, lewenstevredenheid, waargenome sosiale ondersteuning deur familie en vriende, adolessent, MIV/VIGS.**

Die invloed van MIV/VIGS<sup>1</sup> op gesinne en gemeenskappe bedreig die oorlewing en ontwikkeling van kinders en adolessente. Die mees vernietigende effek van die pandemie op maatskaplike welstand is die disintegrasie van tradisionele ondersteuningstrukture en sosiale netwerke. Namate die aantal MIV/VIGS-geaffekteerde kinders toeneem, word die vermoë van ondersteuningsnetwerke erg beproef (Phiri & Webb, 2002). Volgens navorsing is veral arm gesinne en gemeenskappe gewoonlik kwesbaar vir die negatiewe effekte van die pandemie (Education Training Unit, 2005; Pharaoh & Weiss, 2005).

---

<sup>1</sup> MIV is die akroniem vir die *menslike immuniteitsgebreeksvirus*. Dit is 'n retrovirus wat die liggaam se witbloedselle binnedring en vernietig. VIGS is die akroniem vir die *verworwe immuniteitsgebreekssindroom*. Dit is 'n aansteeklike siekte wat deur die MI-virus veroorsaak word en wat die liggaam se verdediging- of immuunstelsel geleidelik verswak. Met "verworwe" word bedoel dat dit nie geneties oorgeërf word nie. Immuniteitsgebreek beteken dat dit die liggaam se immuunstelsel verswak. Sindroom beteken dat dit 'n versameling tekens en simptome van 'n siekte is (Sexually Transmitted Disease Resource, 2008; Medical Dictionary, 2011; ICD 10).

Die pandemie plaas dikwels bykomende druk op geaffekteerde kinders en grootouers, aangesien die grootouers die primêre versorgers van hierdie kinders word (Department of Social Development, 2002).

Na beraming sal sowat 5, 7 miljoen kinders teen 2015 'n ouer of beide ouers weens MIV/VIGS verloor (Green, 2004). mIV/VIGS-geaffekteerde kinders word daarom beskou as 'n kwesbare eikengroep wat aan veelvuldige psigososiale kontekstuele faktore blootgestel word (Cluver & Gardner, 2007; Li et al., 2008).

Wanneer ouers met die uitdagings van MIV/VIGS gekonfronteer word, is dit belangrik om aandag te gee aan die lewenskwaliteit en ondersteuning van hulle adolessente kinders (Lee, Detels, Rotheram-Borus, Duan, & Lord, 2007). MIV/VIGS-geaffekteerde adolessente wie se ouers met die virus saamleef of daaraan gesterf het, word blootgestel aan talle stigmas wat met die siekte en armoede verbind word. In 'n opvolgstudie met 413 adolessente van 307 gesinne met MIV/VIGS-geïnfekteerde ouers oor 'n tydperk van twee jaar, is bevind dat verlagings in die voorkoms van depressie en probleemgedrag 'n betekenisvolle verband met die ontvang van beter sosiale ondersteuning toon (Lee, Detels, Rotheram-Borus, & Duan, 2007). 'n Gebrek aan sosiale ondersteuning of waargenome persepsie van sosiale ondersteuning word met swakker fisiese gesondheid en lewenstevredenheid verbind (Allgower, Wardle, & Steptoe, 2001; Decker 2007; Vaux, 1985). Demografiese verskille word ook met waargenome sosiale ondersteuning verbind (Decker, 2007). Individue wat met lewenstressors gekonfronteer word, benodig dikwels verskillende tipes ondersteuning deur verskillende bronne van ondersteuning (Decker, 2007; Wellman & Wortley, 1989, 1990).

Die doel van die studie is om te bepaal wat die rol van sekere biografiese veranderlikes in die verband tussen lewenstevredenheid en sosiale ondersteuning van MIV/VIGS-geaffekteerde adolessente is. Veranderlikes wat in hierdie navorsing ter sprake kom, is biografiese inligting (ouderdom, geslag, ras, huistaal huwelikstatus van ouers, kwalifikasie van die ouers en die sosio-ekonomiese status van die huishouding), lewenstevredenheid en waargenome sosiale ondersteuning deur familie en vriende. Dit word vervolgens bespreek.

## **LEWENSTEVREDENHEID**

Lewenstevredenheid word as 'n belangrike aspek van welstand beskou (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999). Lewenstevredenheid word as 'n goeie voorspeller van suksesvolle ontwikkelingsuitkomste ná stresvolle lewensgebeure beskou (Antaramian, Huebner, & Valois, 2008;

Fugl-Meyer, Melin, & Fugl-Meyer, 2002; Suldo & Huebner, 2006; Valois, Zullig, Huebner, Kammermann, & Drane, 2002). Lewenstevredenheid word as die algehele selfevaluering van die kwaliteit van die individu se lewe omskryf (Huebner, 1994; Basson, 2008; Antaramian, et al., 2008). Lewenstevredenheid word beskou as 'n kognitiewe eerder as 'n emosionele beoordeling /evaluering van sy lewenskwaliteit (Diener & Diener, 1995).

Lewenstevredenheid word beskou as 'n multidimensionele konstruk wat voortdurend na gelang van die lewensomstandighede van mense verander (Basson 2008; Gillman & Huebner, 2003, Valois, et al., 2002). Dit is dus 'n dinamiese konstruk, aangesien die behoeftes en die evaluering van hierdie behoeftes van individu tot individu en ten opsigte van lewensgebeure verskil (Basson 2008; Ferrante, 2003, Martin, Huebner, & Valois, 2008). Lewenstevredenheid kan dus as subjektief beskou word. Dit word beïnvloed deur eksterne faktore, onder andere die kwaliteit van die gesinslewe, die beskikbaarheid van vriende, ondersteuningsnetwerke, toegang tot ander bronne en die individu se interne evaluering van die tevredenheid van algehele of spesifieke domeine (Valois et al., 2002). Ma en Huebner (2008) beweer dat 'n verskeidenheid van omgewingsveranderlikes, veral die aard en kwaliteit van interpersoonlike verhoudings, betekenisvolle verbande met die lewenstevredenheid van adolessente toon.

Basson (2008) beskou die gesin as 'n belangrike faktor in die voorspelling van lewenstevredenheid by adolessente. Die gesin bied aan die adolessent 'n milieu waarbinne hy sy persoonlike doelwitte kan bereik en sodoende sy lewenstevredenheid verhoog (Zullig, Valois, Huebner & Drane 2005). Adolessente wat goeie gesinsverhoudings geniet, toon hoër vlakke van lewenstevredenheid (Nickerson & Nagle, 2004) en selftevredeheid (Arbona & Power, 2003) asook laer vlakke van psigiese ongemak (Bradford & Lyndon, 1994). Die struktuur van die gesin beïnvloed die beskikbaarheid van bronne, sosialisering van die adolessente en die ontwikkeling van ouer-kindverhoudings (Makola, 2007; Proctor, Linley, & Maltby, 2008). Navorsing het bevind dat adolessente wat goeie ouer-kindverhoudings ervaar en met uitdagings gekonfronteer word, hoër vlakke van lewenstevredenheid as adolessente met swakker ouer-kindverhoudings toon (Hetherington, 2003; Levin & Currie, 2010). Suldo en Huebner (2004) is van mening dat ouers se ondersteuningsrol die sterkste voorspeller van lewenstevredenheid vir adolessente is. Hierdie ondersteuningsrol kan 'n direkte of indirekte invloed op die adolessent se lewenstevredenheid hê, 'n gevoel van waarde en positiewe selfevaluering wek en as 'n buffer teen die invloed van negatiewe lewensgebeure dien (Ronen & Seeman, 2007).

Portuurverhoudings blyk ook 'n voorspeller van lewenstevredenheid by adolessente te wees. Vriendskappe bied unieke bydraes tot die gesonde ontwikkeling van die adolessent (Gini, 2007; Proctor et al., 2008). Die portuurgroep bied aan die adolessent 'n gevoel van behoort aan en 'n gevoel van aanvaarding in die groep (Santrock, 2005). Antaramian et al. (2008) het bevind dat tevredenheid met vriende die domein is waarmee adolessente die hoogste tevredenheid toon.

Die skool word beskou as 'n milieu waar adolessente die meeste van hulle tyd met portuurgroepe deurbring (Hoff, Anderson, & Holstein, 2010). Tevredenheid met die skoollewe word dikwels verbind met psigiese veranderlikes soos hoop (Huebner & Gilman, 2006), lokus van kontrole (Huebner, Ash & Laughlin, 2001), positiewe selfagting (Verkuyten & Thijs, 2002), globale lewenstevredenheid (Huebner, 1994) en goeie interpersoonlike gedrag (DeSantis-King, Huebner, Suldo, & Valois, 2006).

### **WAARGENOME SOSIALE ONDERSTEUNING**

Young (2006) tref 'n onderskeid tussen werklike sosiale ondersteuning en waargenome sosiale ondersteuning. Werklike ondersteuning verwys na die meting van ondersteuning wat deur sosiale bronne (familie, vriende, skool ens.) ontvang word, terwyl waargenome sosiale ondersteuning verwys na die individu se beoordeling van die mate van ondersteuning wat deur sy omgewingsnetwerke ontvang word.

Sosiale ondersteuning word as 'n buffer teen stresvolle lewensgebeure en 'n voorspeller van goeie gesondheid en lewenstevredenheid beskou (Dollette, Steese, Philips, & Matthews, 2006; Hale, Hannum, & Espelage, 2005). 'n Gebrek aan ondersteuning word met probleme soos depressie, eensaamheid en angstigheid onder adolessente verbind (Eskin, 2003). Ouers, familie, onderwysers, vriende, die gemeenskap en die sosiale groep waaraan die individu behoort, verleen sosiale ondersteuning wat 'n belangrike rol in die stresshantering van uitdagings speel, aangesien hierdie bronne van ondersteuning die invloed van uitdagings versag (Bal, Crombez, Van Oost, & Debourdeayhuij, 2003; Calvete & Connor-Smith, 2006; Greeff & Human, 2004; Horstmanshof, Punch, & Creed, 2008).

Waargenome sosiale ondersteuning word as 'n goeie voorspeller van die kwaliteit van sosiale ondersteuning beskou (Wills & Shinar, 2000). Dit verteenwoordig die individu se persepsies van die mate waartoe sosiale bronne binne sy sosiale netwerke beskikbaar is om ondersteuning tydens krisis te bied (Cauce, Mason, Gonzales, Hiraga, & Liu, 1994; Demaray & Malecki, 2002).

Waargenome sosiale ondersteuning speel dus 'n groot rol in die individu se beoordeling en belewing (hantering) van sy lewensgebeure. Pierce, Sarason en Sarason (1996) het ook bevind dat 'n verband tussen sosiale ondersteuning en die stresshanteringsvermoë van die individu bestaan. Verder het Prociano en Heller (1983) bevind dat waargenome sosiale ondersteuning 'n omgekeerde verband met simptome van noodbelewing en patologie toon, aangesien die individu se vermoë om wedersyds bevredigende verhoudings met betekenisvolle ander te handhaaf om sy behoeftes te vervul, as 'n belangrike voorspeller van lewensvredeheid beskou word (Feldman, Dunkel-Schetter, Sandman, & Wadhwa, 2000; Hale, et al., & Espelage, 2005; Holahan & Moos, 1990).

Ander navorsers beskryf waargenome sosiale ondersteuning as die individu se persepsie van hoe effektief bronne as 'n buffer teen stresvolle lewensgebeure (lewenstressors) en negatiewe gesondheidsuitkomstes (lewenstevredenheid) dien (Zimet, Dahlem, Zimet, & Fartley, 1988). Volgens hierdie navorsers bestaan waargenome sosiale ondersteuning uit drie dimensies, naamlik die familie, vriende en betekenisvolle ander persone. Daar is bevind dat waargenome sosiale ondersteuning meer betekenisvol vir lewensvredeheid is as werklike sosiale ondersteuning wat ontvang word. Hierdie bevinding word gebaseer op die aanname dat, as sosiale bronne nie beskikbaar is nie, dit gevolglik ook nie benut word nie (Feldman et al., 2000; Hale et al., 2005; Young, 2006).

Ander navorsers omskryf waargenome sosiale ondersteuning as die verlening van waargenome toegang tot ondersteuning wat op die onderliggende vertroue in verwantskap gebaseer word (Prince-Embury & Courville, 2008; Weiss, 2008). Hierdie aanname berus op die persepsie dat ondersteuning net so belangrik as die beskikbaarheid daarvan is. Adolessente toon 'n soeke na groter ondersteuning deur vriende en betekenisvolle ander ten einde hulle ondersteuningsbasis te verbreed (Sigelman & Rider, 2009). Ondersteuning wat deur vriende en familie verleen word, verander die invloed van probleme tydens adolessensie en help die adolessent om daaglikse stressors beter te hanteer (Calvete & Connor-Smith, 2006; Scholte & Van Aken, 2006; Villanova & Bownes, 1984).

Meningsverskil bestaan in die literatuur oor die prominensie van ondersteuning wat deur familie en vriende verleen word. Sommige studies het bevind dat, namate die adolessent ouer word, vriende 'n meer prominente sosiale ondersteuningsrol as die gesin speel (Bokhorst, Sumter, & Westenberg, 2009; Demaray & Malecki, 2002; Furman & Buhrmester, 1992). In teenstelling hiermee het Helsén, Vollenbergh en Meeus (2000) bevind dat ondersteuning deur familie en vriende ewe belangrik is. White en Matawie (2004), daarenteen, beskou die gesinskonteks as belangriker in die beïnvloeding van die adolessent se ontwikkeling. 'n Positiewe gesinsklimaat en 'n emosioneel ondersteunende omgewing

hou verband met positiewe gevoelens by die adolessent, wat hom in staat stel om by veranderinge in homself asook nuwe omgewingsuitdagings aan te pas (Gutman & Eccles, 2007; Herman, Ostrander, & Tucker, 2007; Pratt, Hunsberger, Pancer, & Alisat, 2003).

Waargenome sosiale ondersteuning ten opsigte van die gesin en vriende word aan die hand van die waargenome sosiale ondersteuningskaal gemeet (Procidano & Heller, 1983). Hierdie skaal gee 'n meting van die invloed wat sosiale ondersteuningsnetwerke (gesin en vriende) op die individu het. Hierdie netwerke verskaf die nodige ondersteuning en, gebaseer op die mate van ondersteuning wat ontvang word, maak die individu sy evaluering van die mate waartoe sy behoeftes bevredig is. Procidano en Heller (1983) voer aan dat waargenome sosiale ondersteuning deur die gesin en vriende deur intrapersoonlike faktore asook die houdings en gemoedstande van die individu beïnvloed word. Hierdie faktore mag 'n invloed hê op die individu se persepsie van ondersteuning wat in die sosiale omgewing beskikbaar is of verleen word.

## **BIOGRAFIESE VERANDERLIKES, LEWENSTEVREDENHEID EN WAARGENOME SOSIALE ONDERSTEUNING**

### **Geslag en ouderdom**

Gilman en Huebner (2006) is van mening dat geslag 'n geringe rol in die globale lewenstevredenheid van adolessente speel. Daarenteen het Galbie en Davids (2009) bevind dat adolessente seuns in vergelyking met dogters, ongeag hul ouderdom, hoër vlakke van lewenstevredenheid toon. Die laer vlakke van lewenstevredenheid by dogters is veral toegeskryf aan hul meer kritiese evaluering van hulself en hul lewensomstandighede (Goldbeck, Schmitz, Besier, Hersbach, & Heinrich, 2007). Hay en Ashman (2003) het ook bevind dat, in vergelyking met seuns, adolessente dogters se lewenstevredenheid meer deur die portuurgroep beïnvloed word.

Alhoewel lewenstevredenheid relatief stabiel bly, is dit veral vir lewensveranderinge sensitief (Suldo & Huebner, 2004). Die lewenstevredenheid van adolessente neem gewoonlik liniêr af namate die adolessent ouer word. Goldbeck et al. (2007) het bevind dat die lewenstevredenheid van adolessente dikwels teen die ouderdom van 13 of 14 jaar afneem. Hierteenoor voer Martin et al. (2008) aan dat die globale evaluering van die lewenstevredenheid van die adolessent in die totale konteks van sy veranderende lewenservaringe en ontwikkeling verreken moet word.

Ten opsigte van waargenome sosiale ondersteuning is ook geslag- en ouderdomsverskille aangeteken (Decker, 2007; Vaux, 1985; Wellman & Wortley, 1989 en 1990). Hong et al. (2010) het

bevind dat, in vergelyking met jonger dogters, jonger seuns laer vlakke van waargenome sosiale ondersteuning toon. Die afleidings wat Hong et al. (2010) gemaak het, was dat MIV/VIGS-geïnfekteerde ouers al hoe minder aandag aan die behoeftes van hul kinders skenk, en dat ander familie en vriende moontlik ook meer aandag aan die siekte en versorging van geïnfekteerde ouers skenk ten koste van die geïnfekteerde adolessente. Sodoende onttrek geïnfekteerde kinders hulle ook van die nodige sosiale ondersteuning weens die stigma wat met die voortgesette siekte van 'n ouer(s) gepaard gaan. Die stigma wat met MIV/VIGS en armoede verbind word, beïnvloed dikwels die waargenome ondersteuning van geïnfekteerde kinders, aangesien hulle dikwels uit arm gemeenskappe met beperkte bronne kom (Fang et al., 2009).

Geslag blyk 'n faktor in waargenome ondersteuning te wees, aangesien geslagsverskille die uitkoms van stressors van adolessente mag beïnvloed (Colarossi, 2001; Mahaffy, 2004). Helsen et al. (2000) en Tam, Foo en Lee (2011) het bevind dat, in vergelyking met seuns, dogters hoër vlakke van waargenome sosiale ondersteuning deur vriende geniet, aangesien hulle 'n groter geneigdheid tot portuurondersteuning toon. Navorsing het getoon dat dogters meer geneig is om probleme/kwessies met vriende te bespreek en ook meer geneig is tot diepgaande gesprekvoering oor aspekte van hul lewens wat problematies is. In vergelyking met seuns, geniet dogters op hierdie wyse groter sosiale ondersteuningsnetwerke, en het sodoende meer toegang tot bronne van ondersteuning (Prezza & Pacilli, 2002). Daar is ook bevind dat daar vir seuns en dogters onderskeidelik tussen die ouderdom 12-17 jaar en 12-14 jaar 'n afname van waargenome ouerlike ondersteuning is. Ondersteuning deur vriende raak dus toenemend belangriker as waargenome ondersteuning deur die gesin, veral in die geval van dogters (Hay & Ashman; Ma & Huebner, 2008; Scholte & Van Aken, 2006 en 2003).

### **Huwelikstatus van ouers**

Die huwelikstatus van ouers word as 'n belangrike bepaler van lewenstevredenheid beskou (Möller, 2007). Getroude ouers blyk gelukkiger te wees as ouers wat geskei, vervreemd of enkel is, wat 'n invloed op die lewenstevredenheid van hulle kinders het (Clark & Oswald, 1994; Layard, 2006). In die Suid-Afrikaanse konteks is geen betekenisvolle verbande tussen die huwelikstatus van ouers en lewenstevredenheid van adolessente gevind nie (Hinks & Gruen, 2007; Powdthavee, 2003), terwyl Möller (2007) 'n swak positiewe verband gevind het.

Navorsing het bevind dat die struktuur van die gesin die lewenstevredenheid en sosiale ondersteuning van adolessente beïnvloed (Ash & Huebner, 2001; Bradley & Corwyn, 2004; Levin &

Currie, 2010; Makola, 2007). Die struktuur van die gesin het 'n invloed op die beskikbaarheid van hulpbronne wat die lewenstevredenheid van adolessente beïnvloed. Adolessente wat by beide ouers bly, toon gewoonlik hoër vlakke van lewenstevredenheid teenoor adolessente uit enkelgesinne (Ash & Huebner, 2001; Hetherington, 2003; Levin & Currie, 2010; Nickerson & Nagle, 2004). Navorsing het ook bevind dat die lewenstevredenheid by adolessente verband hou met goeie moeder-dogter- asook vader-seunverhoudings (Sheeber, Davis, Leve, Hops & Tildesley, 2007). Daarenteen het Meadows, Brown en Elder (2006) bevind dat 'n sterker assosiasie met moederverhoudings 'n verband met die lewenstevredenheid van seuns en dogters toon.

Gehegtheid aan ouers en die struktuur van die gesin verskaf 'n veilige basis waarvandaan adolessente toenemende sosiale uitdagings beter kan hanteer, en dit dien as 'n buffer teen gevoelens van angs, depressie en onsekerheid (Louw, Louw, & Ferns, 2007). Die struktuur van die uitgebreide gesin dra ook verder by tot 'n gevoel van persoonlike waarde en betekenis in die gesin (Basson, 2008).

### **Etnisiteit en ras**

In die Suid-Afrikaanse konteks het Möller (2007) bevind dat verbeterde lewensomstandighede verbind kan word met die lewenstevredenheid van Suid-Afrikaners. Met betrekking tot die verskillende etniese groeperings is bevind dat, in vergelyking met bruines, Asiërs en wit Suid-Afrikaners, swartes 'n kleiner mate van lewenstevredenheid ervaar. Die studie maak die afleiding dat 'n noue verband tussen materiële tevredenheid en die lewenstevredenheid van adolessente bestaan (Dickow & Möller, 2002; Khakoo, 2004; Möller, 2001; Möller & Radloff, 2010). Die groep waaraan die adolessent behoort, bepaal dus grootliks ook die beskikbaarheid van bronne waartoe hy toegang het (Galbie & Davids, 2009). Lewenstevredenheid onder swartes word veral deur die voorsiening van basiese dienste asook die area en omgewing van verblyf beïnvloed (Möller, 2001; Möller & Jackson, 1997). Hoër vlakke van werkloosheid wat sulke gemeenskappe kenmerk, korreleer negatief met die adolessent se algehele lewenstevredenheid (Clark & Oswald, 1994; Oswald, 1997; Möller, 2007; Möller & Radloff, 2010; Powdthavee, 2003; Ravalion & Lokshin, 2001; Stutzer, 2001). Ten spyte van hierdie etniese verskille is bevind dat Suid-Afrikaanse adolessente in die algemeen bo-gemiddelde vlakke van lewenstevredenheid toon, wat in teenstelling is met die bevindinge van bovermelde studies (Basson, 2008; Koen, 2008).

Kultuur en etniese klas blyk verdere voorspellers van sosiale ondersteuning en lewenstevredenheid onder adolessente te wees. Visser (2007) is van mening dat individualisme en

kollektiwisme die individu se leefwyse op verskillende maniere kan beïnvloed. Individualistiese kulture plaas meer klem op tevredenheid van die self, terwyl kollektivistiese kulture op die tevredenheid van die groep fokus (Kuppens, Realo, & Diener, 2008). In kollektivistiese kulture verleen die uitgebreide gesin meer ondersteuning in moeilike tye. In hierdie opset kan enkelinge dus minder individualisties optree en word hulle ook selde aan hulself oorgelaat (Diener, 2000). Kulturele agtergrond speel daarom 'n belangrike rol in die verband tussen sosiale ondersteuning en lewens tevredenheid van adolessente (Suh, Diener, Oishi, & Triandis, 1998).

### **Sosio-ekonomiese status**

Eksterne omgewingsfaktore het 'n belangrike invloed op die lewens tevredenheid en waargenome sosiale ondersteuning van die adolessent (Prince-Embury & Courville, 2008; Vemuri, Grove, Wilson, & Burch, 2011; Young, 2006). Finansiële tevredenheid, inkomste van die ouers, werkloosheid en armoede beïnvloed toegang tot ondersteuningsbronne en die algehele evaluering van die lewensomstandighede van adolessente (Nickerson, Schwarz, & Diener, 2007). Sosio-ekonomiese status is kompleks en sluit aspekte soos aansien in die gemeenskap, materiële omstandighede, rykdom, opvoedingspeil van die ouers, die soort werk wat die ouers verrig en die soort woning in, wat almal 'n invloed op sosiale ondersteuning en die lewens tevredenheid van adolessente het (Tam et al., 2011). Navorsing het bevind dat 'n baie swak sosio-ekonomiese status van ouers 'n negatiewe verband met geestesgesondheid en lewens tevredenheid van adolessente toon (Leventhal & Brooks-Gun, 2000; Tam et al., 2011; Van Hoorn, 2007).

## **BIOGRAFIESE VERANDERLIKES, LEWENSTEVREDENHEID EN SOSIALE ONDERSTEUNING VAN MIV/VIGS-GEAFFEKTEERDE ADOLESSENTE**

By die konseptualisering van enkele biografiese veranderlikes, lewens tevredenheid en waargenome sosiale ondersteuning is dit duidelik dat, volgens die voorafgaande literatuuruitsetting, sekere teoretiese aannames aangaande die verband tussen die konstrunkte gemaak kan word.

Lewens tevredenheid word as 'n belangrike voorspeller van aanpasbare ontwikkeling en gesonde funksionering ná stresvolle lewensgebeure beskou. Navorsing het getoon dat lewens tevredenheid as 'n buffer teen die ontwikkeling van stres en swak hanterings vermoëns dien (Antaramian, Huebner, & Valois, 2008; Fugl-Meyer, Melin, & Fugl-Meyer, 2002; Suldo & Huebner, 2006; Valois, Zullig, Huebner, Kammermann, & Drane, 2002). Dit kom dus voor asof lewens tevredenheid optree as 'n intrapersoonlike sterkte wat beskerming teen die ontwikkeling van psigopatologie in die

teenwoordigheid van toenemende stresvolle lewensgebeure bied. Lewenstevredenheid sluit aspekte van globale tevredenheid met eksterne faktore in, byvoorbeeld gesinsinkomste, kwaliteit van die gesinsklimaat en beskikbaarheid en toegang tot bronne en gesondheidsdienste. Hierdie tevredenheid word beskou as die individu se beoordeling van sy lewe op grond van subjektiewe kriteria van die waargenome situasie.

Die rol van die gesin word beskou as 'n komponent wat 'n lewenslange invloed op die lewenstevredenheid van die adolessent het (Basson, 2008). Die gesin en ander bronne van ondersteuning bied aan adolessente die nodige sosiale, materiële en persoonlike ervarings wat hulle in staat stel om hulle doelwitte te bereik en wat sodoende ook hul lewenstevredenheid verhoog. Lewenstevredenheid en sosiale ondersteuning blyk dus 'n rol te speel wanneer mense nood beleef. Biografiese veranderlikes soos geslag, ras, ouderdom, sosio-ekonomiese status en die gesinstruktuur blyk 'n verdere rol te speel in die verband tussen die lewenstevredenheid en sosiale ondersteuning van MIV/VIGS-geaffekteerde adolessente.

Hierdie teoretiese aanname is nog nie empiries in die Suid-Afrikaanse konteks onder MIV/VIGS-geaffekteerde adolessente geverifieer nie, en daarom, na aanleiding van die doel van die studie, kan die volgende navorsingsvraag geformuleer word: Wat is die rol van enkele biografiese veranderlikes in die verband tussen lewenstevredenheid en sosiale ondersteuning by adolessente wat wel deur MIV/VIGS geaffekteer word?

Om hierdie vraag te beantwoord, is die volgende metode van ondersoek gevolg.

## **METODE VAN ONDERSOEK**

### **Doel van die ondersoek**

Die doel van die navorsing is om te bepaal wat die rol van enkele biografiese veranderlikes in die lewenstevredenheid en sosiale ondersteuning van MIV/VIGS-geaffekteerde adolessente is.

### **Ondersoekgroep en etiese oorwegings**

Hierdie studie is onderneem met 'n groep van 218 MIV/VIGS-geaffekteerde adolessente uit die Noord-Kaap Provinsie. Verskeie nie-winsgewende organisasies wat diens aan wees en weerlose kinders en gemeenskappe lewer, is genader om geaffekteerde adolessente vir die studie te identifiseer. Geaffekteerde adolessente is geselekteer en identifiseer by wyse van die databasis van hierdie

organisasies deurdat hulle ouer(s) deur die tuis-versorgingsprogram van hierdie organisasies versorg en behandel word vanweë hul MIV mediese status. Die ontvangs van ongeskikheidtoelaes deur geïnfekteerde ouers of toelaes ontvang deur voogdes vir geaffekteerde kinders was ook as kriteria vir die insluiting van geaffekteerde adolessente gebruik. Toestemming is verkry vanaf die Provinsiale Departement van Maatskaplike Ontwikkeling wat hierdie organisasies befonds om die ondersoek by nie-winsgewende organisasies af te neem. 'n Formele brief vir toestemming tot die ondersoek is aan die Hoof van die Departement Maatskaplike Ontwikkeling gerig. Die geondertekende toestemmingsbrief is aan die nie-winsgewende organisasies gestuur. Daarbenewens is toestemming ook by die ouers of voogde asook die deelnemers verkry om aan hierdie studie deel te neem. Deelnemers, hul ouers of voogde het ook 'n formele brief ontvang en onderteken. Deelname was vrywillig en alle inligting asook resultate, is ten alle tye vertroulik en anoniem hanteer. Deelnemers is ook ingelig dat hulle te enige tyd hul deelname aan die studie kon staak.

Talle praktiese probleme is ondervind ten opsigte van die bywoning van die geïdentifiseerde adolessente vir die voltooiing van die vraelyste. Ofskoon toestemming verkry is en gewilligheid van hulle kant gekommunikeer is, het sommige van hulle egter nie opgedaag soos ooreengekom nie. Respondente het grotendeels vrese van blootstelling en stigmatisering vanweë hul ouers se mediese status as redes vir hul afwesigheid aangevoer.

Die taal en konstruksie van die vraelyste het ook verskeie uitdagings gebied. Vir Afrikaans- asook Afrikataalsprekendes was die vlak en konstruksie van sommige items (beide in Afrikaans en Engels) soms problematies. Die leesvaardighede van sommige respondente was swak en kan 'n moontlike invloed op die resultate hê. Opgeleide toetsafnemers is gebruik om onduidelikhede, taal en begripsverwarring te verduidelik, en by tye is van tolking gebruik gemaak.

Adolessente van die volgende dorpe is by die ondersoek betrek: Kimberley, Barkly-Wes, De Aar, Britstown en Douglas.

### **Insameling van data**

Die vraelyste is in boekvorm voorberei en saamgebind. Deelnemers is in 10 groepe van 20 elk en een groep van 18 verdeel. Die navorser het met behulp van opgeleide personeel van die onderskeie organisasies (nie-winsgewende organisasies) die afneem van die vraelyste gefasiliteer. Die personeel was vooraf deeglik opgelei in die afneem van die vraelyste.

Ná die afneem van die vraelyste is dit deeglik nagegaan om te verseker dat dit korrek en volledig voltooi is. Response is gekodeer, ingesleutel en nagesien om die totale tellings vir skale en subskale te verkry.

## **Meetinstrumente**

### **Biografiese vraelys**

'n Biografiese vraelys is ontwikkel om enkele biografiese veranderlikes mee te bepaal. Dit het die volgende aspekte ingesluit: geslag, ouderdom, etnisiteit, huwelikstatus van ouers en sosio-ekonomiese status. Die biografiese vraelyste is deur die deelnemers aan die studie voltooi.

### **Lewenstevredenheidsvraelys (Satisfaction with Life Scale – SWLS: Diener, Emmons, Larsen en Griffin, 1985).**

#### **Rasionaal**

Die Lewenstevredenheidsvraelys is gebruik omdat dit ontwikkel is om algehele lewenstevredenheid van die individu te bepaal. Die evaluering van lewenstevredenheid is 'n kognitiewe proses, en die beoordeling daarvan word gebaseer op 'n vergelyking tussen die huidige omstandighede en 'n standaard wat die persoon vir hom-/haarself stel.

#### **Aard, administrasie en interpretasie**

Hierdie vraelys bestaan uit 5 items wat 'n vyfpuntskaal insluit wat wissel van "stem sterk saam" tot "verskil baie". Hoë tellings is aanduidend van 'n groter mate van lewenstevredenheid, en laer tellings reflekteer 'n groter mate van lewensontevredenheid.

#### **Betroubaarheid en geldigheid**

Goeie betroubaarheidsindekse (0,82) word rapporteer (Diener et al., 1985). Wissing (1996) het 'n Cronbach alfa-indeks van 0,85 by 'n Suid-Afrikaanse groep gevind. Diener et al. (1985) dui ook aan dat die Lewenstevredenheidsvraelys oor goeie konstruktgeldigheid beskik.

## **Waargenome Sosiale Ondersteuningskaal deur vriende en familie (Procidano & Heller, 1983).**

### **Rasionaal**

Hierdie vraelys is gebruik omdat dit 'n meting van die individuele persepsie van die multidimensionele aard van ondersteuning deur beide die gesin en vriende afsonderlik gee. Dit is belangrik om te onderskei tussen die persepsies van ondersteuning deur die gesin en vriende, aangesien ondersteuning deur die gesin en ondersteuning deur die vriende verskille toon (Procidano & Heller, 1983).

### **Aard, administrasie en interpretasie**

Die Waargenome Sosiale Ondersteuningsvraelys bestaan uit twee skale van 20 items elk wat ontwikkel is om 'n meting van persepsie van die mate waartoe die individu ondersteuning deur die familie en vriende onderskeidelik ervaar. Die skale meet die mate waartoe die individu reken sy behoeftes aan ondersteuning, informasie en terugvoer deur familie en vriende bevredig is. Hierdie vraelys bestaan uit die volgende twee subskale:

**Die Gesinskaal**, wat 'n aanduiding van waargenome sosiale ondersteuning deur die gesin gee.

**Die Vriendeskaal**, wat 'n aanduiding van waargenome sosiale ondersteuning deur vriende gee.

Op beide skale moet die toetsing deur middel van 'n "ja"- of "nee"-respons die mate van ondersteuning aandui. Vir elke respons aanduidend van ondersteuning word 'n telling van +1 gegee sodat die tellings wissel vanaf 0 (aanduidend van geen ondersteuning) tot 20 (aanduidend van maksimale ondersteuning).

### **Betroubaarheid**

Betroubaarheidsindekse (Cronbach-alfas) wat wissel vanaf 0,88 en 0,90 ten opsigte van die metings van ondersteuningsbronne deur vriende en familie onderskeidelik, word aangedui (Procidano & Heller, 1983).

## **RESULTATE**

Die doel van die studie was om te bepaal wat die rol van enkele biografiese veranderlikes in die verband tussen lewenstevredenheid en sosiale ondersteuning van MIV/VIGS-geaffekteerde adolessente is.

In die ondersoek is lewenstevredenheid en sosiale ondersteuning deur die gesin en vriende as afhanklike veranderlikes en enkele biografiese veranderlikes soos geslag, ras, huwelikstatus van die ouers, sosio-ekonomiese status en ouderdom as onafhanklike veranderlikes geïdentifiseer.

Aangesien geslag en die huwelikstatus van ouers as baie belangrike veranderlikes geïdentifiseer is, is die interaksies tussen hierdie twee veranderlikes en die oorblywende biografiese veranderlikes ook ondersoek.

Rakende die metings van die afhanklike veranderlikes is van roudata gebruik gemaak. Die interne konsekwentheid van die items van die onderskeie vraelyste wat gebruik is om metings van die afhanklike veranderlikes te verkry, is ook vir hierdie ondersoekgroep ondersoek, en die resultate verskyn in Tabel 1.

**Tabel 1: Cronbach se  $\alpha$ -koëffisiënte vir die skale van die onderskeie meetinstrumente**

Meetinstrumente	$\alpha$ -koëffisiënte
Lewenstevredenheid	0,681
Sosiale Ondersteuning: Vriend	0,718
Sosiale Ondersteuning: Gesin	0,764

Die berekende koëffisiënte in Tabel 1 toon dat aanvaarbare interne konsekvente metings vir al drie die skale verkry is.

### **Navorsingshipotese**

Na aanleiding van die doelwit van die navorsing kan die volgende navorsingshipotese geformuleer word:

Beduidende verskille in die gemiddelde Lewenstevredenheid- en Sosiale Ondersteuningskale (vriende en gesin) kom vir bepaalde biografiese veranderlikes (geslag, ouderdom, huistaal, ras, versorgingspersoon, huwelikstatus, leef ouers, kwalifikasie van moeder en vader asook inkomste van huishouding) voor.

Die interaksie tussen twee spesifieke veranderlikes, naamlik geslag en huwelikstatus, met elk van die oorblywende biografiese veranderlikes, sal ook vir bogenoemde hipotese ondersoek word.

Die statistiese prosedures wat gebruik is, word vervolgens bespreek.

### **Statistiese prosedure**

Die doel van die studie is om te bepaal of beduidende verskille in gemiddelde tellings vir lewenstevredenheid en sosiale ondersteuning vir MIV/VIGS-geaffekteerde adolessente rakende enkele biografiese veranderlikes voorkom. Aangesien telkens verskeie onafhanklike sowel as afhanklike veranderlikes voorkom, sal 'n meerveranderlike variansie-ontleding (MANOVA) uitgevoer word (Howell, 2007). Indien 'n beduidende resultaat (F-waarde) met die MANOVA-ontledings verkry sou word, sal die analise met eenveranderlike variansie-ontledings van elk van die afhanklike veranderlikes opgevolg word. Indien meer as twee kategorieë (soos by interaksies) by 'n onafhanklike veranderlike voorkom, sal die Scheffé-prosedure gebruik word om te bepaal watter van die subgroepe se gemiddelde tellings vir die afhanklike veranderlikes statisties beduidend verskil.

Effekgroottes sal ook bereken word om die praktiese belang van die resultate aan te toon. Vir die interpretasie van effekgroottes met variansie-ontledings, kan die volgende riglynwaardes (Steyn, 1999) gebruik word:  $f = 0,1$  (klein effek),  $f = 0,25$  (medium effek) en  $f = 0,4$  (groot effek). Slegs wanneer statisties beduidende resultate (op die 1%- of 5%-peil) gevind word, sal die ooreenstemmende effekgroottes bereken word, en slegs resultate met medium of groot effekte sal in meer besonderhede bespreek word. Die SPSS-rekenaarprogrammatuur (SPSS Incorporated, 2011) is vir die ontledings gebruik.

Die resultate word vervolgens bespreek.

## **RAPPORTERING EN BESPREKING VAN DIE RESULTATE**

### **Beskrywende statistiek**

Voordat die gestelde navorsingshipoteses ondersoek word, sal die verspreiding van die ondersoekgroep rakende die betrokke biografiese veranderlikes in Tabel 2 eerstens aangetoon word.

**Tabel 2: Frekwensiedistribusie van die onderzoekgroep rakende die betrokke biografiese veranderlikes**

<b>Veranderlike</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Geslag</b>		
Manlik	94	43,1
Vroulik	124	56,9
<b>Totaal:</b>	<b>218</b>	<b>100,0</b>
<b>Ouderdom</b>		
11-15 jaar	152	69,7
16-19 jaar	66	30,3
<b>Totaal:</b>	<b>218</b>	<b>100,0</b>
<b>Huistaal</b>		
Afrikaans	100	45,9
Engels	4	1,8
Afrikataal	114	52,3
<b>Totaal:</b>	<b>218</b>	<b>100,0</b>
<b>Ras</b>		
Swart	140	64,2
Bruin	76	34,9
Wit	2	0,9
<b>Totaal:</b>	<b>218</b>	<b>100,0</b>
<b>Persoon woonagtig</b>		
Albei ouers	50	22,9
Enkelouer	54	24,8
Grootouers	64	29,4
Ander familie	50	22,9
<b>Totaal</b>	<b>218</b>	<b>100,0</b>
<b>Huwelikstatus van ouers</b>		
Getroud	76	34,9
Geskei	31	14,2
Nooit getroud	97	44,5
Weet nie	14	6,4
<b>Totaal:</b>	<b>218</b>	<b>100,0</b>
<b>Ouers:</b>		
Beide leef	109	50,0
Een oorlede	59	27,1
Beide oorlede	50	22,9
<b>Totaal:</b>	<b>218</b>	<b>100,0</b>

Kwalifikasie Moeder		
Primêre skool of geen	96	44,0
Sekondêre skool en hoër	122	56,0
<b>Totaal:</b>	<b>218</b>	<b>100,0</b>
Kwalifikasie Vader		
Primêre skool of geen	100	45,9
Sekondêre skool en hoër	118	54,1
<b>Totaal</b>	<b>218</b>	<b>100,0</b>
Inkomste van huishouding		
Minder as R1000 pm	100	45,9
R1000 of meer pm	118	54,1
<b>Totaal:</b>	<b>218</b>	<b>100,0</b>

Uit Tabel 2 is dit duidelik dat slegs 4 (1,8%) persone Engels as huistaal aangedui het, terwyl slegs 2 persone (0,9%) wit is en 14 aangedui het dat hulle nie weet wat hul ouers se huwelikstatus is nie. In die ontledings wat volg, is hierdie persone telkens weggelaat, aangesien die getal te klein is om as 'n afsonderlike kategorie in die ontledings te benut.

Volgens geslag was die respondente ewe goed verteenwoordig: seuns (43, 1%) en dogters (56, 9%). In hierdie studie was die ouderdomsgroep van 11-15 jaar die grootste verteenwoordigende groep (69, 7%). Daar was 'n groter verteenwoordiging van swart respondente (64, 2%) in vergelyking met bruin respondente (34, 9%).

Wat die huwelikstatus van hul ouers betref, was (34, 9%) se ouers getroud, terwyl 'n groter proporsie (44, 5%) aangetoon het dat hul ouers nooit getroud is nie. 'n Groot proporsie (50%) van die respondente se ouers leef nog, terwyl 27, 1% aangetoon het dat 'n ouer afgesterf het en 22, 9% aangetoon het dat beide hul ouers oorlede is.

Ten opsigte van die gesin se sosio-ekonomiese status, het 'n groter proporsie (54, 1%) van die respondente aangedui dat die gesamentlike maandelikse inkomste van die huishouding R1000 of meer beloop.

Voordat die resultate van die navorsingshipotese aangebied en bespreek word, word die beskrywende statistieke (gemiddeldes, standaardafwykings) van die skale vir die totale groep in Tabel 3 aangedui en kortliks bespreek.

**Tabel 3: Gemiddeldes en standaardafwykings vir die totale onderoekgroep**

Skale van meetinstrumente	N	$\bar{X}$	s
Lewenstevredenheid	218	15,89	6,45
Sosiale Ondersteuning:			
Vriende	218	13,46	3,64
Gesin	218	13,08	3,94

Hierdie gemiddeldes is nie direk vergelykbaar nie. Die respondente het oorwegend lae tot gemiddelde tellings in beide hulle lewenstevredenheid en sosiale ondersteuning deur vriende en die gesin behaal.

### Navorsingshipotese

#### Rol van hoofeffekte

Ten einde te bepaal of beduidende verskille tussen die gemiddelde tellings vir lewenstevredenheid- en sosiale ondersteuning vir die onafhanklike veranderlikes (biografiese veranderlikes) voorkom, is die MANOVA-prosedure uitgevoer. Eerstens is die hoofeffekte getoets, waarna die interaksie tussen geslag en die oorblywende biografiese veranderlikes asook huwelikstatus en die oorblywende biografiese veranderlikes ondersoek is. Die resultate van die hoofeffekte verskyn in Tabel 4.

**Tabel 4: MANOVA F-waardes volgens die hoofeffek**

Onafhanklike veranderlike	F-waarde+	$\nu$	p
Geslag	5,421**	3; 214	0,002
Ouderdom	7,051**	3; 214	0,000
Huistaal	6,455**	3; 210	0,000
Ras	6,072**	3; 212	0,001
Persoon woonagtig	1,272	9; 632	0,249
Huwelikstatus	2,330*	6; 396	0,032
Ouers	1,022	6; 424	0,410
Kwalifikasie moeder	3,771*	3; 214	0,011
Kwalifikasie vader	1,811	3; 214	0,146
Inkomste van huishouding	1,689	3; 214	0,170

\*\* p <= 0,01

\* p <= 0,05

+ Hotelling-Lawley-toetsgrootheid is gebruik

Uit Tabel 4 blyk dat verskille in die gemiddeldes van die afhanklike veranderlikes vir geslag, ouderdom, huistaal en ras voorkom wat op die 1%-peil beduidend is, terwyl daar ook op die 5%-peil beduidende verskille vir huwelikstatus en kwalifikasie van die moeder voorkom. Ten einde te bepaal op watter van die afhanklike veranderlikes (Lewenstevredenheid- en Sosiale Ondersteuningskale) beduidende verskille in gemiddeldes vir die genoemde hoofeffekte voorkom, is eenrigting-variensie-ontledings gedoen. Die laasgenoemde prosedure verskaf eerstens 'n aanduiding van die subskale ten opsigte waarvan beduidende verskille voorkom en tweedens van die groepe (indien meer as twee groepe) ten opsigte waarvan hierdie verskille voorkom.

### **Geslag**

Om te bepaal of beduidende verskille in gemiddeldes rakende die drie afhanklike veranderlikes vir geslag voorkom, is 'n variensie-ontleding uitgevoer, en die volgende resultate is verkry: lewenstevredenheid ( $F = 0,382$ ;  $p = 0,537$ ); sosiale ondersteuning deur vriende ( $F = 12,442$ ;  $p = 0,001$ ); en sosiale ondersteuning deur die gesin ( $F = 0,152$ ;  $p = 0,697$ ). Hieruit blyk dat slegs ten opsigte van sosiale ondersteuning deur vriende op die 1%-peil beduidende verskille in gemiddeldes vir seuns ( $\bar{X} = 12,49$ ;  $s = 3,74$ ) en dogters ( $\bar{X} = 14,20$ ;  $s = 3,40$ ) voorkom. Die ooreenstemmende effekgrootte ( $f = 0,24$ ) dui aan dat die resultaat van gemiddelde belang is. In vergelyking met die seuns, is dit duidelik dat die dogters 'n hoër gemiddelde telling verkry het en dus in 'n groter mate as die seuns sosiale ondersteuning deur vriende ervaar.

Die bevinding van hierdie studie stem ooreen met vorige navorsing wat bevind het dat geslagsverskille 'n rol in die sosiale ondersteuning onder adolessente speel. Vorige navorsing toon juis aan dat dogters meer geneig is om hulle probleme met vriende en familie te bespreek en daarom, in vergelyking met die seuns, groter sosiale ondersteuningsnetwerke beleef en sodoende meer toegang tot sosiale bronne het (Helsen et al., 2000; Prezza & Pacilli, 2000; Tam et al., 2011).

### **Ouderdom**

Volgens die variensie-ontleding is die volgende resultate ten opsigte van die drie afhanklike veranderlikes vir die twee ouderdomsgroepe (11-15 jaar en 16-19 jaar) verkry: lewenstevredenheid ( $F = 9,232$ ;  $p = 0,003$ ); sosiale ondersteuning deur vriende ( $F = 5,129$ ;  $p = 0,025$ ); en sosiale ondersteuning deur die gesin ( $F = 3,325$ ;  $p = 0,070$ ). Hieruit blyk dat beduidende verskille ten opsigte van lewenstevredenheid op die 1%-peil in gemiddeldes vir die jonger adolessente ( $\bar{X} = 15,03$ ;  $s =$

5,59) en ouer adolessente ( $\bar{X} = 17,86$ ;  $s = 7,79$ ) voorkom, terwyl vir sosiale ondersteuning deur vriende op die 5%-peil beduidende verskille in gemiddeldes vir jonger adolessente ( $\bar{X} = 13,10$ ;  $s = 3,57$ ) en ouer adolessente ( $\bar{X} = 14,30$ ;  $s = 3,69$ ) voorkom. Die ooreenstemmende effekgroottes (lewenstevredenheid –  $f = 0,21$ ; ondersteuning deur vriende –  $f = 0,15$ ) toon dat die resultaat slegs ten opsigte van lewenstevredenheid van gemiddelde belang is. In vergelyking met die jong adolessente, is dit duidelik dat die ouer groep 'n hoër gemiddelde telling verkry het en dus in 'n groter mate as die jong adolessente lewenstevredenheid ervaar.

Hierdie bevinding van die studie is teenstrydig met vorige navorsing wat getoon het dat die lewenstevredenheid van adolessente gewoonlik liniêr afneem namate die adolessent ouer raak (Goldbeck et al., 2007). Hierdie studie het bevind dat die ouer groep (16-19 jaar) 'n hoër gemiddelde telling as die jonger groep (11-15 jaar) verkry het en dus hoër vlakke van lewenstevredenheid in vergelyking met die jonger groep ervaar. 'n Moontlike rede hiervoor mag wees dat ouer adolessente beter ondersteuning deur hulle ouers, vriende, skool en die gemeenskap ervaar, terwyl jonger adolessente 'n geneigtheid tot ondersteuning deur slegs die gesin toon (Hay & Ashman, 2003; Ma & Huebner, 2008; Scholte & Van Aken, 2006).

## Huistaal

Volgens die variansie-ontleding is die volgende resultate ten opsigte van die drie afhanklike veranderlikes vir die twee taalgroepe (Afrikaans en Afrikataal) verkry: lewenstevredenheid ( $F = 10,938$ ;  $p = 0,001$ ); sosiale ondersteuning deur vriende ( $F = 0,026$ ;  $p = 0,871$ ); en sosiale ondersteuning deur die gesin ( $F = 10,775$ ;  $p = 0,001$ ). Hieruit blyk dat, ten opsigte van lewenstevredenheid (Afrikaans  $\bar{X} = 17,44$ ;  $s = 6,84$  en Afrikataal  $\bar{X} = 14,64$ ;  $s = 5,86$ ) asook ten opsigte van sosiale ondersteuning deur gesin (Afrikaans  $\bar{X} = 12,22$ ;  $s = 4,55$  en Afrikataal  $\bar{X} = 13,94$ ;  $s = 3,04$ ) beduidende verskille in gemiddeldes op die 1%-peil voorkom. Beide die effekgroottes (lewenstevredenheid –  $f = 0,23$ ; ondersteuning deur die gesin –  $f = 0,23$ ) toon dat die resultate van gemiddelde belang is. In vergelyking met die Afrikataalsprekers, is dit duidelik dat die Afrikaanssprekendes 'n hoër gemiddelde telling vir lewenstevredenheid verkry het en dus in 'n groter mate as die Afrikataalsprekers lewenstevredenheid ervaar. Aan die ander kant is dit duidelik dat, in vergelyking met die Afrikataalsprekers, die Afrikaanssprekendes 'n laer gemiddelde telling vir sosiale ondersteuning deur

gesin verkry het en dus in 'n kleiner mate as die Afrikataalsprekers sosiale ondersteuning deur die gesin ervaar.

Etniese verskille ten opsigte van lewenstevredenheid in die Suid-Afrikaanse konteks is in vorige studies rapporteer. Die studies het bevind dat, ten spyte van 'n nuwe Suid-Afrikaanse demokratiese bestel, swart groeperinge in vergelyking met bruin/kleurling, Asiate en wit Suid-Afrikaners, laer vlakke van lewenstevredenheid ervaar (Dickow & Möller, 2002; Khakoo, 2004; Möller, 2007; Möller, 2001; Möller & Radloff, 2010;). Galbie en Davids (2009) is van mening dat die etniese groep waaraan die adolessent behoort, grootliks die beskikbaarheid en toegang tot bronne bepaal, wat 'n impak op sy lewenstevredenheid het. Hierdie studie het dieselfde bevindinge getoon, naamlik dat Afrikataalsprekende adolessente in vergelyking met Afrikaanssprekende adolessente, laer vlakke van lewenstevredenheid ervaar. Die bevinding van hierdie studie is in teenstelling met vorige navorsing (Basson, 2008) wat bevind het dat Suid-Afrikaanse adolessente in die algemeen bo-gemiddelde vlakke van lewenstevredenheid ervaar.

Ten opsigte van Sosiale ondersteuning deur die gesin, is die teenoorgestelde tendens gerapporteer. In vergelyking met die bruin/kleurlinggroep, het die swart adolessente hoër vlakke van sosiale ondersteuning deur die gesin aangetoon. Die rol van etnisiteit en/of kultuur mag moontlik hierin 'n rol speel. By die interpretasie behoort onthou te word dat Afrikaanssprekendes verteenwoordigend van die bruin/kleurlinggroep is en dat die Afrikataal verteenwoordigend van die swart groep is. Visser (2007) is van mening dat swartes meer verteenwoordigend van 'n kollektivistiese kultuur is, terwyl bruines/kleurlinge meer verteenwoordigend van 'n individualistiese kultuur is. In 'n kollektivistiese kultuur is die fokus meer op die tevredenheid van die sosiale/etniese groep, terwyl die fokus in individualistiese kulture meer op die self val. In kollektivistiese kulture verleen die uitgebreide gesin ook meer ondersteuning in moeilike tye en dien dus as 'n buffer teen die ontwikkeling van stres in die teenwoordigheid van toenemende negatiewe lewensgebeure (Diener, 2000; Kuppens et al., 2008; Suh et al., 1998).

## **Ras**

Volgens die variansie-ontleding is die volgende resultate ten opsigte van die drie afhanklike veranderlikes vir die twee rasgroepe (swart en bruin) verkry: lewenstevredenheid ( $F = 6,604$ ;  $p = 0,011$ ); sosiale ondersteuning deur vriende ( $F = 0,747$ ;  $p = 0,389$ ); en sosiale ondersteuning deur die gesin ( $F = 14,921$ ;  $p = 0,000$ ). Hieruit blyk dat ten opsigte van lewenstevredenheid op die 5%-peil

(Swart  $\bar{X} = 15,06$ ;  $s = 5,96$  en Bruin  $\bar{X} = 17,41$ ;  $s = 7,11$ ) asook ten opsigte van sosiale ondersteuning deur gesin (Swart  $\bar{X} = 13,81$ ;  $s = 3,19$  en Bruin  $\bar{X} = 11,71$ ;  $s = 4,78$ ) op die 1%-peil beduidende verskille in gemiddeldes voorkom. Die onderskeie effekgroottes (Lewenstevredenheid –  $f = 0,17$ ; ondersteuning deur die gesin –  $f = 0,26$ ) toon dat slegs die laasgenoemde resultaat van gemiddelde belang is. In vergelyking met die swart adolessente, is dit duidelik dat die bruin adolessente 'n laer gemiddelde telling vir sosiale ondersteuning deur die gesin verkry het en dus in 'n kleiner mate as die swart adolessente sosiale ondersteuning deur die gesin ervaar.

### **Huwelikstatus van ouers**

Hierdie onafhanklike veranderlike bestaan uit drie kategorieë, naamlik getroud, geskei en nooit getroud. Om moontlike verskille ten opsigte van die drie afhanklike veranderlikes te ondersoek, is 'n variansie-ontleding uitgevoer, en die volgende resultate is verkry: lewenstevredenheid ( $F = 3,290$ ;  $p = 0,039$ ); sosiale ondersteuning deur vriende ( $F = 1,901$ ;  $p = 0,152$ ) en sosiale ondersteuning deur die gesin ( $F = 0,705$ ;  $p = 0,495$ ). Hieruit blyk dat slegs ten opsigte van lewenstevredenheid op die 5%-peil beduidende verskille in gemiddeldes vir die drie groepe voorkom (Getroud  $\bar{X} = 14,71$ ;  $s = 5,91$ ; Geskei  $\bar{X} = 18,10$ ;  $s = 7,28$  en Nooit getroud  $\bar{X} = 16,30$ ;  $s = 6,52$ ). Die ooreenstemmende effekgrootte ( $f = 0,18$ ) dui aan dat die resultaat nie werklik van praktiese belang is nie en word dus nie verder bespreek nie.

Die huwelikstatus van ouers blyk dus nie 'n belangrike rol in die lewenstevredenheid en sosiale ondersteuning van hierdie ondersoekgroep te speel nie.

### **Kwalifikasie van die moeder**

Die laaste beduidende hoofeffek is die kwalifikasievlak van die moeder (graad 7 en laer of graad 8 en hoër). Ten opsigte van die drie afhanklike veranderlikes is 'n variansie-ontleding uitgevoer, en die volgende resultate is verkry: lewenstevredenheid ( $F = 7,065$ ;  $p = 0,008$ ); sosiale ondersteuning deur vriende ( $F = 0,590$ ;  $p = 0,443$ ); en sosiale ondersteuning deur die gesin ( $F = 3,666$ ;  $p = 0,057$ ). Hieruit blyk dat slegs ten opsigte van lewenstevredenheid op die 1%-peil beduidende verskille in gemiddeldes vir graad 7 of laer ( $\bar{X} = 17,18$ ;  $s = 6,97$ ) en graad 8 of hoër ( $\bar{X} = 14,87$ ;  $s = 5,85$ ) voorkom. Die ooreenstemmende effekgrootte ( $f = 0,18$ ) dui aan dat die resultaat nie van praktiese belang is nie; gevolglik word dit nie verder bespreek nie.

Die kwalifikasies van die moeder speel dus nie 'n belangrike rol in die verband tussen die lewenstevredenheid en sosiale ondersteuning van die groep nie.

### Rol van interaksie tussen geslag en ander biografiese veranderlikes

Vervolgens is die MANOVA-prosedure benut om die moontlike interaksies tussen geslag en die oorblywende biografiese veranderlikes te ondersoek. Die resultate hiervan verskyn in Tabel 5.

Om huwelikstatus in die interaksies te benut is slegs twee groepe gevorm, naamlik getroudes en nooit getroudes. Die geskeide groep is weggelaat aangesien die frekwensie in hierdie kategorie te klein is om sinvol in die interaksies te benut.

**Tabel 5: MANOVA F-waardes volgens die interaksie tussen geslag en die ander biografiese veranderlikes.**

Onafhanklike veranderlike	F-waarde+	v	P
Geslag* Ouderdom	4,183**	9; 632	0,000
Geslag* Huistaal	3,871**	9; 620	0,000
Geslag* Ras	4,371**	9; 626	0,000
Geslag* Persoon woon	1,451	21; 620	0,054
Geslag* Huwelikstatus	2,290*	9; 497	0,016
Geslag* Ouers	2,037*	15; 626	0,011
Geslag* Kwalifikasie Moeder	3,047**	9; 632	0,001
Geslag* Kwalifikasie Vader	2,485**	9; 632	0,009
Geslag* Inkomste	2,335*	9; 632	0,014

\*  $p \leq 0,01$

\*  $p \leq 0,05$

+ Hotelling-Lawley-toetsgrootheid is gebruik

Uit Tabel 5 blyk dat, met die uitsondering van die interaksie tussen geslag en die persoon waar die adolessent woon, op die 1%- of 5%-peil beduidende verskille in gemiddeldes van die afhanklike veranderlikes vir al die oorblywende interaksies voorkom. Ten einde te bepaal op watter van die afhanklike veranderlikes (Lewenstevredenheid- en Sosiale Ondersteuningskale) beduidende verskille in gemiddeldes vir die genoemde interaksies voorkom, is eenrigting-variensie-ontledings gedoen. Die laasgenoemde prosedure verskaf eerstens 'n aanduiding van die subskale ten opsigte waarvan

beduidende verskille voorkom en tweedens vir watter groepe hierdie verskille voorkom. Elke interaksie word afsonderlik bespreek.

### Interaksie tussen geslag en ouderdom

Die resultate ten opsigte van die drie afhanklike veranderlikes, tesame met die berekende effekgroottes ( $f$ ) vir die genoemde interaksie, verskyn in Tabel 6.

**Tabel 6: F-waardes van die eenrigting-variensie-ontleding om te toets vir verskille in gemiddelde tellings van die afhanklike veranderlikes vir die interaksie tussen geslag en ouderdom**

Afhanklike veranderlike	Seuns				Dogters				F-waarde	p	f
	11-15 jaar		16-19 jaar		11-15 jaar		16-19 jaar				
	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s			
Lewenstevredenheid	14,9	5,4	17,5	6,9	15,1	5,8	18,1	8,3	3,11*	0,027	0,21
Ondersteuning – vriende	12,1	3,4	13,8	4,5	14,0	3,5	14,6	3,2	5,88**	0,001	0,29
Ondersteuning – gesin	13,2	3,2	13,2	4,9	13,6	3,2	11,9	5,3	1,76	0,157	-

\*\* p <= 0,01

\* p <= 0,05

Ten opsigte van lewenstevredenheid en sosiale ondersteuning deur vriende kom beduidende verskille vir hierdie interaksie onderskeidelik op die 5% en 1%-peil voor. Die ooreenstemmende effekgroottes dui aan dat beide resultate van matige praktiese belang is, en die Scheffé-toets is gebruik om die spesifieke verskille tussen groepe te ondersoek. Wat lewenstevredenheid betref, kom beduidende verskille tussen die seuns (11-15 jaar) en die dogters (16-19 jaar) voor. Die dogters het 'n beduidende hoër gemiddelde as die seuns behaal en toon dus, in vergelyking met die jong seungroep (11-15 jaar), 'n hoër mate van lewenstevredenheid. Dieselfde tendens kom ten opsigte van sosiale ondersteuning deur vriende voor. In vergelyking met die jong seungroep (11-15 jaar), toon die ouer dogters (16-19 jaar) 'n beduidende hoër gemiddelde vir die veranderlike. In vergelyking met die jong seungroep, ervaar die ouer dogters dus 'n hoër mate van sosiale ondersteuning deur vriende.

Soos vroeër in die studie vermeld, blyk ouderdom- en geslagsverskille 'n rol te speel in die ervaring van lewenstevredenheid en sosiale ondersteuning deur adolessente. In hierdie studie is

ouderdom- en geslagsverskille gerapporteer, wat in teenstelling is met die bevinding van Gilman en Huebner (2006), wat getoon het dat geslag en ouderdom 'n geringe rol speel in die globale tevredenheid van adolessente. Terwyl Galbie en Davids (2009) bevind het dat adolessente seuns, ongeag hul ouderdom, hoër vlakke van lewenstevredenheid ervaar, het hierdie studie getoon dat ouer dogters (16-19 jaar) in vergelyking met die jonger seuns (11-15 jaar), hoër vlakke van lewenstevredenheid toon. Dieselfde tendens geld ten opsigte van sosiale ondersteuning van die dogters, aangesien hulle volgens die literatuur meer portuurgroepgeoriënteerd is en so ook groter ondersteuningsnetwerke het wat hulle groter toegang tot sosiale bronne verleen. Die portuurgroep blyk al hoe belangriker te raak namate die adolessent ouer word. In teenstelling met seuns, is dogters verder ook geneig om meer openlik probleme/ kwessies in hul lewens met die groep te bespreek (Colarossi, 2001; Hay & Ashman, 2003; Ma & Huebner, 2008; Mahaffy, 2004; Helsen et al., 2000; Schollte & Van Aken, 2006; Tam et al., 2011).

### Interaksie tussen geslag en huistaal

Die resultate ten opsigte van die drie afhanklike veranderlikes vir die genoemde interaksie, tesame met die berekende effekgroottes ( $f$ ), verskyn in Tabel 7.

**Tabel 7: F-waardes van die eenrigting-variensie-ontleding om te toets vir verskille in gemiddelde tellings van die afhanklike veranderlikes vir die interaksie tussen geslag en huistaal**

Afhanklike veranderlike	Seuns				Dogters				F-waarde	p	f
	Afrikaans		Afrikataal		Afrikaans		Afrikataal				
	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s			
Lewenstevredenheid	17,9	6,6	13,9	4,6	17,1	7,1	15,2	6,7	3,95**	0,009	0,24
Ondersteuning – vriende	12,6	3,9	12,5	3,7	14,2	3,8	14,2	3,1	3,83*	0,011	0,23
Ondersteuning – gesin	12,4	4,2	13,9	3,1	12,1	4,8	14,0	3,0	3,61*	0,014	0,23

\*\* p <= 0,01

\* p <= 0,05

Ten opsigte van lewenstevredenheid op die 1%-peil en ten opsigte van sosiale ondersteuning deur vriende en gesin op die 5%-peil kom beduidende verskille vir hierdie interaksie voor. Die

ooreenstemmende effekgroottes dui aan dat die resultate in al drie die gevalle van matige praktiese belang is, en die Scheffé-toets is gebruik om die spesifieke verskille tussen groepe te ondersoek. Wat lewensvredenheid betref, kom beduidende verskille tussen die Afrikaanssprekende en Afrikataalsprekende seuns voor. Die Afrikataalsprekende seuns het 'n beduidende laer gemiddelde as die Afrikaanssprekende seuns behaal en ervaar dus, in vergelyking met die Afrikaanssprekende seuns, 'n kleiner mate van lewensvredenheid. Wat sosiale ondersteuning deur vriende betref, kom vir die Afrikataalsprekende seuns en dogters beduidende verskille in gemiddeldes voor. In vergelyking met die Afrikataalsprekende seuns, het die dogters 'n beduidende hoër gemiddelde behaal en ervaar dus, in vergelyking met die Afrikataalsprekende seuns, 'n groter mate van sosiale ondersteuning deur vriende. Wat sosiale ondersteuning deur die gesin betref, kom beduidende verskille in gemiddeldes vir die Afrikaanssprekende en Afrikataalsprekende dogters voor. In vergelyking met die Afrikataalsprekende dogters, het die Afrikaanssprekende dogters 'n beduidende laer gemiddelde behaal en ervaar dus, in vergelyking met die Afrikataalsprekende dogters, 'n mindere mate van sosiale ondersteuning deur die gesin.

Hierdie studie het ook verskille ten opsigte van geslag en huistaal in die verband tussen lewensvredenheid en sosiale ondersteuning van die respondente getoon. In vergelyking met swart adolessente dogters, het swart adolessente seuns kleiner tellings vir beide lewensvredenheid en sosiale ondersteuning behaal. Hierdie bevinding is weereens in ooreenstemming met vorige navorsing wat reeds in die studie vermeld is (Hay & Ashman, 2003; Helsen et al., 2000; Ma & Huebner, 2008; Mahaffy, 2004; Prezza & Pacilli, 2000; Scholte & Van Aken, 2006; Tam et al., 2011). Onderlinge geslagsverskille ten opsigte van sosiale ondersteuning vir swart dogters en bruin/kleurlingdogters is ook verder in die studie gevind. Bruin/kleurlingdogters het aansienlik laer tellings behaal en, in vergelyking met die swart dogters, ervaar laer vlakke van ondersteuning deur die gesin. Moontlike verklarings hiervoor blyk die rol van kultuur en die uitgebreide familie, wat aan die swart adolessente dogters hoër vlakke van ondersteuning bied, te wees (Diener, 2000; Galbie & Davids, 2009; Kuppens et al., 2008; Möller, 2007; Suh et al., 1998; Visser, 2007).

### **Interaksie tussen geslag en ras**

Die resultate ten opsigte van die drie afhanklike veranderlikes en die berekende effekgroottes (*f*) vir die genoemde interaksie verskyn in Tabel 8.

**Tabel 8: F-waardes van die eenrigting-variensie-ontleding om te toets vir verskille in gemiddelde tellings van die afhanklike veranderlikes vir die interaksie tussen geslag en ras**

Afhanklike veranderlike	<i>Seuns</i>				<i>Dogters</i>				F-waarde	p	f
	<i>Swart</i>		<i>Bruin</i>		<i>Swart</i>		<i>Bruin</i>				
	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s			
Lewenstevredenheid	14,0	4,7	18,9	6,8	15,9	6,7	16,4	7,2	4,31**	0,006	0,25
Ondersteuning – vriende	12,8	3,5	11,9	4,2	14,3	3,1	14,0	3,9	4,52**	0,004	0,25
Ondersteuning – gesin	13,9	2,9	11,7	4,7	13,7	3,4	11,7	4,8	4,98**	0,002	0,27

\*\* p <= 0,01

\* p <= 0,05

Ten opsigte van al drie die afhanklike veranderlikes kom op die 1%-peil beduidende verskille vir hierdie interaksie voor. Die ooreenstemmende effekgroottes dui aan dat die resultate in al drie die gevalle wel van matige praktiese belang is, en die Scheffé-toets is gebruik om die spesifieke verskille tussen groepe te ondersoek. Wat lewenstevredenheid betref, kom beduidende verskille tussen die swart en bruin seuns voor. Die swart seuns het 'n beduidende laer gemiddelde as die bruin seuns behaal en ervaar dus 'n mindere mate van lewenstevredenheid in vergelyking met die bruin seuns. Wat sosiale ondersteuning deur vriende betref, kom vir die bruin seuns en die swart dogters beduidende verskille in gemiddeldes voor. In vergelyking met die bruin seuns, het die swart dogters 'n beduidende hoër gemiddelde behaal en ervaar dus 'n groter mate van sosiale ondersteuning deur vriende in vergelyking met die bruin seuns. Wat sosiale ondersteuning deur die gesin betref, kom beduidende verskille in gemiddeldes vir die swart en bruin dogters voor. In vergelyking met die swart dogters, het die bruin dogters 'n beduidende laer gemiddelde behaal en ervaar dus 'n kleiner mate van sosiale ondersteuning deur die gesin in vergelyking met die swart dogters.

Met betrekking tot die interaksie tussen geslag en ras is bevind dat swart seuns beduidend laer vlakke van lewenstevredenheid toon as bruin/kleurlingseuns. Hierdie bevinding is in ooreenstemming met Galbie en Davids (2009) se navorsing, wat aantoon dat die etniese groep waaraan die adolessent behoort, grootliks die beskikbaarheid van bronne bepaal, wat 'n invloed op die algehele tevredenheid van die adolessent het. Wat die verskil in sosiale ondersteuning ten opsigte van bruin seuns en bruin dogters betref, toon die dogters hoër vlakke van sosiale ondersteuning. Die rol van die gesin,

portuurgroep en gemeenskap word weereens beklemtoon. Ten opsigte van onderlinge verskille tussen swart dogters en bruin dogters, blyk dit asof swart dogters groter sosiale ondersteuning geniet. Kulturele faktore en die rol van die uitgebreide gesin word weereens hierdeur bevestig (Diener, 2000; Kuppens et al., 2008; Suh et al., 1998).

### Interaksie tussen geslag en huwelikstatus van ouers

Die resultate ten opsigte van die drie afhanklike veranderlikes en die berekende effekgroottes ( $f$ ) vir die genoemde interaksie verskyn in Tabel 9.

**Tabel 9: F-waardes van die eenrigting-variensie-ontleding om te toets vir verskille in gemiddelde tellings van die afhanklike veranderlikes vir die interaksie tussen geslag en huwelikstatus**

Afhanklike veranderlike	<i>Seuns</i>				<i>Dogters</i>				F-waarde	<i>p</i>	<i>f</i>
	<i>Getroud</i>		<i>Nooit getroud</i>		<i>Getroud</i>		<i>Nooit getroud</i>				
	$\bar{X}$	<i>s</i>	$\bar{X}$	<i>s</i>	$\bar{X}$	<i>s</i>	$\bar{X}$	<i>s</i>			
Lewenstevredenheid	14,6	5,4	15,8	5,3	14,8	6,4	16,6	7,2	1,05	0,372	
Ondersteuning – vriende	12,2	3,3	12,9	4,0	13,6	3,3	14,5	3,3	3,95**	0,009	0,26
Ondersteuning – gesin	13,7	3,3	13,0	3,9	13,4	3,7	12,7	4,1	0,56	0,639	

\*\*  $p \leq 0,01$

\*  $p \leq 0,05$

Slegs ten opsigte van sosiale ondersteuning deur vriende kom op die 1%-peil 'n beduidende verskil in gemiddeldes vir hierdie interaksie voor. Die ooreenstemmende effekgrootte van 0,26 dui aan dat die resultaat wel van gemiddelde praktiese belang is. Die Scheffé-toets is gebruik om die spesifieke verskille tussen groepe te ondersoek. Die gemiddelde telling vir sosiale ondersteuning deur vriende vir dogters wie se ouers nooit getroud is nie, verskil beduidend van die telling vir seuns wie se ouers wel getroud is. Die seuns wie se ouers getroud is, het 'n beduidende laer gemiddelde telling behaal en ervaar dus, in vergelyking met die dogters wie se ouers nooit getroud is nie, 'n laer mate van sosiale ondersteuning deur vriende.

Navorsing het bevind dat gesinsveranderlikes soos die struktuur van die gesin (of ouers getroud, ongetroud of geskei is) 'n positiewe verband met die lewenstevredenheid en sosiale ondersteuning van

adolescente toon (Ash & Huebner, 2001; Bradley & Corwyn, 2004; Levin & Currie, 2010; Makola, 2007). Hierdie studie het bevind dat die seuns wie se ouers getroud is, in vergelyking met dogters wie se ouers nooit getroud is, laer vlakke van sosiale ondersteuning deur vriende rapporteer het. Dit benadruk die feit dat dogters, ongeag die struktuur van die gesin, groter betrokkenheid by die portuurgroep het en gevolglik in vergelyking met seuns groter ondersteuning deur die groep ontvang.

### Interaksie tussen geslag en of ouers leef

Die resultate ten opsigte van die drie afhanklike veranderlikes en die berekende effekgroottes ( $f$ ) vir die genoemde interaksie verskyn in Tabel 10.

**Tabel 10: F-waardes van die eenrigting-variensie-ontleding om te toets vir verskille in gemiddelde tellings van die afhanklike veranderlikes vir die interaksie tussen geslag en of ouers leef.**

	<i>Seuns</i>						<i>Dogters</i>						<i>F-waarde</i>		
	<i>Beide leef</i>		<i>Een oorlede</i>		<i>Beide oorlede</i>		<i>Beide leef</i>		<i>Een oorlede</i>		<i>Beide oorlede</i>				
	$\bar{X}$	$S$	$\bar{X}$	$S$	$\bar{X}$	$s$	$\bar{X}$	$s$	$\bar{X}$	$s$	$\bar{X}$	$s$	$\bar{X}$	$p$	$f$
Lewenstevredenheid	14,3	5,4	14,9	5,2	19,3	6,2	16,8	7,1	15,0	6,0	16,1	7,4	2,43	0,063	
Ondersteuning – vriende	12,5	3,1	12,9	3,5	12,1	5,2	13,9	3,6	14,0	3,4	15,1	2,7	3,09	0,010	0,26
Ondersteuning – gesin	13,6	3,5	13,2	2,9	12,4	4,6	13,0	4,1	13,1	3,8	13,0	4,7	0,31	0,907	

\*\*  $p \leq 0,01$

\*  $p \leq 0,05$

Slegs ten opsigte van sosiale ondersteuning deur vriende kom op die 1%-peil 'n beduidende verskil in gemiddeldes vir hierdie interaksie voor. Die ooreenstemmende effekgrootte van 0,26 dui aan dat die resultaat wel van gemiddelde praktiese belang is. Die Scheffé-toets is gebruik om die spesifieke verskille tussen die groepe te ondersoek. Die gemiddelde telling van dogters van wie beide ouers oorlede is vir sosiale ondersteuning deur vriende verskil beduidend van die telling van seuns van wie beide ouers oorlede is. Die seuns van wie beide ouers oorlede is, het 'n beduidende laer gemiddelde telling behaal en ervaar dus, in vergelyking met die dogters van wie beide ouers oorlede is, 'n laer mate van sosiale ondersteuning deur vriende.

Die studie het bevind dat die dogters van wie beide ouers oorlede is, in vergelyking met die seuns van wie beide ouers oorlede is, hoër vlakke van sosiale ondersteuning deur vriende ervaar. Ondersteuning deur die vriendekring blyk dus toenemend belangriker as die waargenome sosiale ondersteuning deur die gesin te word (Scholte & Van Aken, 2006; Ma & Huebner, 2008).

### Interaksie tussen geslag en die moeder se kwalifikasie

Die resultate ten opsigte van die drie afhanklike veranderlikes en die berekende effekgroottes ( $f$ ) vir die genoemde interaksie verskyn in Tabel 11.

**Tabel 11: F-waardes van die eenrigting-variensie-ontleding om te toets vir verskille in gemiddelde tellings van die afhanklike veranderlikes vir die interaksie tussen geslag en kwalifikasie van die moeder.**

Afhanklike veranderlike	Seuns				Dogters				F-waarde	$p$	$f$
	Graad 7 of laer		Graad 8 of hoër		Graad 7 of laer		Graad 8 of hoër				
	$\bar{X}$	$s$	$\bar{X}$	$s$	$\bar{X}$	$s$	$\bar{X}$	$s$			
Lewenstevredenheid	16,7	6,6	14,8	5,2	17,5	7,2	14,9	6,4	2,47	0,063	
Ondersteuning – vriende	13,0	4,3	12,2	3,3	14,2	3,6	14,2	3,3	4,56**	0,004	0,25
Ondersteuning – gesin	12,8	4,5	13,5	3,0	12,3	4,4	13,6	3,7	1,31	0,273	

\*\*  $p \leq 0,01$

\*  $p \leq 0,05$

Slegs ten opsigte van sosiale ondersteuning deur vriende kom op die 1%-peil 'n beduidende verskil in gemiddeldes vir hierdie interaksie voor. Die ooreenstemmende effekgrootte van 0,25 is aanduidend dat die resultaat wel van gemiddelde praktiese belang is. Die Scheffé-toets is gebruik om die spesifieke verskille tussen groepe te ondersoek. Die gemiddelde telling vir sosiale ondersteuning deur vriende van seuns wie se moeders graad 8 of hoër as kwalifikasie het, verskil beduidend van die tellings vir beide die dogtersgroepe (graad 7 of laer en graad 8 en hoër). Die seuns wie se moeders wel graad 8 of hoër het, het 'n beduidende laer gemiddelde telling behaal as die twee dogtergroepe en ervaar dus, in vergelyking met die dogtergroepe, 'n laer mate van sosiale ondersteuning deur vriende.

Dit blyk dus dat die kwalifikasie van die moeder 'n geringe invloed op die sosiale ondersteuning van adolessente het. Geslagsverskille tussen seuns en dogters blyk egter 'n groter rol te speel in die mate waartoe sosiale ondersteuning ervaar word.

### Interaksie tussen geslag en die vader se kwalifikasie

Die resultate ten opsigte van die drie afhanklike veranderlikes en die berekende effekgroottes (*f*) vir die genoemde interaksie verskyn in Tabel 12.

**Tabel 12: F-waardes van die eenrigting-variensie-ontleding om te toets vir verskille in gemiddelde tellings van die afhanklike veranderlikes vir die interaksie tussen geslag en kwalifikasie van die vader**

Afhanklike veranderlike	<i>Seuns</i>				<i>Dogters</i>				F-waarde	<i>p</i>	<i>f</i>
	<i>Graad 7 of laer</i>		<i>Graad 8 of hoër</i>		<i>Graad 7 of laer</i>		<i>Graad 8 of hoër</i>				
	$\bar{X}$	<i>S</i>	$\bar{X}$	<i>S</i>	$\bar{X}$	<i>S</i>	$\bar{X}$	<i>s</i>			
Lewenstevredenheid	15,5	6,1	15,7	5,8	15,2	6,5	16,9	7,1	0,83	0,477	
Ondersteuning – vriende	12,8	4,2	12,3	3,3	14,6	3,4	13,8	3,4	4,79**	0,003	0,26

\*\*  $p \leq 0,01$

\*  $p \leq 0,05$

Soos in die geval van die moeder se kwalifikasie, kom slegs ten opsigte van sosiale ondersteuning deur vriende op die 1%-peil 'n beduidende verskil in gemiddeldes vir hierdie interaksie voor. Die ooreenstemmende effekgrootte van 0,26 is weer aanduidend daarvan dat die resultaat wel van gemiddelde praktiese belang is. Die Scheffé-toets is gebruik om die spesifieke verskille tussen groepe te ondersoek. Die gemiddelde telling vir sosiale ondersteuning deur vriende van seuns wie se vaders graad 8 of hoër as kwalifikasie het, verskil beduidend van die tellings van beide die dogtersgroepe (graad 7 of laer en graad 8 en hoër). Die seuns wie se vaders wel graad 8 of hoër het, het 'n beduidende laer gemiddelde telling behaal as die twee dogtergroepe en ervaar dus, in vergelyking met die dogtergroepe, 'n laer mate van sosiale ondersteuning deur vriende.

Net soos in die geval van die moeder se kwalifikasie, blyk dit dat geslagsverskille ook in die geval van die vader se kwalifikasie eerder 'n verband met die sosiale ondersteuning van hierdie groep toon.

### Interaksie tussen geslag en inkomste van huishouding

Die resultate ten opsigte van die drie afhanklike veranderlikes en die berekende effekgroottes (*f*) vir die genoemde interaksie verskyn in Tabel 13.

**Tabel 13: F-waardes van die eenrigting-variensie-ontleding om te toets vir verskille in gemiddelde tellings van die afhanklike veranderlikes vir die interaksie tussen geslag en inkomste van die huishouding**

Afhanklike veranderlike	Seuns				Dogters				F-waarde	<i>p</i>	<i>f</i>
	Minder as R1000		Meer as R1000		Minder as R1000		Meer as R1000				
	$\bar{X}$	<i>s</i>	$\bar{X}$	<i>s</i>	$\bar{X}$	<i>s</i>	$\bar{X}$	<i>s</i>			
Lewenstevredenheid	15,5	6,0	15,6	5,8	16,1	6,4	16,2	7,2	0,13	0,942	
Ondersteuning – vriende	12,1	3,4	12,8	4,1	13,5	3,2	14,8	3,5	5,81**	0,001	0,29
Ondersteuning – gesin	13,3	3,5	13,2	3,9	12,6	3,7	13,3	4,3	0,413	0,744	

\*\*  $p \leq 0,01$

\*  $p \leq 0,05$

Slegs ten opsigte van sosiale ondersteuning deur vriende kom op die 1%-peil 'n beduidende verskil in gemiddeldes vir hierdie interaksie voor. Die ooreenstemmende effekgrootte van 0,29 is aanduidend dat die resultaat wel van gemiddelde praktiese belang is. Die Scheffé-toets is gebruik om spesifieke verskille tussen die groepe te ondersoek. Die gemiddelde telling vir sosiale ondersteuning deur vriende van seuns van wie die inkomste van die huishouding R1000 of minder is, verskil beduidend van die tellings van beide die dogtersgroepe (R1000 of minder sowel as R1000 of meer). Die seuns van wie die inkomste van die huishouding R1000 of minder is, het 'n beduidende laer gemiddelde telling behaal en ervaar dus, in vergelyking met beide die dogtersgroepe, 'n laer mate van sosiale ondersteuning deur vriende.

Geslagsverskille, eerder as die sosio-ekonomiese status van die ouers of gesin, blyk ook 'n groter rol te speel in die sosiale ondersteuning deur vriende. Sosio-ekonomiese status, alleen of in

isolasie, blyk dus nie 'n betekenisvolle invloed op die sosiale ondersteuning van adolessente te hê soos deur Tam et al. (2011) bevind is nie.

Die rol van interaksie met enkele veranderlikes word vervolgens bespreek.

### Rol van interaksie tussen die huwelikstatus van ouers en ander biografiese veranderlikes

Die MANOVA-prosedure is gebruik om die moontlike interaksies tussen huwelikstatus en die oorblywende biografiese veranderlikes te ondersoek. Die resultate hiervan verskyn in Tabel 14.

**Tabel 14: MANOVA F-waardes volgens die interaksie tussen huwelikstatus en die ander biografiese veranderlikes**

Onafhanklike veranderlike	F-waarde+	v	p
Huwelikstatus* Ouderdom	2,509**	9; 497	0,008
Huwelikstatus * Huistaal	2,555**	9; 485	0,007
Huwelikstatus * Ras	2,522**	9; 491	0,008
Huwelikstatus * Persoon woon	1,542	21; 485	0,059
Huwelikstatus * Ouers	1,231	15; 491	0,244
Huwelikstatus * Kwalifikasie Moeder	2,305*	9; 497	0,015
Huwelikstatus * Kwalifikasie Vader	1,799	9; 497	0,066
Huwelikstatus * Inkomste	2,201*	9; 497	0,021

\*\*  $p \leq 0,01$

\*  $p \leq 0,05$

+ Hotelling-Lawley-toetsgrootte is gebruik

Met die uitsondering van die interaksie tussen huwelikstatus en die persoon by wie die adolessent woon, die interaksie tussen huwelikstatus en of ouers leef asook die interaksie tussen huwelikstatus en kwalifikasie van die vader, blyk uit Tabel 14 dat op die 1%- of 5%-peil beduidende verskille in gemiddeldes van die afhanklike veranderlikes vir al die oorblywende interaksies voorkom. Ten einde te bepaal op watter van die afhanklike veranderlikes (Lewenstevredenheid- en Sosiale Ondersteuningskale) beduidende verskille in gemiddeldes vir die genoemde interaksies voorkom, is eenrigting-variensie-ontledings gedoen, en elke interaksie word afsonderlik bespreek.

### Interaksie tussen huwelikstatus en ouderdom

Die resultate ten opsigte van die drie afhanklike veranderlikes en die berekende effekgroottes ( $f$ ) vir die genoemde interaksie verskyn in Tabel 15.

**Tabel 15: F-waardes van die eenrigting-variensie-ontleding om te toets vir verskille in gemiddelde tellings van die afhanklike veranderlikes vir die interaksie tussen huwelikstatus en ouderdom.**

Afhanklike veranderlike	Getroud				Nooit getroud				F-waarde	p	f
	11-15 jaar		16-19 jaar		11-15 jaar		16-19 jaar				
	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s			
Lewenstevredenheid	14,2	5,2	16,5	7,7	15,8	5,6	17,1	7,7	1,88	0,135	
Ondersteuning – vriende	12,5	3,5	14,1	2,6	13,9	3,2	13,9	4,3	2,07	0,106	
Ondersteuning – gesin	13,4	3,6	13,9	3,4	13,6	2,7	11,5	5,2	2,90*	0,037	0,23

\*\*  $p \leq 0,01$

\*  $p \leq 0,05$

Ten opsigte van sosiale ondersteuning deur die gesin kom op die 5%-peil beduidende verskille vir hierdie interaksie voor. Die ooreenstemmende effekgrootte dui aan dat die resultaat van matige praktiese belang is, en die Scheffé-toets is gebruik om die spesifieke verskille tussen groepe te ondersoek. Die gemiddelde tellings vir sosiale ondersteuning deur die gesin van ouer adolescentte (16-19 jaar) wie se ouers getroud is of nooit getrou het nie, verskil beduidend van mekaar. Die ouer adolescentte wie se ouers wel getroud is, het 'n beduidende hoër gemiddelde telling as die adolescentte wie se ouers nooit getrou het nie, behaal. Hulle toon dus 'n groter mate van sosiale ondersteuning as diegene wie se ouers nooit getrou het nie.

White en Matawie (2004) beskou die gesinskonteks as 'n belangrike bron van ondersteuning vir die adolescent. Die gesinsklimaat bied aan die adolescent 'n ondersteunende omgewing wat hom in staat stel om by veranderinge binne homself aan te pas, asook om nuwe uitdagings suksesvol te bemeester. Die struktuur van die gesin speel daarom 'n belangrike rol in die sosiale ondersteuning van die adolescent. Navorsing het bevind dat adolescentte wie se ouers getroud is, in vergelyking met dié wie se ouers nooit getroud is nie of geskei of enkel is, hoër vlakke van beide sosiale ondersteuning en lewenstevredenheid ervaar (Ash & Huebner, 2001; Hetherington, 2003; Levin & Currie, 2010;

Nickerson & Nagle, 2004). Hierdie studie het soortgelyke bevindings getoon. Ouderdomsverskille blyk egter ook 'n rol in die sosiale ondersteuning deur en die huwelikstatus van ouers te speel, soos in hierdie studie gerapporteer. Ouer adolessente wie se ouers nie getroud is nie, het in vergelyking met adolessente wie se ouers nie getroud is nie, 'n groter mate van sosiale ondersteuning deur die gesin ervaar.

### Interaksie tussen huwelikstatus en huistaal

Die resultate ten opsigte van die drie afhanklike veranderlikes en die berekende effekgroottes (*f*) vir die genoemde interaksie verskyn in Tabel 16.

**Tabel 16: F-waardes van die eenrigting-variensie-ontleding om te toets vir verskille in gemiddelde tellings van die afhanklike veranderlikes vir die interaksie tussen huwelikstatus en huistaal.**

Afhanklike veranderlike	Getroud				Nooit getroud				F-waarde	p	f
	Afrikaans		Afrikataal		Afrikaans		Afrikataal				
	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s			
Lewenstevredenheid	15,8	5,2	14,0	6,4	17,7	6,9	15,1	6,1	2,67*	0,049	0,22
Ondersteuning – vriende	13,1	3,1	12,8	3,7	13,6	4,3	14,2	3,1	1,29	0,279	-
Ondersteuning – gesin	12,6	3,9	14,6	2,5	12,0	4,5	13,7	3,3	3,84*	0,011	0,26

\*\* p <= 0,01

\* p <= 0,05

Ten opsigte van lewenstevredenheid en sosiale ondersteuning deur die gesin kom op die 5%-peil beduidende verskille vir hierdie interaksie voor. Die ooreenstemmende effekgroottes dui aan dat die resultate in beide gevalle van matige praktiese belang is, en die Scheffé-toets is gebruik om die spesifieke verskille tussen groepe te ondersoek. Wat lewenstevredenheid betref, kom beduidende verskille tussen die Afrikaanssprekende adolessente wie se ouers getroud is en die Afrikaanssprekende adolessente wie se ouers nooit getroud is nie, voor. Die Afrikataalsprekendes wie se ouers getroud is, het 'n beduidende laer gemiddelde as die Afrikaanssprekendes wie se ouers nooit getroud is nie, behaal. Hulle ervaar dus, in vergelyking met die Afrikaanssprekendes wie se ouers nooit getroud is nie, 'n kleiner mate van lewenstevredenheid. Wat sosiale ondersteuning deur die gesin betref, kom ook vir

hierdie twee groepe (Afrikataalsprekendes wie se ouers getroud is en Afrikaanssprekendes wie se ouers nooit getroud is nie) beduidende verskille in gemiddeldes voor. Die Afrikataalsprekendes wie se ouers wel getroud is, het 'n beduidende hoër gemiddelde behaal en ervaar dus, in vergelyking met die Afrikaanssprekendes wie se ouers nooit getroud is nie, 'n groter mate van sosiale ondersteuning deur die gesin.

Etniese groepering en huwelikstatus van ouers blyk ook 'n invloed op die sosiale ondersteuning van die adolessent te hê. Swart adolessente wie se ouers getroud is, het in vergelyking met bruin/kleurling adolessente wie se ouers nooit getroud is nie, aangetoon dat hulle groter ondersteuning deur die gesin te ervaar. Die struktuur, kulturele waardes en die rol van die uitgebreide gesin in tradisioneel swart gemeenskappe blyk hier 'n belangrike rol te speel (Diener, 2000; Kuppens et al., 2008; Suh et al., 1998).

### Interaksie tussen huwelikstatus en ras

Die resultate ten opsigte van die drie afhanklike veranderlikes en die berekende effekgroottes (*f*) vir die genoemde interaksie verskyn in Tabel 17.

**Tabel 17: F-waardes van die eenrigting-variensie-ontleding om te toets vir verskille in gemiddelde tellings van die afhanklike veranderlikes vir die interaksie tussen huwelikstatus en ras.**

Afhanklike veranderlike	Getroud				Nooit getroud				F-waarde	p	f
	Swart		Bruin		Swart		Bruin				
	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s			
Lewenstevredenheid	14,0	6,2	15,7	5,3	15,9	6,3	17,2	7,2	1,62	0,187	
Ondersteuning – vriende	12,8	3,6	13,0	3,1	14,3	3,1	13,2	4,7	1,81	0,148	
Ondersteuning – gesin	14,4	2,8	12,2	4,1	13,4	3,6	11,6	4,7	4,15	0,007	0,27

\*\* p <= 0,01

\* p <= 0,05

Slegs ten opsigte van sosiale ondersteuning deur die gesin kom op die 1%-peil beduidende verskille vir hierdie interaksie voor. Die ooreenstemmende effekgrootte dui aan dat die resultaat wel

van gemiddelde praktiese belang is, en die Scheffé-toets is gebruik om die spesifieke verskille tussen groepe te ondersoek. Wat sosiale ondersteuning deur die gesin betref, kom vir die swart adolessente wie se ouers getroud is en die bruin adolessente wie se ouers nooit getroud is beduidende verskille in gemiddeldes voor. In vergelyking met die bruin adolessente wie se ouers nooit getroud is nie, het die swart adolessente wie se ouers wel getroud is 'n beduidende hoër gemiddelde behaal en ervaar dus, in vergelyking met die bruin adolessentegroep, 'n groter mate van sosiale ondersteuning deur die gesin.

Die huweliksstaat en etniese klas het dus nie 'n beduidende invloed op die lewenstevredenheid en sosiale ondersteuning deur vriende van hierdie groep nie.

### Interaksie tussen huweliksstatus en die moeder se kwalifikasie

Die resultate ten opsigte van die drie afhanklike veranderlikes en die berekende effekgroottes ( $f$ ) vir die genoemde interaksie verskyn in Tabel 18.

**Tabel 18: F-waardes van die eenrigting-variensie-ontleding om te toets vir verskille in gemiddelde tellings van die afhanklike veranderlikes vir die interaksie tussen huweliksstatus en kwalifikasie van die moeder.**

Afhanklike veranderlike	Getroud				Nooit getroud				F-waarde	p	f
	Graad 7 of laer		Graad 8 of hoër		Graad 7 of laer		Graad 8 of hoer				
	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s			
Lewenstevredenheid	17,1	7,0	13,2	4,5	16,1	6,6	16,5	6,5	3,39*	0,019	0,25
Ondersteuning – vriende	12,4	3,7	13,2	3,1	14,3	3,7	13,6	3,6	1,79	0,151	
Ondersteuning – gesin	12,9	3,6	14,0	3,4	12,4	4,6	13,2	3,4	1,37	0,253	

\*\*  $p \leq 0,01$

\*  $p \leq 0,05$

Slegs ten opsigte van lewenstevredenheid kom op die 5%-peil 'n beduidende verskil in gemiddeldes vir hierdie interaksie voor. Die ooreenstemmende effekgrootte van 0,25 dui aan dat die resultaat wel van gemiddelde praktiese belang is; gevolglik is die Scheffé-toets gebruik om die spesifieke verskille tussen die groepe te ondersoek. Adolessente wie se ouers getroud is en waarvan die moeder se kwalifikasie graad 7 of laer is, se gemiddelde telling vir lewenstevredenheid verskil beduidend van die gemiddelde telling van adolessente wie se ouers getroud is en waarvan die moeders

se kwalifikasie graad 8 of hoër is. Adollesente wie se moeders graad 7 of laer het, het 'n beduidende hoër telling as die ander groep behaal en ervaar dus 'n groter mate van lewenstevredenheid.

Uit hierdie studie blyk dat die interaksie van kwalifikasie en huwelikstatus van die moeder blyk wel 'n rol te speel in die lewenstevredenheid van adollesente. 'n Moontlike verklaring vir die bevinding dat adollesente wie se ouers getroud is en 'n kwalifikasie van graad 7 of laer het, groter lewenstevredenheid ervaar as adollesente wie se ouers ook getroud is en 'n kwalifikasie van graad 8 of hoër het, kan met aspekte soos werkloosheid, beroepsgerigtheid of die kwaliteit van die gesinslewe verband hou. Hierdie aspek kan in latere studies verder ondersoek word.

### Interaksie tussen huwelikstatus en inkomste van huishouding

Die resultate ten opsigte van die drie afhanklike veranderlikes en die berekende effekgroottes (*f*) vir die genoemde interaksie verskyn in Tabel 19.

**Tabel 19: F-waardes van die eenrigting-variensie-ontleding om te toets vir verskille in gemiddelde tellings van die afhanklike veranderlikes vir die interaksie tussen huwelikstatus en inkomste van huishouding.**

Afhanklike veranderlike	<i>Getroud</i>				<i>Nooit getroud</i>				<i>F</i> -waarde	<i>p</i>	<i>f</i>
	<i>Minder as R1000</i>		<i>Meer as R1000</i>		<i>Minder as R1000</i>		<i>Meer as R1000</i>				
	$\bar{X}$	<i>S</i>	$\bar{X}$	<i>s</i>	$\bar{X}$	<i>s</i>	$\bar{X}$	<i>s</i>			
Lewenstevredenheid	14,7	5,6	14,7	6,2	15,9	5,9	16,6	7,0	1,00	0,394	
Ondersteuning – vriende	12,2	3,3	13,4	3,4	13,0	3,3	14,7	3,8	4,04**	0,008	0,27
Ondersteuning – gesin	13,1	3,2	13,8	3,7	12,9	3,4	12,7	4,5	0,742	0,529	

\*\*  $p \leq 0,01$

\*  $p \leq 0,05$

Slegs ten opsigte van sosiale ondersteuning deur vriende kom op die 1%-peil 'n beduidende verskil in gemiddeldes vir hierdie interaksie voor. Die ooreenstemmende effekgrootte van 0,27 dui aan dat die resultaat wel van gemiddelde praktiese belang is. Die Scheffé-toets is gebruik om die spesifieke verskille tussen die groepe te ondersoek. Adollesente wie se ouers getroud is en 'n huishoudelike inkomste van minder as R1000 per maand het, se gemiddelde telling vir sosiale ondersteuning deur vriende verskil beduidend van die gemiddelde telling van adollesente wie se ouers nooit getroud is nie

en wie se inkomste meer as 'nR1000 per maand is. Die laasgenoemde groep het 'n beduidende hoër gemiddelde telling behaal en ervaar dus 'n groter mate van sosiale ondersteuning deur vriende.

Huishoudelike inkomste en die struktuur van die gesin blyk ook 'n rol in die sosiale ondersteuning deur vriende van hierdie groep adolessente te speel. Adolessente wie se ouers getroud is en wie se gesamentlike maandelikse inkomste meer as R1000 per maand is, het groter toegang tot bronne en ervaar meer sosiale ondersteuning deur die portuurgroep. Die inkomstevlak van die gesin beïnvloed die beskikbaarheid van bronne, wat 'n invloed op die mate van ondersteuning deur vriende beïnvloed.

### **SAMEVATTING**

Die doel van hierdie ondersoek was om die rol van enkele biografiese veranderlikes in die lewensvrede en sosiale ondersteuning van adolessente wat deur MIV/VIGS geaffekteer word, te bepaal.

Die bevindinge van hierdie studie het getoon dat sommige biografiese veranderlikes wel 'n rol in die lewensvrede en sosiale ondersteuning van die MIV/VIGS-geaffekteerde adolessent speel.

Navorsing oor lewensvrede en sosiale ondersteuning onder adolessente is dit eens dat die gesin 'n belangrike voorspeller van suksesvolle ontwikkelingsuitkomst is (Basson, 2008; Ma & Huebner, 2008; Makola, 2007; Nickerson & Nagle, 2004; Proctor et al., 2008; Valois et al., 2002; Zullig et al., 2005). Die struktuur van die gesin word positief met die lewensvrede en sosiale ondersteuning van adolessente verbind (Ash & Huebner, 2001; Bradley & Corwyn, 2004; Levin & Currie, 2010; Makola, 2007). Hierdie studie het getoon dat die huwelikstatus van ouers (getroud, ongetroud, enkel) op sigself 'n geringe invloed op die lewensvrede en sosiale ondersteuning van MIV/VIGS-geaffekteerde adolessente het.

Dit blyk dat die interaksie van huwelikstatus (getroud, ongetroud, enkel) met ander biografiese veranderlikes wel 'n verband met die lewensvrede en sosiale ondersteuning van hierdie groep adolessente toon. Uit die interaksie tussen die geslag van die adolessente en die huwelikstatus van hul ouers blyk dat geslagsverskille 'n rol speel in die lewensvrede en sosiale ondersteuning van hierdie groep adolessente. Die studie het bevind dat, in vergelyking met die seuns wie se ouers wel getroud is, dogters wie se ouers nooit getroud is nie, 'n groter mate van sosiale ondersteuning geniet en gevolglik ook hoër vlakke van lewensvrede toon. Geslagsverskille blyk dus 'n groter rol te speel eerder as bloot die ouers se huwelikstatus. So ook het die dogters van wie beide ouers oorlede is, in

vergelyking met die seuns van wie beide ouers oorlede is, 'n groter mate van sosiale ondersteuning deur vriende getoon.

Die opvoedingspeil van ouers blyk nie 'n rol te speel in die lewensvrede en sosiale ondersteuning van hierdie groep adolessente nie. Ten opsigte van die sosio-ekonomiese status van ouers, blyk dit dat geslagsverskille 'n beduidende rol speel in die sosiale ondersteuning van hierdie groep. Die dogters wie se ouers se gesamentlike maandelikse inkomste R1000 of meer is, toon beduidend hoër ondersteuningsvlakke in vergelyking met die seuns wie se ouers se gemiddelde gesamentlike maandelikse inkomste dieselfde is en aansienlik laer vlakke van ondersteuning deur die gesin toon.

Dit wil voorkom asof die interaksie tussen die gesin se maandelikse inkomste en die huwelikstatus van ouers 'n invloed op die sosiale ondersteuning van hierdie groep het. Adolessente wie se ouers nooit getroud is nie en wie se maandelikse inkomste R1000 en minder is, toon beduidend laer vlakke van sosiale ondersteuning in vergelyking met adolessente wie se ouers wel getroud is, maar wie se die maandelikse inkomste 'n R1000 of meer is. Vanweë die ouers se inkomste het hierdie groep moontlik beter toegang tot ondersteuningsbronne (Levin & Currie, 2010).

Dit blyk verder dat die interaksie tussen die ouderdom van die adolessente en die huwelikstatus van die ouers 'n verband toon met die sosiale ondersteuning van hierdie groep. Die ouer groep (16-19 jaar) wie se ouers getroud is, toon beduidend hoër vlakke van sosiale ondersteuning as die ooreenstemmende groep wie se ouers nooit getroud is nie. Dit blyk dat die struktuur van die gesin in hierdie geval 'n rol in die sosiale ondersteuning van die adolessente speel namate hulle ouer word.

Die etniese groep van die ouers en die struktuur van die gesin blyk 'n rol te speel in die sosiale ondersteuning van MIV/VIGS-geaffekteerde adolessente. Hierdie studie toon dat swart adolessente wie se ouers getroud is, hoër vlakke van ondersteuning deur die gesin ervaar in vergelyking met bruin/kleurling adolessente wie se ouers nooit getroud is nie. Die struktuur van die gesin, tesame met die moontlike rol van kultuur en die rol van die uitgebreide gesin, veral ten opsigte van tradisioneel swart kulturele, blyk 'n rol te speel in die sosiale ondersteuning van hierdie groep adolessente.

Dit was deurgaans deur die studie duidelik dat ouderdom- en geslagsverskille 'n rol speel in die lewensvrede en sosiale ondersteuning van hierdie groep adolessente. Die ouer groep (16-19 jaar) het beduidend hoër vlakke van lewensvrede ervaar in vergelyking met die jonger (11-15 jaar) groep. Hierdie bevinding is in teenstelling met vorige navorsing wat bevind het dat lewensvrede liniër met die ouderdom van die adolessent afneem (Goldbeck et al., 2007). 'n

Moontlike verklaring hiervoor is dat lewenstevredenheid as 'n multidimensionele konstruk voortdurend na gelang van die lewensomstandighede van die individu verander (Basson, 2008; Gillman & Huebner, 2003; Valois et al., 2002). 'n Ander moontlike verklaring vir die verskynsel is dat, hoe ouer die MIV-geaffekteerde adolessent word, hoe beter beheer kry hy oor sy "omstandighede" (armoede, onsekerheid, finansies, verlies), wat impliseer dat sy lewenstevredenheid verhoog word.

Lewenstevredenheid kan dus as 'n dinamiese konstruk beskou word, aangesien behoeftes en die evaluering van behoeftes van individu tot individu en ten opsigte van lewensgebeure verskil (Basson, 2008; Ferrante, 2003; Martin et al., 2008). Lewenstevredenheid kan daarom as subjektief beskou word.

Geslag- en ouderdomsverskille ten opsigte van sosiale ondersteuning deur die familie en vriende is deurgaans in hierdie studie gevind. Konsekwent met die literatuur ten opsigte van geslag en sosiale ondersteuning, het hierdie studie ook getoon dat dogters in die algemeen hoër vlakke van ondersteuning deur die familie en vriende toon (Decker, 2007; Hong et al., 2010; Meeus, 2011; Tam et al., 2011; Vaux, 1985; Wellman & Wortley, 1989 en 1990). Hierdie studie het getoon dat jonger seuns, in vergelyking met ouer dogters, laer vlakke van sosiale ondersteuning deur beide die gesin en vriendekring ervaar. Dit is bevind dat dogters in vergelyking met seuns hoër vlakke van waargenome sosiale ondersteuning deur die familie en vriende ervaar, aangesien hulle 'n groter geneigtheid tot ondersteuning deur die gesin en die portuurgroep toon. Hulle beleef dus groter sosiale ondersteuningsnetwerke en het sodoende toegang tot meer bronne (Prezza & Pacilli, 2002).

Etnisiteit, ras en/of kultuur blyk ook 'n rol in die lewenstevredenheid en sosiale ondersteuning van hierdie groep adolessente te speel. Möller (2007) het bevind dat die verbeterde lewensomstandighede van Suid-Afrikaners met hul lewenstevredenheid verband hou. Sy het bevind dat swartes, in vergelyking met bruines/kleurlinge, Asiërs en wit Suid-Afrikaners, laer vlakke van lewenstevredenheid toon. Hierdie studie het dieselfde bevindinge getoon, deurdat swartes in vergelyking met die bruin groep laer vlakke van lewenstevredenheid in hierdie studie rapporteer het. Adolessente in hierdie studie was afkomstig uit hoofsaaklik arm gemeenskappe, wat 'n moontlike rol kon speel in die negatiewe beleving van hul lewenstevredenheid. Navorsing het getoon dat die sosiale en etniese groep waaraan die adolessent behoort, grootliks die soort bronne waartoe hy toegang verkry, bepaal. Hierdie bronne het dus 'n groot invloed op die sosiale ondersteuning en lewenstevredenheid wat ervaar word (Möller, 2007; Möller & Radloff, 2010; Powdthavee, 2003).

## **Leemtes en aanbevelings**

Die steekproef in hierdie studie het grotendeels uit swart adolessente (64, 2%) bestaan, terwyl die bruin groep (34, 9%) en die wit groep (0, 9%) uitgemaak het. Die Asiërgroep het heeltemal in die studie ontbreek. Weens die oneweredige etniese verspreiding van die steekproef is die etniese diversiteit van adolessente nie ten volle weerspieël nie. Daar was ook geslagsongelykheid deurdat die dogters (56, 9%) meer verteenwoordig as die seuns (43, 1%) was, wat 'n moontlike invloed op die resultate van die studie kon hê.

Taalvoorkeur en die vlak van taalvaardigheid is as 'n verdere leemte geïdentifiseer. Die meetinstrumente was net in Engels en Afrikaans. Swart respondente, wie die meerderheid (52, 3%) in die studie verteenwoordig, was oorwegend Tswana- of Xhosasprekend, en die gebruik van Engels kon 'n moontlike effek op die resultate gehad het.

Hierdie studie het net op geaffekteerde adolessente gefokus. Die moontlike insluiting van 'n kontrolegroep in die vorm van nie-geaffekteerde adolessente sou moontlik 'n meer sinvolle bydrae tot die interpretasie van die data hê.

Op grond van hierdie leemtes kan die aanbevelings hier onder gemaak word.

## **Aanbevelings**

Die volgende aanbevelings word gemaak ten einde navorsing oor sosiale ondersteuning en lewensvrede van verskillende etniese groepe te bevorder: 'n Groter, meer verteenwoordigende steekproef in terme van ras, geslag en sosio-ekonomiese agtergrond is nodig om 'n meer geïntegreerde beeld van geaffekteerde adolessente se persepsies van sosiale ondersteuning en lewensvrede te verkry.

Ten opsigte van die taalvoorkeur kan die moontlikheid ondersoek word om vraelyste vir die studie in die moedertaal van die respondent beskikbaar te stel en te laat voltooi. Die kwalitatiewenavorsingsmetodes kan aangevul word deur respondente binne verskeie domeine (skool, gesin, woonbuurt, portuurgroep) waar te neem.

# Bronnelys

- Allgower, A., Wardle, J. & Steptoe, A. (2001). Depressive Symptoms, social support, and personal health behaviours in young men and women. *Health Psychology, 20*, 223-227.
- Antaramian, S. P., Huebner, E. S. & Valois, R. F. (2008). Adolescent life satisfaction. *Applied Psychology: An International Review, 57*(1), 112-126.
- Arbona, C. & Power, T. G. (2003). Parental attachment, self-esteem, and antisocial behavior among African American, European American, and Mexican adolescents. *Journal of Counseling Psychology, 50*, 40-51.
- Ash, C. & Huebner, E. S. (2001). Environmental events and life satisfaction reports of adolescents: A test of cognitive mediation. *School Psychology Internations, 22*(3), 320-336.
- Bal, S., Crombez, G., Van Oost, P & Debourdeayhuij I. (2003). The role of social support in wellbeing and coping with self-reported stressful events in adolescents. *Child Abuse Neglect, 27*, 1377, 1395.
- Basson, N. (2008). *The influence of psychosocial factors on the subjective well-being of adolescents* (Unpublished master's thesis). University of the Free State, Bloemfontien, South Africa.
- Bokhorst, C. L., Sumter, S. R. and Westenberg, P. M. (2009). Social Support from Parents, Friends, Classmates, and Teachers in Children and Adolescents Aged 9 to 18 Years: Who Is Perceived as Most Supportive? *Social Development, 19*(2) 417-426.
- Bradford, E. & Lyndon, W. J. (1994). Assessing adolescent and adult attachment: An update. *Journal of Counseling & Development, 73*, 215-219.
- Bradley, R. H. & Corwyn, R. F. (2004). Life satisfaction among European American, African American, Chinese, American, Mexican American, and Dominican American Adolescent's. *International Journal of Behavioural Development, 28*, 385-400. C A :Wadsworth
- Calvete, H. & Connor-Smith, J. K. (2006). Perceived social support, coping, and symptoms of distress in American and Spanish students. *Anxiety, Stress, and Coping, 19*(1), 47-65.
- Cauce, A. M., Mason, C., Gonzales, N., Hiraga, Y. & Liu, G. (1994). Social support during adolescence: Methodological and theoretical consideration. In F. Nestmann & K. Hurrell-mann (Eds.), *Social networks and social support in childhood and adolescence*, 89-108. Berlin: Walter de Gruyter.
- Clark, A. E., Oswald, A. J. (1994). Unhappiness and unemployment. *Economic Journal 104*, 648-59.

- Cluver, L. & Gardner, F. (2007). The Mental Health of Children orphaned by AIDS: A review of International and South African Research. *Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 19 (1) 1-17.
- Colarossi, L. G. (2001). Adolescent gender differences in social support: structure, function, and provider type. *Social Work Research*, 25(4), 233.
- Decker, C. L. (2007). Social support and adolescent cancer survivors: A review of the literature. *Psycho-Oncology*, 16, 1-11.
- Demaray, M. K. & Malecki, C. K. (2002). The relationship between perceived social support and maladjustment for students at risk. *Psychology in the schools*, 39, 305-316.
- Department of Social Development. (2002). *HIV/AIDS case studies in South Africa*, Pretoria.
- DeSantis-King, A., Huebner, E. S., Suldo, S. M. & Valois, R. F. (2006). An ecological view of school satisfaction in adolescence. Linkages between social support and behaviour problems. *Applied Research in Quality of Life*, 1, 279-295.
- Dickow, H. & Möller, V. (2002). South Africa's 'rainbow people', national pride and optimism: A trend study. *Social Indicators Research*, 59, 175-202.
- Diener, E. (2000). Subjective wellbeing; the science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34-43.
- Diener, E. & Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(4), 653-663.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49 (1), 71-75.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Dollete, M., Steese, S., Philips, W. & Matthews, G. (2004). Understanding girls' circle as an intervention on perceived social support, body image, self-efficacy, locus of control and self-esteem. *The Journal of Psychology*, 90(2), 204-215.
- Education Training Unit. (2005). *Community Projects*: Pretoria.
- Eskin, M. (2003). Self-reported assertiveness in Swedish and Turkish adolescents: A cross-cultural comparison. *Scandinavian Journal of Psychology*, 44, 7-12.

- Fang X, Li X, Stanton B, Hong Y, Zhang L, Zhao G... & Lin, D. (2009). Parental HIV/AIDS and psychosocial adjustment among rural Chinese children. *Journal of Pediatric Psychology*, 34(10):1053-62.
- Feldman, P. J., Dunkel-Schetter, C., Sandman, C. A. & Wadhwa, P. D. (2000). Maternal social support predicts birth weight and fetal growth in pregnancy. *Psychosomatic Medicine*, 62, 715-725.
- Ferrante, J. (2003). *Sociology: A global perspective* (5th ed.). Belmont, CA: Thomson/Wadsworth.
- Fugl-Meyer, A. R., Melin, R. & Fugl-Meyer, K. S. (2002). Life satisfaction in 18-to 64-year-old Swedes: In relation to gender, age, partner and immigrant status. *Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 34(5), 239-246.
- Furman, W. & Buhrmester, D. (1992). Age and sex differences in perceptions of networks of personal relationships. *Child Development*, 63, 103-115.
- Galbie, F. & Davids, Y. D. (2009). Quality of life among South Africans. Retrieved from [http://www.hsrc.ac.za/research/outputDocuments/6004\\_Galbie\\_Quality of life.pdf](http://www.hsrc.ac.za/research/outputDocuments/6004_Galbie_Quality%20of%20life.pdf).
- Gilman, R. & Huebner, E. S. (2003). A review of life satisfaction research with children and adolescents. *School Psychology Quarterly*, 18(2), 192-205.
- Gilman, R. & Huebner, E. S. (2006). Characteristics of adolescents who report very high life satisfaction. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 293-301.
- Gini, C. (2007). Associations among overt and relational victimization and adolescents' satisfaction with friends. The moderating role of the need for affective relationships with friends. *Journal of Youth and Adolescence*, 37(7), 812-820.
- Goldbeck, L., Schmitz, T. G., Besier, T., Hersbach, P. & Heinrich, G. (2007). Life satisfaction decreases during adolescence. *Quality of Life Research*, 16(8), 969-979.
- Greeff, A. P. & Human, B. (2004). Resilience in families in which a parent has died. *The American Journal of Family Therapy*, 32(1), 27-42.
- Green, J. (2004, December 7). World ignoring children. *Star*, p.10.
- Gutman, L. M. & Eccles, J. S. (2007). Stage-Environment fit During Adolescence: Trajectories of Family Relations and Adolescent Outcomes. *Development Psychology*, 41(2), 401-413.
- Hale, C. J., Hannum, J. W. & Espelage, D. L. (2005). Social Support and Physical Health: The important of belonging. *Journal of American College Health*, 53, 276-284.

- Hay, I. & Ashman, A. F. (2003). The developmental of adolescents' emotional stability and general self-concept: The interplay of parents, peers, and gender. *Internal Journal of Disability, Development and Education*, 50, 78-91.
- Helsen, M., Vollenbergh, W. & Meeus, W. (2000). Social support from parents and friends and emotional problems in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 29, 319-335.
- Herman, K. C., Ostrander, R. & Tucker, C. M. (2007). Do family environments and negative cognitions of adolescents with depressive symptoms vary by ethnic group? *Journal of family Psychology*, 21 (2), 325-330.
- Hetherington, E. M. (2003). Social support and the adjustment of children in divorced and remarried families. *Childhood*, 10(2), 217-236.
- Hinks, T. & Gruen, C, (2007). What is the structure of South African Happiness equations? Evidence from quality of life surveys. *Social Indicators Research*, 82: 311-36.
- Hoff, D. A., Anderson, A. & Holstein, B. E. (2010). Poor school satisfaction and number of cannabis using peers within school classes as individual risk factors for cannabis use among adolescents. *School Psychology International*, 31(5), 547-556.
- Holahan, C. J., Moos, R. H. (1990). Life stressors, resistance factors, and improved psychological functioning: An extension of the stress resistance paradigm. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 909-917.
- Hong, Y., Li, X., Fang, X., Zhao, G., Lin, X., Zhang, J...& Zhang, L. (2010). Perceived Social Support and Psychosocial Distress Among Children Affected by AIDS in China. *Community Mental Health Journal* 46:33-43.
- Horstmanshof, L., Punch, R. & Creed, P. A. (2008). Environmental correlates of wellbeing amongst final year high school students. *Australian Journal of Psychology*, 60 (2), 101 – 111.
- Howell, D. C. (2007). *Statistical methods for psychology (6th ed.)*. Belmont CA: Thomson.
- Huebner, E. S. (1994). Preliminary development and validation of multidimensional life satisfaction scale for children. *Psychological Assessment*, 6, 149-158.
- Huebner, E. S. & Gilman, R. (2006). Students who like and dislike school. *Applied Quality of Life Research*, 1, 139-150.
- Huebner, E. S., Ash, C. L. & Laughlin, J. E. (2001). Life experiences, locus of control and school satisfaction in adolescence. *Social indicators Research*, 55, 167-183.

- Khakoo, I. G. (2004). Quality of life: Satisfaction & its subjective determinants. Retrieved from <http://www.dafirst.uct.ac.zasaprojects/sa-project/workshop/spp/projects/project.imraan.khokoo.pdf>
- Koen, A. (2008). Die verband tussen emosionele intelligensie en psigologiese welstand van adolessente: 'n Multikulturele ondersoek. (Unpublished master's thesis). *University of the Free State, Bloemfontein, South Africa*.
- Kuppens, P., Realo, A. & Diener, E. (2008). The role of positive and negative emotions in life satisfaction judgement across nations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(1), 66-75.
- Layard, R., (2006). Happiness and public policy: A challenge to the profession. *Economic Journal*, 116:24-33.
- Lee, S., Detels R, Rotheram-Borus M. J, Duan, N. (2007). The Effects of Social Support on Mental and Behavioral Outcomes Among Adolescents with Parents with HIV/AIDS. *American Journal of Public Health* 97 (10) 1820-1826.
- Lee, S., Detels, R., Rotheram-Borus M. J, Duan, N. and Lord, L. (2007). Depression and Social Support among HIV-affected Adolescents. *AIDS Patient Care STDS* 21(6) 409-417.
- Leventhal, T. & Brooks-Gun, J. (2000). The neighborhoods they live in: The effects of neighborhood residence on child and adolescent outcomes. *Psychological Bulletin*, 126(2), 309-337.
- Levin, K. A. & Currie, C. (2010). Family structure, mother-child communication, father-child communication, and adolescent life satisfaction: A cross-sectional multilevel analysis. *Health Education*, 110(3), 152-168.
- Li, X. J., Naar-king, S. J., Barnett, D. J., Stanton, B., Fang, X., Thurston, C (2008). A developmental psychopathology framework of the psychosocial needs of children orphaned by HIV/AIDS. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 19, 147-157.
- Louw, A., Louw, D. A. & Ferns, I. (2007). Adolessensie: In D.A. Louw & A. Louw, Die ontwikkeling van die kind en adolescent. Kaapstad: Kagiso.
- Ma, C. A & Huebner E. S. (2008). Attachment relationships and adolescents' life satisfaction: Some relationships matter more than girls and boys. *Psychology in Schools*. University of South Carolina. *Psychology in the Schools*, vol 45(2), 177-190.
- Mahaffy, K. A. (2004). Girls' low Self-Esteem: How is It Related to Late Socioeconomic Achievemnts? *Gender and Society*, 18(3): 309-327.

- Makola, S. (2007). *Meaning in life and life stressors as predictors and first-year students' academic performance*. (Unpublished doctoral dissertation). University of the Free State, Bloemfontein, South Africa.
- Martin, K., Huebner, E. S. & Valois, R. F (2008). Does life satisfaction predict victimization experiences in adolescence? *Psychology in Schools*, 45(8), 705-714.
- Meadows, S. O., Brown, J. S. and Elder, G. H. (2006). "Depressive symptoms, stress and support: gendered trajectories from adolescence to young adulthood", *Journal of Youth and Adolescence*, 35 (1), 93-103.
- Medical Dictionary. (2011). Retrieved from <http://medicaldictionary.thefreedictionary.com/HIV+AIDS>
- Meeus, W. (2011). The Study of Adolescent Identity Formation, 2000-2010: A Review of Longitudinal Research. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 75-94.
- Möller, V. (2001). Monitoring quality of life in cities: The Durban case. *Development Southern Africa* 18 (2), 217-38.
- Möller, V. (2007). Satisfied and dissatisfied South Africans: Results from the general household survey in international comparison. *Social Indicators Research*, 81,389-415.
- Möller, V. & Jackson, A. (1997). Perceptions of service delivery and happiness. *Development Southern Africa* 14, (2), 169-84.
- Möller, V. & Radloff, S., (2010). Monitoring perceptions of social progress and pride of place in a South African community. *Applied Research in Quality Life*, 5, 49-71.  
New York, NY: Plenum Press.
- Nickerson, A. B. & Nagle, R. J. (2004). The influence of parent and peer attachments on life satisfaction in middle childhood and early adolescence. *Social Indicators Research*, 66, 35-60.
- Nickerson, C., Schwarz, N. & Dienier, E. (2007). Financial aspirations, financial success, and overall life satisfaction: Who? And how? *Journal of Happiness Studies*, 8(4), 467-515. Retrieved from <http://www.hdl.handle.net>
- Oswald, A. (1997). Happiness and Economic Performance. *Economic Journal* 107, 1851-31.
- Pharaoh, R. & Weiss, T. (2005). *AIDS, orphans, cure and instability: Exploring the linkages*. Cape Town: South African Institute for Security Studies.
- Phiri, S. & Webb, D. (2002). AIDS, public policy and child well-being. The impact of HIV/AIDS on Orphans and Programme and Policy Response. UNICEF Innocenti Research Centre.
- Pierce, G. R., Sarason, I. G., Sarason, B. R. (1996). *Handbook of Social Support and the Family*.

- Powdthavee, N. (2003). Happiness and the standard of living: The Case for South Africa. *Warwick Economic Research Papers No 675*.
- Pratt, M. W., Hunsberger, B., Pancer, S. M. & Alisat, S. (2003). A longitudinal Analysis of Personal Values Socialization: Correlates of a Moral Self-Ideal in Late Adolescence. *Social Development, 12*(4), 563-586.
- Prezza, M. & Pacilli M. G. (2002). Perceived social support from significant others, family and friends and several socio-demographic characteristics. *Journal of Community Applied Social Psychology, 12*, 422-429.
- Prince-Embury, S. & Courville, T. (2008). Comparison of one, two, and three factor models of personal resiliency using the Resiliency Scale for Children and Adolescents. *Canadian Journal of School Psychology, 23*(1), 11-25.
- Procidano, M. E. & Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *American Journal of Community Psychology, 11*(1), 1-24.
- Proctor, C. L., Linley, P. A. & Maltby, J. (2008). Youth life satisfaction: A review of literature. *Journal of Happiness Studies, 10*(5), 583-630.
- Ravalion, M & Lokshin, M. (2001). Identifying welfare effects from subjective questions. *Economica 68*(217), 335-337.
- Ronen, T. & Seeman, A. (2007). Subjective well-being of adolescents in boarding schools under threat of war. *Journal of Traumatic Stress, 20*(6), 1053-1062.
- Santrock, J. W. (2005). *Adolescents*. New York, NY: McGraw Hill.
- Scholte, R. H. J. & Van Aken, M. A. G. (2006). Peer relations in adolescence. In S. Jackson & L. Goossens (Eds.) *Handbook of adolescent development (pp. 175-199)*. New York: Psychology Press.
- Sexually Transmitted Disease Resources (2008). Retrieved from <http://www.herpescoldsores.com/std/aids.htm>
- Sheeber, L. B., Davis, B., Leve, C., Hops, H. & Tildesley, E. (2007) "Adolescents's relationships with their mothers and fathers: associations with depressive disorder and subdiagnostic symptomatology", *Journal of Abnormal Psychology, 116*(1), 144-154.
- Sigelman, C. K. & Rider, E. A. (2009). *Life-span human development (6th Ed.)*. Belmont, CA: Wadsworth.
- SPSS Incorporated (2011). *SPSS user's guide, Version 18*. New York: Author.

- Steyn, H. S. (1999). *Praktiese beduidendheid: die gebruik van effekgroottes*. Potchefstroom: Publikasiebeheer Komitee, PU vir CHO.
- Stutzer, A. (2001). What are the sources of happiness? In: B. S. Frey, (Ed.). *Inspiring economics: Human motivation in the political economy Northampton* ( pp. 135-146) Edward Elgar.
- Suh, E., Diener, E., Oishi, S. & Triandis, H. C. (1998). The shifting basis of Life Satisfaction judgements across cultures: Emotions versus norms, *Journal of Social Psych*, 74, 482-493.
- Suldo, S. M. & Huebner, E. S. (2004). Does life satisfaction moderate the effects of stressful life events on psychopathological behavior during adolescence? *School of psychology Quarterly*, 19, 93-105.
- Suldo, S. & Huebner, E. S. (2006). Is extremely high life satisfaction during adolescence advantageous? *Social Indicators Research*, 78, 179-203.
- Tam, C. L., Foo Y. C. & Lee T. H. (2011). The Association between Perceived Social Support, Social-economic Status and Mental Health in Young Malaysian Adults. *East Asian Arch Psychiatry* 21, 73-78.
- The International Classification of Diseases 10th (ICD-10) Bb20.htm+ b24 24. Retrieved from <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/?g>
- Valois, R. F., Zullig, K. J., Huebner, E. S., Kammermann, S. A. & Drane, J. W. (2002). Association between life satisfaction and sexual risk-taking behaviour among adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 11(4), 427-440.
- Van Hoorn, A. (2007). *A short introduction of subjective well-being: Its measurement, correlates and policy uses*. Retrieved from <http://www.oecd.org/dataoecd/16/39/38331839.pdf>
- Vaux, A. (1985). *Social Support: theory, research, and intervention*. New York, NY: Praeger.
- Vemuri, A. W., Grove, M., Wilson, M A. & Burch, W. R. (2011). The tale of two scales: Evaluating the relationship among life satisfaction, social capital, income, and the natural environment at individual and neighborhood levels in metropolitan Baltimore. *Environment and behavior*, 43(1), 3-25.
- Verkuyten, M. & Thijs, J. (2002). School satisfaction of elementary school children: The role of performance, peer relations, ethnicity and gender. *Social Indicators Research*, 59, 203-228.
- Villanova, P. & Bownes, D. A (1984). Dimension of college student of the Southeastern Psychological Association. ERIC Document Reproduction Service No. ED262690.

- Visser, M. (2007). *Contextualising community psychology in South Africa*. Pretoria, South Africa: Van Schaik.
- Weiss, L. G. (2008). Towards the mastery of resiliency. *Canadian Journal of School Psychology, 23*(1), 127-137.
- Wellman, B. & Wortley, S. (1989). Brothers' keepers: Situating kinship relationships in broader networks of social support. *Socio-logical perspectives, 23*, 273-306.
- Wellman, B. & Wortley, S. (1990). Different strokes form different folks: Community ties and social support. *American Journal of Sociology, 96*, 558-588.
- White, F. A. & Matawie, K. M (2004). Parental morality and family processes as predictors of adolescent morality. *Journal of Child and Family Studies, 13*, 219-233.
- Wills, T. A. & Shinar, O. (2000). Measuring perceived and perceived social support. In S. Cohen, L. G. Underwood. & B. H. Gottlieb (Eds.). *Social support measured and intervention: A guide to health and social scientists* (pp. 86-135). Oxford: Oxford University Press.
- Wissing, J. A. B. (1996). Die dinamiek van stres, bronne, coping en psigologiese weslyn by jeugdige. Ongepubliseerde meesters skripsie. Noord-Wes Universiteit, Potchefstroom.
- Young, K. W. (2006). Social Support and Life Satisfacton. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation, 10*(2), 155-164.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G. & Fartley, F. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment, 52*, 30-41.
- Zullig, K. J., Valois, R. F., Huebner, E. S. & Drane, J. W. (2005). Associations among family structure demographics, and adolescents perceived life satisfaction. *Journal of Child and Family Studies, 14*, 195-206.

***ARTIKEL 2: Verskil in lewensvredigheid en psigososiale stressors by adolessente wat lae en hoë sosiale ondersteuning ervaar en wat deur MIV/VIGS geaffekteer word***

**Die doel van die ondersoek was om te bepaal of adolessente wat deur MIV/VIGS geaffekteer word en wat onderskeidelik hoë en lae vlakke van sosiale ondersteuning ervaar, verskille ten opsigte van lewensvredigheid en psigososiale lewensstressors toon. Die ondersoekgroep het uit 218 Afrikaans-, Engels- en Afrikataalsprekende adolessente tussen die ouderdomme van 12 en 19 jaar bestaan. Hierdie studie is in die Noord-Kaap Provinsie onderneem en het die volgende dorpe ingesluit: Kimberley, Barkly-Wes, Douglas, Britstown en De Aar. Vir die meting van lewensvredigheid is die Lewensvredigheidsvraelys (Satisfaction with Life Questionnaire) van Diener, Emmons, Larsen en Griffin (1985) gebruik. Om 'n aanduiding van hul psigososiale lewensstressors en sosiale ondersteuning te verkry, is die Lewensstressors- en Sosiale Bronnelysvraelys – Jeugvorm (Life Stressors and Social Resources Inventory – Youth Form: LISRES-Y van Moos en Moos, 1994) gebruik. Uit die resultate van hierdie studie blyk dat sosiale ondersteuning deur die gesin, vriende en gemeenskapsorganisasies wel 'n beduidende rol speel in die verskille tussen adolessente met hoë en lae vlakke van lewensstressors en lewensvredigheid. Adolessente wat lae vlakke van sosiale ondersteuning ervaar, het beduidend hoër vlakke van stres ten opsigte van sekere lewensstressors ervaar en laer vlakke van lewensvredigheid getoon. Sosio-ekonomiese stressors het 'n negatiewe verband met die sosiale ondersteuning en lewensvredigheid van adolessente met lae vlakke van sosiale ondersteuning getoon.**

**Sleutelwoorde: sosiale ondersteuning, lewensvredigheid, lewensstressors, adolessente, MIV/VIGS**

MIV/VIGS is een van die grootste gesondheidsgevaare wat die mensdom bedreig. Dit affekteer die lewens van talle kinders, gesinne en gemeenskappe (UNICEF, 2006; WHO & UNICEF, 2007). Die omvang van die epidemie is skrikwekkend en laat talle kinders wees en weerloos teen negatiewe lewenservaringe. Bykans 12 miljoen kinders in sub-Sahara Afrika het reeds 'n ouer of beide ouers weens VIGS verloor (UNAIDS, 2008). In Suid-Afrika het bykans 2,8 miljoen kinders reeds 'n ouer of beide ouers verloor. Na beraming het minstens 80% van MIV/VIGS-geaffekteerde kinders wat 'n ouer of beide ouers verloor het, 'n gebrek aan die nodige sosiale ondersteuning. Geaffekteerde adolessente het daarom 'n groot behoefte aan versorging en ondersteuning wat hulle in staat sal stel om negatiewe stressors beter te kan hanteer en sodoende beter lewensvredigheid te ervaar (Rehle et al., 2007;

UNAIDS, 2008). Geaffekteerde kinders word daarom sosiaal en emosioneel as 'n weerbare teikengroep beskou (Akukwe, 2007; UNICEF, 2007).

Die dood van 'n ouer of ouers weens MIV/VIGS is traumaties vir kinders. Hierdie ervaring word vererger deur die lyding van die ouers, die potensiële emosionele verliese, die gebrek aan ouerlike ondersteuning en leiding, en die verplasing en skeiding van gesinslede. Selfs voor die afsterwe van 'n ouer plaas die epidemie reeds geweldige druk op die ondersteuningsbronne van die familie en die gemeenskap (Patterson, 2007). Geaffekteerde kinders en families word verplig om met die siekte van 'n ouer saam te leef en word daagliks met onsekerheid en sosiale krisis gekonfronteer (Fox & Parker, 2007).

In die Suid-Afrikaanse konteks word MIV/VIGS-geaffekteerde kinders tradisioneel in die uitgebreide gesin versorg, dikwels deur bejaarde grootouers. Hierdie sisteem van ondersteuning is egter nie volhoubaar nie en verswak namate die aantal geaffekteerde kinders toeneem. Die uitgebreide gesin word dikwels gekenmerk deur hoë vlakke van werkloosheid en armoede, wat sulke kinders se toegang tot die nodige bronne van ondersteuning beperk. Sulke kinders het dikwels beperkte toegang tot voeding, kleding, woonplek en mediese en emosionele versorging, terwyl hulle ook die verdeling en skeiding van sibbe moet verduur en laer skoolbywoningsyfers het (Makiwane & Kwizera, 2006; Giese, Meintjies, Croke, & Chamberlain, 2003; UNAIDS/UNICEF, 2004). Hierdie veelvuldige stressors waaraan hulle blootgestel word, kompliseer dikwels hulle rouproses en vererger die stigma wat met die siekte en dood van 'n ouer gepaard gaan. As gevolg van die stigma onttrek die adolessent en gesinslede hulle soms uit die gemeenskap en ontbeer sodoende toegang tot die nodige ondersteuningsnetwerk (Fox & Parker, 2007; UNAIDS, 2008).

Aangesien die siekte die kinders se skoolbywoning nadelig beïnvloed, is die moontlikheid groter dat adolessente die skool sal verlaat op soek na werk om in die behoeftes van hul sibbe te voorsien. Dit lei tot 'n verlies aan toekomsgeleenthede. Hulle word verplig om volwasse rolle, waarop hulle dikwels swak voorbereid is, te vertolk, ten koste van hul eie ontwikkeling (Louw & Louw, 2007; Richter, Stein, Cluver, & De Kadt, 2009).

Die Noord-Kaap Provinsie, waar hierdie studie onderneem is, word gekenmerk deur hoë vlakke van armoede en lae vlakke van dienslewering en ondersteuningsbronne. In sulke gemeenskappe staan kinders uitdagings in die gesig wat 'n invloed op hul gesonde ontwikkeling kan hê, as gevolg van die invloed van MIV en armoede (Department of Health, 2007).

Na aanleiding van die bogenoemde uiteensetting kan die aanname gemaak word dat sosiale ondersteuning 'n rol speel in die verband tussen die psigososiale stressors waaraan geaffekteerde adolessente blootgestel word en hulle algehele lewensvrede. Die doel van die studie is dus om te bepaal wat die verskil in lewensvrede en lewensstressors is by adolessente wat lae en hoë vlakke van sosiale ondersteuning ervaar en wat deur MIV/VIGS geaffekteer word.

Veranderlikes wat in die navorsing ter sprake is, naamlik lewensvrede, lewensstressors en sosiale ondersteuning, word vervolgens bespreek.

## **LEWENSTEVREDENHEID**

Lewensvrede verwys na die individu se persoonlike beoordeling van sy lewenskwaliteit. Hierdie beoordeling vind plaas deurdat die persoon sy lewe vergelyk met standarde wat hy vir homself stel (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985; Valois, Zullig, Huebner, Kammermann, & Drane, 2002). In die Suid-Afrikaanse konteks, definieer Möller (2006) lewensvrede in terme van hoe goed die inwoners van 'n land leef, terwyl Higgs (2007) lewensvrede beskryf as 'n funksie van bronne en eksterne faktore. Goldbeck, Schmitz, Besier, Hersbach, & Heinrich (2007) beskryf lewensvrede as die subjektiewe beoordeling van die persoon se algehele kwaliteit van sy lewe.

Lewensvrede is 'n goeie voorspeller van suksesvolle ontwikkelingsuitkomstes en dien as 'n buffer teen stresvolle lewensgebeure (Antaramian, Huebner, & Valois, 2008; Suldo & Huebner, 2004). Dit is ook 'n belangrike voorspeller van goeie individuele, gesin- en gemeenskaps uitkomstes (Martin, Huebner, & Valois, 2008). Dit hou verband met die individu se tevredenheid met materiële behoeftes en sosiale verhoudings (Galbie & Davids, 2009). Navorsers fokus veral op vyf domeine van lewensvrede, naamlik die self, die gesin, vriende, skool en lewensomstandighede (Basson, 2008; Gilman & Huebner, 2003; Gilman et al., 2007; Goldbeck et al., 2007; Kwan, 2008; Valois, Zullig, Huebner, & Drane, 2009). Adolessente se persepsie van die kwaliteit van hulle interpersoonlike verhoudings met veral die gesin en vriende, hou sterk verband met hulle lewensvrede (Huebner, Gilman & Suldo, 2006).

Die rol van die gesin word dus beskou as 'n belangrike voorspeller in die lewensvrede van die adolessent (Basson, 2008; Zullig, Valois, Huebner, & Drane, 2005). Die gesin bied aan die adolessent die nodige sosiale, materiële en persoonlike bronne wat hom in staat stel om sy doelwitte te

bereik en sodoende hoër vlakke van lewenstevredenheid te ervaar. Navorsers het ook bevind dat die struktuur van die gesin positief met die lewenstevredenheid van adolessente korreleer (Ash & Huebner, 2001; Basson, 2008; Levin & Currie, 2010; Zullig et al., 2005). Adolessente uit gesinne waar die ouers saamwoon en waar die gesinsklimaat as positief ervaar word, toon hoër vlakke van lewenstevredenheid teenoor adolessente uit enkelouergesinne. Die invloed van die struktuur van die uitgebreide gesin word ook positief met die algehele lewenstevredenheid van die adolessent verbind, aangesien die uitgebreide gesin aan hom/haar 'n gevoel van persoonlike betekenis in die konteks van die gesin verleen (Basson, 2008; Levin & Currie, 2010; Mokola, 2007).

Navorsing het ook bevind dat sekere aspekte van die gesinstruktuur, waaronder adolessente wat by ander familieledes, volwassenes, voogde of enkelouers woon, 'n negatiewe verband met die lewenstevredenheid van adolessente toon (Zullig et al., 2005).

Ouerskapstyle en ouerlike emosionele en sosiale ondersteuning word ook as belangrik vir die bereiking van lewenstevredenheid van die adolessent beskou. Suldo en Huebner (2004) het bevind dat 'n gesonde ouerskapstyl positief met die lewenstevredenheid van die adolessent verband hou, terwyl waargenome sosiale ondersteuning deur ouers die sterkste verband met die adolessente se lewenstevredenheid toon.

Ondersteuning deur en aanvaarding deur die portuurgroep toon ook 'n verband met die lewenstevredenheid van die adolessent (Proctor, Linley, & Maltby, 2008; Santrock, 2005; Scholte & Van Aken, 2006). Tevredenheid met die portuurgroep word beskou as 'n domein waarmee adolessente die hoogste vlakke van tevredenheid toon (Antaramian et al., 2008; Gilman et al., 2007).

Die skool is 'n sosiale instelling wat 'n belangrike bydrae tot die adolessent se ontwikkeling lewer (Elmore & Huebner, 2010). As een van die domeine van algehele tevredenheid, voorsien die skool 'n persoonlike evaluering van die belangrike area van die adolessent se daaglikse lewe (Huebner, Valois, Paxton & Drane, 2005). Tevredenheid met die skool word dikwels geassosieer met psigiese aspekte van hoop, fokus van beheer, positiewe selfagting en globale lewenstevredenheid (Huebner, Ash, & Laughlin, 2001; De Santis-King, Huebner, Suldo, & Valois, 2006; Huebner & Gilman, 2006). Skooltevredenheid toon 'n betekenisvolle verband met ander sosiale omgewingsaspekte. Navorsing het bevind dat ondersteuning deur beide die ouers en die portuurgroep 'n sterk verband met die adolessent se tevredenheid ten opsigte van die skool toon (De Santis-King et al., 2006).

## **LEWENSTRESSORS VAN MIV/VIGS-GEAFFEKTEERDE ADOLESSENTE**

Die hoë voorkoms van MIV/VIGS bied talle uitdagings aan adolessente. Adolessente wat deur MIV/VIGS geaffekteer word, word aan veelvuldige lewenstressors blootgestel (Barbarin, 2003; Gadow et al., 2010; George, 2009,). Die dood van 'n ouer onder enige omstandighede is traumaties vir enige kind (Melhem, Moritz, Walker, Shear & Brent, 2007). Die siekte en dood van 'n ouer weens MIV/VIGS is een van die mees traumatiese lewenstressors wat geaffekteerde adolessente in die gesig staar (Cluver & Gardner, 2007; 2008; UNICEF, 2007). Dit impliseer die verlies aan liefde, ondersteuning, leiding, stabiliteit en veiligheid, asook die verlies aan 'n band met die verlede en hul toekoms.

Stres is 'n onvermydelike deel van die menslike bestaan. In die literatuur word die term *stres* in verskillende kontekste gebruik (Lazarus & Folkman, 1984). Hierdie navorsers stel in hul kognitiewe transaksionele teorie voor dat stres voorkom wanneer die eise van die omgewing die individu se hanteringshulpbronne oortref. Moos en Moos (1994) is van mening dat lewenstressors en sosiale bronne twee verneme psigososiale faktore is wat 'n rol in die psigiese welsyn van die individu speel. Hierdie navorsers het 'n breë model oor stres en "coping" geformuleer waarin die verbande tussen omgewingstressors en sosiale bronne, persoonlike faktore, akute lewensgebeure en -oorgange, "coping"-response en psigologiese gesondheid gekonseptualiseer word. Hierdie model postuleer dat akute lewenstressors, sowel as die vooraf gepaardgaande omgewingstressors en sosiale bronne en persoonlike faktore die "coping"-response en die psigologiese gesondheid van die individu beïnvloed.

Die verlies van 'n ouer(s) weens MIV/VIGS gaan gepaard met veelvuldige materiële en psigososiale stressors wat met die siekte en moontlike dood van 'n ouer(s) verband hou. Vervolgens word enkele lewenstressors van die geaffekteerde adolessent bespreek.

### **Ekonomiese deprivasie en ontwrigting van skoolopvoeding**

Wanneer 'n ouer(s), gewoonlik die broodwinner, as gevolg van MIV siek word, staar die huishouding gebrekkige inkomste en mediese uitgawes in die gesig. Die siekte het die potensiaal om gesinne en families te verarm, veral wanneer die verloop van die siekte veeleisend en langdurig is. Geaffekteerde kinders word dikwels deur ander familieledede ingeneem, wat by tye stresvol vir die kinders is. Dit plaas ook groter finansiële druk op die gesinslewe, wat toegang tot bronne beperk (Kimuna & Makiwane, 2007; Makiwane & Kwiezera, 2006; Richter et. al., 2009). Die finansiële druk lei daartoe dat kinders soms skool verlaat in 'n poging om 'n inkomste te genereer, selfs al lewe die

ouer(s) nog. Die druk om skool te verlaat raak egter groter wanneer 'n ouer of beide ouers as gevolg van hul siekte sterf (Edström & Khan, 2009; Maqoko, 2006; UNICEF/UNAIDS, 2004). Stigmatisering lei soms daartoe dat hulle net van die skool af wegbly, eerder as om deur vriende geïsoleer te word. Skoolbywoning mag ook inmeng met finansiële gebreke weens die koste van mediese versorging en die afsterwe van 'n siek ouer (Simbayi et al., 2006).

### **Kinders aan die hoof van die huishouding**

Vanweë die siekte en/of dood van 'n ouer(s) moet sommige kinders die rol as hoof van die huishouding inneem. Die ontstaan van kinders aan die hoof van die huishouding het 'n enorme invloed op die veiligheid en beskerming van die kinders of sibbe. As gevolg hiervan word hulle nie net met nuwe uitdagings gekonfronteer nie, maar word verplig om volwasse rolle oor te neem waarop hulle swak voorbereid is (Louw & Louw, 2007; Manipane & Bouwer, 2006; Richter, 2004). Hulle word dikwels verplig om skool te verlaat om te gaan werk om na jonger gesinslede (sibbe) om te sien. Hierdie faktore maak hulle kwesbaar vir mishandeling, uitbuiting en prostitusie in hul poging om in die behoeftes van die gesin te voorsien. Hierdie kinders vind dit ook moeilik om genoegsame ondersteuning en sorg aan hulself en hul sibbe te bied (Kimuna & Makiwane, 2007; Reddy, Shags, Esu-Williams, & Fisher, 2005; UNAIDS, 2008). Sonder die teenwoordigheid en leiding van die ouer verloor kinders dikwels fokus, wat stres meebring. Hierdie stressors lei tot gevoelens van angs, verlies, gebrek aan versorging, depressie, rou en die opbreek van gesinslede as gevolg van finansiële druk (Bauman & German, 2005).

### **Veelvuldige verliese**

Aangesien MIV 'n seksueel oordraagbare siekte is, loop die adolessent die gevaar om beide sy ouers te verloor. Ná die afsterf van 'n ouer(s) beweeg gesinslede in en uit die huishouding of verhuis na ander dorpe en families en word sodoende verder van verhoudingsbande, vriendskappe, omgewingsnetwerke en bekende omgewings geneem (Foster & Williamson, 2000; Hunter, 2000; Marais, 2005; UNAIDS, 2008).

### **Kliniese verloop van die siekte**

Die MIV-infeksie word in die algemeen gekenmerk deur die verloop van vier fases te wete die **primêre fase**, wat met griepverwante simptome gepaard gaan; die **kliniese a-simptomatiese fase**, wat

soms vry van simptome is alhoewel die ontwikkeling van geswolle kliere teenwoordig mag wees; die **simptomatiese fase**, wat tot die geleidelike afbreek van die liggaam se immuunstelsel lei; en die **progressie van MIV tot VIGS**, wat deur erge siekte en simptome gekenmerk word (WHO, 2005). Hierdie lang en uitputtende verloop van die siekte van 'n ouer(s) bring groot onsekerheid, geweldige finansiële uitgawes weens mediese versorging en ontwrigting in die lewe van geaffekteerde kinders, wat 'n invloed op hul sosiale ondersteuning en lewensvrede het (UNAIDS, 2008).

### **Stigma en sosiale isolasie**

Vanweë die siekte van 'n ouer(s) word families, kinders en die uitgebreide gesin dikwels deur die gemeenskap verstoot en word hulle sodoende van die nodige sosiale ondersteuningsbronne afgesny (Cluver & Gardner, 2006; Marais, 2005; Pivnick & Villegas, 2000; UNAID, 2008). Persone wat deur MIV geaffekteer word, word oor die algemeen gestigmatiseer. Die stigma benadeel gemeenskapsresponse en ondersteuning aan geaffekteerde gesinslede (Dias, Matos, & Goncalves, 2006). Reaksies teenoor MIV-geïnfekteerdes en -geaffekteerdes in Suid-Afrika word grotendeels deur vrese en vooroordele gekenmerk, wat 'n geweldige negatiewe impak op die sosiale ondersteuning van geaffekteerde gesinne het (Kruger, 2006; Mawar, Sahay, Pandit, & Mahajan, 2005).

Al hierdie stressors het die potensiaal om risikofaktore in die geaffekteerde adolessent se lewe te raak, veral as die normale sosiale ondersteuningstrukture afwesig of swak is (Manipane & Bouwer, 2006). Die Lewenstressors en Sosiale Bronne-vraelys is deur Moos en Moos (1994) ontwikkel om die lewenskonteks van die adolessent, te midde van negatiewe lewenservaringe te evalueer. Hierdie vraelys gee 'n beskrywing van die lewenstressors en sosiale bronne as die twee vernaamste kontekstuele en sosialiseringfaktore in die lewe van die adolessent. Dit gee ook 'n meting van die lewenstressors en bronne in 'n aantal domeine wat belangrik vir die ontwikkeling van die adolessent is, soos interpersoonlike verhoudings met die gesin, vriende, skoolvriende en onderwysers. Hierdie inligting is veral belangrik aangesien die adolessent funksioneer in veelvuldige omgewings wat óf stresvol óf bevorderlik vir sy ontwikkeling mag wees (Moos, 2002).

## **SOSIALE ONDERSTEUNING**

Sosiale ondersteuning speel 'n belangrike rol in die verband tussen lewenstressors en lewensvrede (Dollette, Steese, Philips, & Matthews, 2006). Sosiale ondersteuning funksioneer as 'n buffer om die impak van stresvolle lewensgebeure te versag en verhoog die vermoë van die

individu om sulke ervarings beter te hanteer (Uchino, 2006; Hong et al., 2010). Sosiale ondersteuning word daarom as die belangrikste voorspeller van lewensvrede beskou (Hale, Hannum, & Espelage, 2005). Arslan (2009) beskryf sosiale ondersteuning as die sosiale en sielkundige ondersteuning wat deur die sosiale omgewing voorsien word. Die individu se ondersteuningsnetwerk behels die portuurgroep, vriende en gesin, terwyl die gesin, vriende en die skool as die heel belangrikste bronne van ondersteuning beskou word.

Ondersteunende gesinsnetwerke, ouerbegeleiding en sosiale ondersteuning deur die ouers dien as 'n buffer teen negatiewe lewensgebeure wanneer kinders psigologiese ongemak beleef (Broadhead, Kaplan, James, & Wagner, 2005; Cortina et al., 2008; Golding, Wilsnack, & Cooper, 2002). Sosiale ondersteuning deur die gesin speel dus 'n belangrike rol in die lewe van die adolessent (Way & Robinson, 2003). Navorsing het bevind dat gebrekkige sosiale ondersteuning deur die gesin 'n verband met lae vlakke van lewensvrede toon (Bal, Crombez, Van Oost, & Debourdeayhuij, 2003; Education Training Unit, 2005; Horstmanshof, Punch, & Creed, 2008;). In die geval van MIV/VIGS-geïnfekteerde ouers, het hul kinders dikwels 'n gebrek aan die nodige sosiale en sielkundige ondersteuning, aangesien die ouers dikwels te gepreokkupeerd met hul siekte en die voorsiening van die basiese behoeftes van hul geïnfekteerde kinders is (Kagee, 2007; Strebel, 2004; Triegaardt, 2005). Navorsing het getoon dat kinders wat hoë vlakke van sosiale ondersteuning deur die gesin en die gemeenskap ervaar, laer vlakke van psigiese ongemak toon, ongeag die huishouding se sosio-ekonomiese status (Oackley, Hickey, & Rigby, 2004). Dit blyk ook verder uit die literatuur dat kinders wat hoë vlakke van sosiale ondersteuning ervaar, laer vlakke van depressie, angstigheid, onsekerheid en eensaamheid toon, asook beduidend hoër vlakke van eiewaarde en waargenome beheer van hul lewens (Decker, 2007; Hong et al., 2010; Lee, Detels, Rotheram-Borus, & Duan, 2007).

Geïnfekteerde kinders en adolessente in die Suid-Afrikaanse konteks word tradisioneel deur die uitgebreide gesin versorg (Abebe & Aase, 2007; Nyamukapa & Gregson, 2005). Die uitgebreide gesin bied aan die adolessent 'n omgewing wat bevorderlik vir sy ontwikkeling en lewensvrede is (Save the Children, 2005). Daar is egter groot kommer oor die volhoubaarheid van hierdie sisteem as 'n bron van ondersteuning. Hoe meer die aantal MIV/VIGS-geïnfekteerde kinders wat versorging nodig het, toeneem, hoe groter is die emosionele en finansiële druk wat op die sisteem geplaas word om in geïnfekteerde kinders se behoeftes te voorsien. Hierdie kinders loop dikwels die gevaar van gebrekkige toegang tot voeding, geskikte woonplek, klere en gesondheidsorg. Vanweë die siekte van hul ouers en die bejaardheid en armoede waarin grootouers soms gedompel is, het die uitgebreide gesin ook minder

beheer oor en invloed op die ondersteuning, versorging en gedrag van geaffekteerde kinders. Grootouers vrees dikwels dat die dissiplinerende van die kinders die broosheid van die kind se verhoudings met die portuurgroep, wat sy bron van sosiale ondersteuning is, verder kan bedreig (Oleke, Blystad, & Rekdal, 2005; Meintjies & Giese, 2006; Reddy et al., 2005).

Wanneer geaffekteerde kinders by uitgebreide gesinne intrek, word sibbe soms verdeel, wat hulle verlies aan ouers en ondersteuning, verder bemoeilik. Geaffekteerde kinders wat bloot uit plig deur ander familieledede ingeneem word, mag ook die gevaar loop om die nodige emosionele ondersteuning ontsê te word. Sommige van hierdie adolessente word verplig om huishoudelike pligte uit te voer en word aan uitbuiting blootgestel (Reddy et al., 2005; UNAIDS, 2008).

Wanneer gesinne nie genoegsaam in die behoeftes van geaffekteerde kinders kan voorsien nie, dien die breë gemeenskap ook as 'n bron van sosiale ondersteuning. Gemeenskapsleiers, godsdienstige leiers, plaaslike organisasies en onderwysers vorm deel van hierdie ondersteuningsnetwerk. Gemeenskapsnetwerke kan direkte ondersteuning aan geaffekteerde gesinne en hul kinders bied. Hulle is goed geplaas om toesig by geaffekteerde gesinne te doen om die nodige sosiale ondersteuning te verleen (UNAIDS, 2008). Gemeenskappe lei ook vrywilliges op om die nodige sosiale ondersteuning aan geaffekteerde gesinne te bied en om gemeenskappe bewus te maak van die invloed van stigmatisering van en diskriminasie teen MIV/VIGS-geaffekteerde gesinne.

Verskeie navorsers beklemtoon die belangrikheid van die portuurgroep in die sosiale ondersteuning van adolessente, aangesien die adolessent 'n groot deel van sy tyd met die portuurgroep deurbring (Kaltiala-Heino, Rimpelä, Rantenen, & Laippala, 2001; Ritakallio, Luukkaala, Marttunen, Pelkonen & Kaltiala-Heino, 2010). Die portuurgroep skep 'n gevoel van aanvaarding en help om die negatiewe effekte van stresvolle gebeure en probleemgedrag teen te werk (Chen, French, & Schneider, 2006; Sigelman & Rider, 2009).

Nie-winsgewende organisasies speel ook 'n belangrike rol in die ondersteuning van MIV/VIGS-geaffekteerde adolessente. Hierdie ondersteuningsnetwerk voorsien hoë vlakke van materiële en sosiale ondersteuning aan geaffekteerde huishoudings en lewer 'n groter bydrae tot die adolessent se sosiale ondersteuning en lewensvrede (Richter & Sherr, 2008).

Sosiale ondersteuning word dus as 'n integrale deel van die sosiale omgewing beskou. Die betrokkenheid van sosiale bronne in die formele en informele omgewingsstrukture speel 'n belangrike rol in die sosiale ondersteuning en lewensvrede van geaffekteerde adolessente (Coleman & Hagell, 2007; Kingdom & Knight, 2006; Lever, Pinol, & Uralde, 2005).

## **LEWENSTEVREDENHEID, LEWENSTRESSORS EN SOSIALE ONDERSTEUNING VAN MIV/VIGS-GEAFFEKTEERDE ADOLESSENTE**

Uit die bogenoemde literatuurbespreking word dit duidelik dat lewenstevredenheid 'n belangrike psigologiese konstruk is, aangesien die adolessent se tevredenheid met sy lewensomstandighede (MIV-geïnfekteerde ouers) die mate waartoe hy in sy gemeenskap sal floreer, bepaal. Lewenstevredenheid lê dus die grondslag vir die bevordering van die algehele welstand van die adolessent, aangesien positiewe welsyn suksesvolle aanpassing in reaksie op stresvolle lewensgebeure bevorder.

Sosiale ondersteuning deur die gesin het 'n lewenslange invloed op adolessente se vermoë om stresvolle gebeure effektief die hoof te bied asook op hul algehele evaluering van hul lewensomstandighede. Die gesin bied aan die adolessent die nodige materiële en persoonlike ervarings wat hom in staat stel om sy lewensdoelwitte te bereik, wat sodoende sy lewenstevredenheid verhoog. Sosiale ondersteuning dien dus as 'n buffer om die invloed van negatiewe lewensgebeure te versag en stel die adolessent in staat om hierdie uitdagings effektief te hanteer.

Navorsing het bevind dat kinders wat lae vlakke van sosiale ondersteuning deur die gesin ervaar, beduidend hoër vlakke van stres en beduidend laer vlakke van lewenstevredenheid ervaar in vergelyking met kinders wat hoër vlakke van sosiale ondersteuning deur die gesin en in die algemeen ervaar en hoër vlakke van lewenstevredenheid toon (Decker, 2007; Hong et al., 2010; Lee et al., 2007).

Na aanleiding van die bogenoemde bespreking kan die volgende navorsingsvraag geformuleer word: Bestaan daar 'n verskil in die lewenstevredenheid en lewenstessors by adolessente wat lae en hoë sosiale ondersteuning ervaar en wat deur MIV/VIGS geaffekteer is?

Om hierdie vraag te beantwoord, is die metode van ondersoek soos hier onder uiteengesit, gebruik.

### **METODE VAN ONDERSOEK**

#### **Doel van die ondersoek**

Die doel van die ondersoek was om te bepaal of adolessente wat deur MIV/VIGS geaffekteer word en wat onderskeidelik hoë en lae vlakke van sosiale ondersteuning ervaar, verskille ten opsigte van lewenstevredenheid en psigososiale lewenstessors toon.

## **Onderzoeksgroep en etiese oorwegings**

Hierdie studie is onderneem met 'n groep van 218 MIV/VIGS-geaffekteerde adolessente in die Noord-Kaap Provinsie. Hulle het gewissel tussen die ouderdomme 12 en 19 jaar. Toegang tot hierdie geaffekteerde adolessente is deur die databasis van nie-winsgewende regeringsorganisasies, wat deur die Noord-Kaap Provinsiale Departement van Maatskaplike Ontwikkeling befonds word, verkry. Toestemming om hierdie studie te onderneem is deur hierdie departement verleen. Die deelnemers en hul ouers of wettige voogde se ingeligte toestemming is bekom. Adolessente van die volgende dorpe is by die studie betrek: Kimberley, Barkly-Wes, De Aar, Britstown en Douglas.

## **Meetinstrumente**

### **Lewenstevredenheidsvraelys (Satisfaction with Life Scale – SWLS: Diener, Emmons, Larsen en Griffin, 1985)**

#### **Rasionaal**

Die lewenstevredenheidskaal is gebruik om die groep adolessente se persoonlike beoordeling van hul lewenstevredenheid te meet (Diener et al., 1985). Die beoordeling van lewenstevredenheid vind plaas vanuit die persoon se huidige situasie en word vergelyk met die standaard wat hy vir homself stel. Beoordeling op hierdie skaal geskied op 'n kognitiewe eerder as 'n emosionele vlak.

#### **Aard, administrasie en interpretasie**

Die lewenstevredenheidskaal bestaan uit 5 items en word met behulp van 'n sewe-punt Likert-skaal beantwoord. Die skaal wissel tussen 1 (stem glad nie saam) en 7 (stem volkome saam). Die moontlike telling wat dus behaal kan word, wissel tussen 5 en 35. 'n Hoë telling dui op 'n hoë vlak van tevredenheid.

#### **Betroubaarheid en geldigheid**

Goeie betroubaarheidsindekse wat wissel tussen 0.80 en 0.89 word gerapporteer en wys daarop dat die Lewenstevredenheidskaal oor goeie konstruktiewe geldigheid beskik (Diener et al., 1985). Wissing en Van Eeden (2002) het bevind dat hierdie vraelys geldig en betroubaar vir gebruik in 'n Suid-Afrikaanse

konteks is. Salkind (2008) beskou 'n alfa-koëffisiënt van hoër as 0,6 as 'n goeie aanduiding van betroubaarheid. In hierdie studie is 'n Cronbach alfa-koëffisiënt van 0,68 gevind.

**Skaal vir meting van stressors en bronne (ondersteuning): Lewenstressors en Sosiale Bronnevraelys – Jeugvorm (Life Stressors and Social Resources Inventory – Youth Form: LISRES-Y – Moos en Moos, 1994)**

### **Rasionaal**

Hierdie vraelys word gebruik omdat dit 'n geïntegreerde beeld gee van jeugdige se huidige lewensomstandighede met verwysing na kroniese en akute stressors en bronne (Moos & Moos, 1994). Lewenstressors en sosiale bronne (ondersteuningsisteme) word beskou as twee belangrike aspekte wat die algemene funksionering van adolessente bepaal. Hierdie vraelys stel die navorser in staat om enersyds verbande tussen stressors en bronne in verskillende lewensfasies te ondersoek, en andersyds die mate van gesondheid en lewenstevredenheid van jeugdige (Moos & Moos, 1994). Die beskikbaarheid of gebrek aan sosiale bronne wat adolessente gebruik om negatiewe lewenservaringe positief te verwerk, kan lig werp op die ontwikkeling van intervensies met die oog daarop om hul lewensomstandighede te verbeter.

### **Aard, administrasie en interpretasie**

Die LISRES-Y bestaan uit 209 items. Dit bestaan uit twee afdelings, naamlik stressors en bronne. Subskale van die lewenstressors sluit die volgende in: fisiese gesondheid, huis en geld, ouers, sibbe, uitgebreide familie, skool, vriende, geselle en negatiewe lewensgebeure.

Subskale vir sosiale bronne sluit die volgende in: ouers, sibbe, uitgebreide familie, skool, vriende, geselle en positiewe lewensgebeure.

### **Betroubaarheid**

Betroubaarheidsindekse (Cronbach alfas) vir 'n groep adolessente wat wissel vanaf 0,66 tot 0,92 word aangedui (Moos & Moos, 1994). Die betroubaarheidsyfers vir seuns wissel van 0,69 tot 0,92 en vir meisies van 0,66 tot 0,91 in hierdie studie.

## **Geldigheid**

Volgens Moos en Moos (1994) beskik die LISRES-Y oor goeie geldigheid. Hierdie navorsers is van mening dat die mate van lewenstressors positief korreleer met die indekse van jeugdige se funksionering, byvoorbeeld depressie, angs en gedragsprobleme, en dat dit negatief korreleer met byvoorbeeld selfvertroue. Verder blyk dit dat die mate waartoe sosiale bronne teenwoordig is, negatief korreleer met indekse van depressie, angs en gedragsprobleme en positief korreleer met die mate van selfvertroue (Moos & Moos, 1994).

## **Insameling van data**

Die vraelyste is in boekvorm voorberei en saamgebind. Deelnemers is in 10 groepe van 20 elk en een groep van 18 verdeel. Die navorsers het met behulp van opgeleide personeel van die onderskeie organisasies (nie-winsgewende organisasies) die afneem van vraelyste gefasiliteer. Die personeel was vooraf deeglik opgelei in die afneem van die vraelyste.

Ná die voltooiing van die vraelyste is hulle deeglik nagegaan om toe te sien dat hulle korrek en volledig voltooi is. Response is gekodeer, ingesleutel en nagesien om die totale tellings vir skale en subskale te verkry.

## **RESULTATE**

### **Doel van die ondersoek**

Die doel van die studie was om te bepaal of adolessente wat deur MIV/VIGS geaffekteer word en wat onderskeidelik hoë en lae vlakke van sosiale ondersteuning ten opsigte van lewenstevredenheid en psigososiale stressors ervaar, verskille toon.

In die ondersoek is lewenstevredenheid en psigososiale stressors as die afhanklike veranderlikes geïdentifiseer, terwyl sosiale ondersteuning as die onafhanklike veranderlike geïdentifiseer is.

Vir die metings van die afhanklike veranderlikes is van rou data gebruik gemaak. Die interne konsekwentheid waarmee die items van die onderskeie vraelyste wat gebruik is om metings van die afhanklike veranderlike te verkry, is ook vir hierdie ondersoekgroep ondersoek, en die resultate verskyn in Tabel 1.

**Tabel 1: Cronbach se  $\alpha$ -koëffisiënte vir die skale van die onderskeie meetinstrumente**

<b>Meetinstrumente</b>	<b><math>\alpha</math>-koëffisiënte</b>
Lewenstevredenheid	0,681
Stressors:	
PH (fisiese gesondheid)	0,740
HM (huis en geld)	0,724
PAR (ouers)	0,758
SIB (sibbe)	0,689
FAM (familie)	0,688
SCH (skool)	0,860
FR (vriende)	0,768
BG (kêrel/meisie)	0,725
NLE (negatiewe lewensgebeure)	0,806

Die berekende koëffisiënte in Tabel 1 toon dat vir al die metings aanvaarbare interne, konsekwente metings verkry is.

### **Navorsingshipotese**

Na aanleiding van die doelwit van die artikel is die volgende navorsingshipotese geformuleer:

Beduidende verskille kom in die gemiddelde tellings vir lewenstevredenheid- en psigososiale stressors (PH, HM, PAR, SIB, FAM, SCH, FR, BG en NLE) voor vir adolessente wat onderskeidelik hoë en lae sosiale ondersteuning ervaar.

Dit is duidelik dat twee groepe geïdentifiseer moes word en wel diegene met onderskeidelik hoë en lae sosiale ondersteuning. Soos reeds in artikel 1 aangetoon is, is sosiale ondersteuning in terme van vriende en gesin gedefinieer. In beide gevalle verskaf die meetinstrument 'n totale telling vir elk van die twee kategorieë (vriende en gesin). Behalwe hierdie twee tellings is ook besluit om met 'n algemene sosiale ondersteuningsindeks te werk, en in hierdie geval is die tellings van vriende en gesin bymekaar getel ten einde so 'n indeks te verkry. Om groepe (laag en hoog) te kon vorm, is die gemiddeldes en standaardafwykings bereken. Dit word in Tabel 2 verskaf.

**Tabel 2: Gemiddeldes en standaardafwyking van sosiale ondersteuning volgens vriende, gesin en totaalstelling**

Sosiale Ondersteuning	$\bar{X}$	<i>s</i>
Vriende	13,46	3,64
Gesin	13,08	3,94
Totaal	26,55	6,19

Daar is besluit om die groepe met lae en hoë sosiale ondersteuning te vorm deur 'n halwe standaardafwyking onder die gemiddelde vir die lae groep en 'n halwe standaardafwyking bo die gemiddelde vir die hoë groep as afsnypunte te gebruik. Op hierdie wyse is die groepe geïdentifiseer, en hulle word in Tabel 3 aangetoon.

**Tabel 3: Frekwensiedistribusie van onderzoekgroep volgens lae en hoë sosiale ondersteuning**

Sosiale Ondersteuning	Laag		Hoog	
	Afsnypunt	N	Afsnypunt	N
Vriende	≤11	65	≥16	73
Gesin	≤11	66	≥15	88
Totaal	≤23	70	≥30	77

Wat die totale telling betref, het onderskeidelik 77 (35, 3%) en 70 (32, 1%) van die adolessente aangetoon dat hulle lae en hoë sosiale ondersteuning ontvang. In die groep met lae vlakke van sosiale ondersteuning het 65 (29,8%) respondente aangetoon dat hulle ondersteuning deur vriende ontvang, terwyl 66 (30,3%) aangetoon het dat hulle ondersteuning deur die gesin ontvang. Adolessente met hoë vlakke van sosiale ondersteuning het 73 (33, 5%) aangetoon dat hulle ondersteuning deur vriende ontvang, terwyl 88 (40, 4%) aangetoon het dat hulle ondersteuning deur die gesin kom.

Die statistiese prosedures wat gebruik is, word vervolgens bespreek.

### Statistiese prosedure

Om die gestelde navorsingshipotese te toets, is die *t*-toets vir onafhanklike groepe gebruik. Een van die aannames onderliggend tot die *t*-toets vir twee onafhanklike groepe handel oor die homogeniteit van variansies. Omdat die twee groepe se groottes redelik verskil (sien Tabel 2), kan dit

wees dat die twee groepe se variansies nie homogeen is nie. Waar dit wel voorgekom het, is die Welch-Satterthwaite-benadering (Howell, 2007) gebruik. Om uitspraak te lewer oor die betekenisvolheid van statisties beduidende resultate wat met die ondersoek gevind is, is ook effekgroottes (Steyn, 1999) bereken. Dit word in hierdie geval deur Cohen se *D* aangedui, wat die verskil tussen twee gemiddeldes in terme van die grootte van die standaardafwyking (vir die hele groep) aantoon. In hierdie geval geld die volgende riglynwaardes: 0,20 = 'n klein effek; 0,50 = 'n medium effek; en 0,80 = 'n groot effek.

Die 5%- en 1%-peil van beduidendheid word in hierdie studie gebruik en die SPSS-programmatuur (SPSS Incorporated, 2011) is vir hierdie doel gebruik.

Die resultate word vervolgens rapporteer.

## RAPPORTERING EN BESPREKING VAN RESULTATE

### Sosiale ondersteuning deur vriende

Om moontlike verskille rakende lewenstevredenheid en psigososiale stressors tussen die adolessente wat lae en hoë sosiale ondersteuning van vriende ontvang, te ondersoek, is *t*-toetse uitgevoer, en die resultate verskyn in Tabel 4.

**Tabel 4: Vergelyking van gemiddelde tellings vir lae en hoë sosiale ondersteuning deur vriende**

Veranderlike	Sosiale ondersteuning: Vriende						<i>t</i>	<i>p</i>	<i>D</i>
	Laag			Hoog					
	N	$\bar{X}$	s	N	$\bar{X}$	s			
Lewenstevredenheid	65	16.29	6.66	73	15.81	6.74	0,423	0,673	
Stressor: PH	65	1.09	2.03	73	0.92	1.38	0,594	0,553	
Stressor: HM	65	28.93	6.88	73	30.24	7.36	-1,07	0,286	
Stressor: PAR	33	7.09	3.15	31	7.91	3.28	-1,02	0,313	
Stressor: SIB	56	9.14	4.31	62	9.69	4.66	-0,66	0,509	
Stressor: FAM	64	6.25	4.42	72	7.19	4.19	-1,28	0,204	
Stressor: SCH	64	16.61	10.00	67	16.30	8.32	0,19	0,847	
Stressor: FR	62	8.29	5.61	71	6.97	5.04	1,43	0,156	
Stressor: BG	19	4.21	3.19	35	3.43	3.27	0,85	0,402	
Stressor: NLE	22	15.14	7.20	19	13.74	6.91	0,63	0,531	

\*\*  $p \leq 0,01$

\*  $p \leq 0,05$

Geen beduidende verskille in gemiddeldes rakende enige van die afhanklike veranderlikes kon vir die twee groepe (laag en hoog) vir sosiale ondersteuning deur vriende gevind word nie.

### Sosiale ondersteuning deur die gesin

Om moontlike verskille rakende lewensvredeneid en psigososiale stressors tussen die adolessente wat lae en hoë sosiale ondersteuning van gesinslede ontvang, te ondersoek, is *t*-toetse uitgevoer, en die resultate verskyn in Tabel 5.

**Tabel 5: Vergelyking van gemiddelde tellings vir lae en hoë sosiale ondersteuning deur gesinslede**

Veranderlike	Sosiale ondersteuning: Gesin						<i>t</i>	<i>p</i>	<i>D</i>
	Laag			Hoog					
	N	$\bar{X}$	s	N	$\bar{X}$	s			
Lewensvredeneid	66	15.38	6.09	88	17.32	7.00	1,84	0,068	
Stressor: PH	66	1.01	1.49	88	.79	1.63	-0,88	0,379	
Stressor: HM	66	30.19	6.27	88	28.67	6.91	-1,42	0,157	
Stressor: PAR	33	6.98	2.44	40	7.60	4.19	0,79	0,429	
Stressor: SIB	57	9.53	4.72	78	7.81	4.86	-2,06	0,041	0,36
Stressor: FAM	66	6.50	4.06	86	6.97	5.28	0,62	0,537	
Stressor: SCH	65	15.46	8.25	80	16.92	11.08	0,91	0,365	
Stressor: FR	63	7.19	4.25	84	7.90	6.28	0,82	0,413	
Stressor: BG	25	3.51	3.04	37	3.76	3.45	0,30	0,768	
Stressor: NLE	20	12.74	6.12	27	12.75	7.66	0,01	0,996	

\*\*  $p \leq 0,01$

\*  $p \leq 0,05$

Uit Tabel 5 is dit duidelik dat ten opsigte van SIB (sibbe) as 'n stressor op die 5%-peil wel beduidende verskille in gemiddeldes vir die twee groepe (laag en hoog) vir sosiale ondersteuning deur gesinslede voorkom. Die ooreenstemmende effekgrootte dui egter aan dat die resultaat van klein tot medium praktiese belang is. Adolessente wat lae sosiale ondersteuning deur die gesin ervaar, in vergelyking met diegene wat hoë sosiale ondersteuning ervaar, toon 'n beduidende hoër gemiddelde vir

SIB aan. Hulle ervaar dus meer stres rakende hierdie aspek as diegene wat hoë sosiale ondersteuning deur gesinslede ervaar.

Die gesin word as 'n belangrike voorspeller in die sosiale ondersteuning en lewenstevredenheid van die adolessent beskou (Basson, 2008; Education Training Unit, 2005; Marcotte, Marcotte, & Bouffard, 2000). Hierdie studie het bevind dat adolessente wat laer vlakke van sosiale ondersteuning deur die gesin ervaar, beduidend hoër vlakke van stres rakende sibbe ervaar. Hierdie hoë stresvlakke hou verband met sibbe deurdat ouer adolessente dikwels die rol van die siek ouer in die fisiese, emosionele, sosiale ondersteuning en versorging van die jonger broer(s) en of suster(s) moet oorneem. Uit die literatuur blyk dat wanneer 'n ouer(s) te siek word om die nodige ondersteuning aan hul kinders te bied, die ouer kinders gewoonlik die volwasse rolle oorneem om in die behoeftes van die jonger sibbe te voorsien. As gevolg hiervan word die adolessent gekonfronteer met nuwe uitdagings waarop hy of sy nie genoegsaam voorberei is nie. Dit lei dikwels tot psigiese ongemak wat gevoelens van angs, verlies en depressie verder kompliseer (Bauman & German, 2005; Louw & Louw, 2007; Manipane & Bouwer, 2006, UNAIDS, 2008). Kinders aan die hoof van geaffekteerde huishoudings vind dit daarom moeilik om genoegsame ondersteuning en sorg aan hulself en aan hul sibbe te bied (Makiwane & Kwizera, 2006; Reddy et al., 2005). Ook vanweë die finansiële druk wat die siekte op reeds verarmde gesinne plaas, word sibbe dikwels tussen familielede verdeel, wat verdere emosionele verliese vir die adolessent inhou (Kimuna & Makiwane, 2007; Richter et al., 2009; UNAIDS, UNICEF, 2004).

### **Sosiale ondersteuning**

Om moontlike verskille rakende lewenstevredenheid en psigososiale stressors tussen die adolessente wat lae en hoë sosiale ondersteuning (algemene indeks) ontvang, te ondersoek, is t-toetse uitgevoer, en die resultate verskyn in Tabel 6.

**Tabel 6: Vergelyking van gemiddelde tellings vir lae en hoë sosiale ondersteuning**

Veranderlike	Sosiale ondersteuning: Totaal						<i>t</i>	<i>p</i>	<i>D</i>
	Laag			Hoog					
	N	$\bar{X}$	s	N	$\bar{X}$	s			
Lewenstevredenheid	70	15.23	6.40	77	17.77	7.09	2,28	0,024	0,38
Stressor: PH	70	9.53	1.35	77	9.97	1.94	0,09	0,932	
Stressor: HM	70	30.42	6.69	77	28.12	6.72	-2,07	0,040	0,35
Stressor: PAR	34	7.51	2.44	36	7.61	3.85	0,13	0,898	
Stressor: SIB	61	10.00	4.66	67	8.38	4.73	-1,95	0,053	
Stressor: FAM	69	6.77	3.94	75	6.83	5.05	0,07	0,944	
Stressor: SCH	6	16.34	7.95	68	17.28	0.58	0,59	0,559	
Stressor: FR	67	7.19	4.46	73	8.45	6.03	1,41	0,161	
Stressor: BG	21	3.43	2.91	37	4.10	3.40	0,78	0,437	
Stressor: NLE	23	13.74	6.77	23	14.43	7.76	0,32	0,748	

\*\*  $p \leq 0,01$

\*  $p \leq 0,05$

Uit Tabel 6 is dit duidelik dat ten opsigte van lewenstevredenheid en HM (huis en geld) as 'n stressor op die 5%-peil wel beduidende verskille in gemiddeldes vir die twee groepe (laag en hoog) vir sosiale ondersteuning (deur vriende en gesin gesamentlik) voorkom. Die ooreenstemmende effekgroottes dui egter aan dat beide resultate van klein tot medium praktiese belang is. Adollesente wat in die algemeen lae sosiale ondersteuning ervaar, in vergelyking met diegene wat hoë sosiale ondersteuning ervaar, toon 'n beduidende hoër gemiddelde vir HM aan. Hulle ervaar dus meer stres rakende hierdie aspek as diegene wat hoë sosiale ondersteuning (in die algemeen) ervaar. Verder toon die adollesente wat hoë sosiale ondersteuning (deur vriende en gesin gesamentlik) ervaar 'n beduidende hoër gemiddelde telling vir lewenstevredenheid as diegene wat lae sosiale ondersteuning ervaar.

Eksterne omgewingsfaktore speel 'n beduidende rol in die lewenstevredenheid en sosiale ondersteuning van die adollesent (Prince-Embury & Courville, 2008; Vemuri, Grove, Wilson, & Burch, 2011). Hierdie studie het bevind dat adollesente met lae vlakke van ondersteuning, beduidend hoë vlakke van stres ten opsigte van huis en geld as 'n stressor toon. Finansiële tevredenheid, inkomste van die broodwinner, dikwels die siek ouer(s) en die armoede wat met die siekte verband hou, het 'n

groot invloed op die algehele lewensomstandighede en lewenstevredenheid van die adolessent (Nickerson, Schwarz, & Diener, 2007). Hierdie bevinding is in ooreenstemming met vorige navorsing wat bevind het dat die sosio-ekonomiese status van die gesin of huishouding 'n rol in die sosiale ondersteuning en lewenstevredenheid van adolessente speel (Leventhal & Brooks-Gun, 2000; Tam, Foo & Lee, 2011; Van Hoorn, 2007). Hierdie studie het verder bevind dat adolessente wat hoër vlakke van ondersteuning deur die gesin en vriende ontvang, hoër vlakke van lewenstevredenheid toon, in vergelyking met adolessente wat laer vlakke van sosiale ondersteuning deur beide die gesin en vriende ontvang. Die rol van sosiale ondersteuning deur beide die gesin en vriende het dus 'n beduidende invloed op die sosiale ondersteuning en lewenstevredenheid van adolessente, soos deur vorige studies bevind (Bokhorst, Sumter, & Westenberg, 2009; Helsen, Vollenberg, & Meeus, 2000).

### **SAMEVATTING**

Die doel van hierdie ondersoek was om te bepaal of adolessente wat deur MIV/VIGS geaffekteer word en wat onderskeidelik hoër en laer sosiale ondersteuning ten opsigte van lewenstevredenheid en psigososiale stressors ervaar, verskille toon.

Sosiale ondersteuning word as 'n belangrike voorspeller van fisieke gesondheid en lewenstevredenheid beskou. Dit speel veral 'n belangrike rol in die verband tussen lewenstressors en lewenstevredenheid en funksioneer as 'n buffer teen stresvolle negatiewe lewensgebeure (Basson, 2008; Dollette et al., 2006; Education Training Unit, 2005; Marcotte et al., 2000). Navorsing het bevind dat adolessente wat hoër vlakke van sosiale ondersteuning ervaar, beduidend laer vlakke van psigiese ongemak, onsekerheid, angstigheid en depressie toon, asook beduidend hoër vlakke van lewenstevredenheid (Decker, 2007; Hong et al., 2010; Lee et al., 2007; Oackley et al., 2004). Uit hierdie studie was dit ook duidelik dat adolessente wat laer vlakke van sosiale ondersteuning deur die gesin ontvang, in vergelyking met adolessente wat hoër vlakke van ondersteuning deur die gesin rapporteer, aan beduidend meer stressors blootgestel is. Hulle het veral 'n hoër mate van stres ten opsigte van hul sibbe beleef. Uit die literatuur blyk dat wanneer die ouers te siek word om die nodige ondersteuning aan hul kinders te gee, ouer kinders normaalweg hierdie funksie oorneem om ondersteuning aan hul sibbe te bied. Hierdie rolvertolking is veral stresvol omdat die adolessent nie genoegsaam voorberei is om hierdie uitdagings te hanteer nie. Dit vorm ook nie deel van die adolessent se normale ontwikkelingsproses nie. Dit lei dikwels tot gevoelens van angs en depressie en kompliseer die problematiek rondom hul verlies (Bauman & German, 2005; Louw & Louw, 2007; Manipane &

Bouwer, 2006; UNAIDS, 2008). Vanweë die finansiële druk as gevolg van die versorging van 'n siek ouer, word sibbe dikwels tussen familie verdeel, wat verdere verliese impliseer (Kimuna & Makiwane, 2007; Richter et. al., 2009; UNAIDS, 2008).

Hierdie studie het ook getoon dat die sosio-ekonomiese status van die gesin 'n rol in die lewenstevredenheid van die adolessent, soos deur vorige studies bevind, speel (Nickerson et al., 2007; Vemuri et al., 2011). Finansiële tevredenheid en inkomste het 'n belangrike invloed op hul toegang tot die nodige ondersteuningsbronne en die algehele evaluering van hul lewensomstandighede. Hierdie studie het bevind dat die finansiële vermoëns van die gesin en finansiële tevredenheid van die adolessent 'n invloed op hul lewenstevredenheid het (Leventhal & Brooks-Gun, 2000; Tam et al., 2011; Van Hoorn, 2007).

Die rol van sosiale ondersteuning kan dus as 'n belangrike voorspeller in die verband tussen lewenstevredenheid en lewenstessors beskou word (Basson, 2008; Makola, 2007; Nickerson & Nagle 2004; Valois et al., 2009).

Sosiale ondersteuning speel dus 'n rol in die verskil van lewenstevredenheid en psigososiale stressors van MIV/VIGS-geaffekteerde adolessente wat onderskeidelik hoë en lae sosiale ondersteuning ervaar.

### **Leemtes en Aanbevelings**

Die resultate van die studie ondersteun die argument dat sosiale ondersteuning deur die gesin 'n belangrike rol speel in die verband tussen lewenstessors en lewenstevredenheid (Hale et al., 2005; Basson, 2008; Education Training Unit, 2005). Die resultate en bevindinge van hierdie studie is egter verkry vanaf 'n relatiewe klein steekproef. Hierdie steekproef was verteenwoordigend van hoofsaaklik swart en bruin adolessente en nie verteenwoordigend van die diversiteit van die Suid-Afrikaanse adolessentebevolking nie. Gevolgtrekkings kan dus nie tot die algemene populasie veralgemeen word nie.

Die groep adolessente wat aan hierdie studie deelgeneem het, was beperk tot sekere dorpe in die Noord-Kaap Provinsie. Om hierdie rede kan die bevindinge van die studie nie tot die algemene Suid-Afrikaanse adolessentepopulasie veralgemeen word nie, aangesien hierdie bevindinge beïnvloed word deur die spesifieke gewoontes en gemeenskappe wat hierdie groepe verteenwoordig.

Hierdie studie was hoofsaaklik kwantitatief van aard. Die insluiting van kwalitatiewe metodes egter sou 'n meer omvattende beeld van die data gee. Die insluiting van 'n kontrolegroep verteenwoordigend van nie-geaffekteerde adolessente sou ook 'n ryker benadering tot die interpretasie van die data waar beide geaffekteerde en nie-geaffekteerde adolessente hul sienings en gevoelens by wyse van gestruktureerde onderhoude kon weergee, verleen.

Die gebruik van vraelyste wat nie vir die Suid-Afrikaanse populasie gestandaardiseerd is nie, kan ook as 'n belangrike leemte geïdentifiseer word. Aangesien die swart adolessente in hierdie studie Tswana of Xhosa as moedertaal het, kan die taalaspek, veral Engels, 'n groot invloed op die resultate hê. Afrikaanssprekende adolessente kan dus bevoordeel word deurdat hulle die vraelyste in hul moedertaal voltooi het.

### **Aanbevelings**

Die volgende kan as aanbevelings van hierdie studie dien: Die insluiting van 'n meer verteenwoordigende populasiegroep wat verteenwoordigend van alle etniese groepe in die Suid-Afrikaanse konteks is en wat die kleure van die reënboognasie sal reflekteer, is wenslik. Dit sal 'n ryker interpretasie aan die resultate en bevindinge van hierdie studie verleen. Aangesien hierdie studie in die Noord-Kaap Provinsie onderneem is, kan dit moontlik ook in ander provinsies onderneem word, ten einde 'n globale oorsig van die totale Suid-Afrikaanse adolessentepopulasie se belewing en persepsies oor die rol wat sosiale ondersteuning in die verband tussen lewenstressors en hul lewenstevredenheid speel, te kry.

Die insluiting van kwalitatiewe navorsingsmetodes sal aan die resultate 'n ryker voorkoms asook 'n beter begrip van die uitdagings wat MIV ten opsigte van sosiale ondersteuning en lewenstevredenheid aan adolessente bied, verleen.

Die ontwikkeling van meetinstrumente wat vir die Suid-Afrikaanse populasie gestandaardiseerd is, behoort ondersoek en oorweeg te word. Die vertaling van hierdie meetinstrumente in die moedertaal van respondente behoort deel van hierdie proses te wees

# Bronnelys

- Abebe, T., Aase, A. (2007). Children, AIDS and the politics of orphan care in Ethiopia: The extended family revisited. *Social Science & Medicine*, 64(10): 2058-2069.
- Akukwe, C. (2007). Aids relief and the world's richest people: An opportunity for partnership on AIDS orphans and health workers. Retrieved from <http://www.worldpress.org/Americans/30/8.cfan>.
- Antaramian, S. P., Huebner, E. S. & Valois, R. F. (2008). Adolescent life satisfaction. *Applied Psychology: An International Review*, 57(1), 112-126.
- Arslan, C. (2009). Anger, Self-esteem, and Perceived Social Support in Adolescence. *Social Behavior and Personality, Society for Personality Research*, 37(4), 555-564.
- Ash, C., Huebner, E. S. (2001). Environmental events and life satisfaction reports of adolescents: A test of cognitive mediation. *School Psychology Internations*, 22(3), 320-336.
- Bal, S., Crombez, G., Van Oost, P. Debourdeayhuij, I. (2003). The role of social support in wellbeing and coping with self-reported stressful events in adolescents. *Child Abuse Neglect*, 27, 1377-1395.
- Barbarin, O. A. (2003). Social risks and child development in South Africa: A nation's program to protect the human right of children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73(3), 248-254.
- Basson, N. (2008). *The influence of psychosocial factors on the subjective well-being of adolescents* (Unpublished master's thesis). University of the Free State, Bloemfontein, South Africa.
- Bauman, L. J. & German, S. (2005). Psychosocial impact of the HIV/AIDS epidemic on children and youth. In Foster, G., Levine, C. & Williamson J. (Eds.), *A generation at risk: The global impact of HIV/AIDS on orphans and vulnerable children*, (pp 93-133). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bokhorst, C. L., Sumter, S. R. & Westenberg, P. M. (2009). *Social Support from Parents, Friends, Classmates, and Teachers in Children and Adolescents Aged 9 to 18 Years: Who Is Perceived as Most Supportive?* Manuscript submitted for publication. Linden University-Department of Psychology, Developmental Psychology Unit. USA.
- Broadhead, W. E., Kaplan, B. H., James, S. A. & Wagner, E. H. (2005). The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *American Journal of Epidemiology*, 117, 521-537. C A :Wadsworth.

- Chen, X., French D. C. & Schneider, B. (2006). *Peer relationships in cultural context*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Cluver, L & Gardner, F. (2008). The psychological well-being of children orphaned by AIDS in Cape Town, South Africa. Creative Commons Attribution Licenses. Retrieved from <http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>
- Cluver, L. & Gardner, F. (2007). Risk and protective factors for psychological well-being of children orphaned by AIDS in Cape Town: A qualitative study of children and caregivers' perspectives. *AIDS Care*, 19, 318-325.
- Coleman, J., Hagell, A., (2007). *Adolescence, risk and resilience: Against the odds*. West Sussex, England: Wiley & Sons.
- Cortina, M. A., Kahn, K., Fazel, M., Hlungwani, T., Tollman, S., Bahana, A., ... & Stein, A. (2008). School based interventions can play a critical role in enhancing children's development and health in the developing world. *Child: Care, Health, and Development*, 34, 13.
- Decker, C. L. (2007). Social support and adolescent cancer survivors: *A review of the literature*. *Psycho-Oncology*, 16, 1-11.
- Department of Health (2007). Government National AIDS Plan 2007-2011. *National Department of Health, Pretoria*.
- DeSantis-King, A., Huebner, E. S., Suldo, S. M. & Valois, R. F. (2006). An ecological view of school satisfaction in adolescence. Linkages between social support and behaviour problems. *Applied Research in Quality of Life*, 1, 279-295.
- Dias, S. F., Matos, M. G. & Goncalves (2006). AIDS-related stigma and attitude towards AIDS-infected people among adolescents. *AIDS Care*, 18, 208-214.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Dollete, M., Steese, S., Philips, W. & Matthews, G. (2006). Understanding girls' circle as an intervention on perceived social support, body image, self-efficacy, locus of control and self-esteem. *Girls' Circle Association: A Project of the Tides Center*.
- Edström, J. & Khan, N (2009). Perspectives on intergenerational vulnerability for adolescents affected by HIV: An argument for Voice and Visibility. *IDS Bulletin* 40(1) ,41-49.
- Education Training Unit (2005). *Community Projects: Pretoria*

- Elmore, G. M. & Huebner E. S. (2010). Adolescents' Satisfaction with School Experiences: Relationships with Demographics, Attachment Relationships, and School Engagement Behavior. *Psychology in Schools*, 47(6) 525-537.
- Fang, X., Li, X., Stanton, B., Hong, Y., Zhang, L., Zhao, G., ... & Lin, D. (2009). Parental HIV/AIDS and psychosocial adjustment among rural Chinese children. *Journal of Pediatric Psychology* (in press).
- Ferrante, J. (2003). *Sociology: A global perspective* (5th Ed.). Belmont, CA: Thomson/Wadsworth.
- Foster, G. & Williamson, J. (2000). A review of current literature on the impact of HIV/AIDS on children in sub-Saharan Africa. *AIDS*, 14, 275-284.
- Fox S. & Parker W. (2007). HIV/AIDS, Children, and Sub-Saharan Africa: Dealing with bereavement. In A Singhal & W.S Howard (Eds.), *The children of Africa confront AIDS* (pp. 119-130). Athens: Ohio University Press.
- Gadow, K. D., Chernoff, M., Williams, P. L., Brouwers, P, Morse, E., Heston, J., ... & Nachman S. (2010). Co-occurring psychiatric symptoms in children perinatally infected with HIV and peer comparison sample. *Journal of Developmental and Behavioural Pediatrics*, 31(2), 166-128.
- Galbie, F. & Davids, Y. D. (2009). Quality of life among South Africans. Retrieved from [http://www.hsrc.ac.za/research/outputDocuments/6004\\_Galbie\\_Quality of life.pdf](http://www.hsrc.ac.za/research/outputDocuments/6004_Galbie_Quality%20of%20life.pdf)
- George, A. A., (2009). *Risk and Resilience in Adolescent Suicidal Ideation*. (Unpublished doctoral dissertation). University of the Free State, Bloemfontein, South Africa.
- Giese, S., Meintjies, H., Croke, R. & Chamberlain, R. (2003). *Health and Social Services to Address the Needs of Orphans and other Vulnerable Children in the Context of HIV/AIDS: Research Report and Recommendations*. Cape Town, South Africa, Children's Institute of the University of Cape Town.
- Gilman, R. & Huebner, E.S. (2003). A review of life satisfaction research with children and adolescents. *School Psychology Quarterly*, 18(2), 192-205.
- Gilman, R., Huebner, E. S., Tian, L., Park, N., O'Byrne, J., Schiff, M., ... & Langknecht, H. (2007). Cross-national adolescent multidimensional life satisfaction report. Analyses of mean scores and response style differences. *Journal of Youth and Adolescence*, 37(2), 142-154.
- Goldbeck, L., Schmitz, T. G., Besier, T., Hersbach, P. & Henrich, G. (2007). Life satisfaction decreases during adolescence. *Quality of Life Research*, 16(8), 969-979.

- Golding, J. M., Wilsnack, S. C. & Cooper, M. L. (2002). Sexual assault history and social support: Six general population studies. *Journal of Traumatic Stress, 15*, 187-197.
- Hale, C. J., Hannum, J. W. & Espalage, D. L. (2005). Social Support and Physical Health: The important of belonging. *Journal of American College Health, 53*, 276-284.
- Helsen, M., Vollenbergh, W. & Meeus, W. (2000). Social support from parents and friends and emotional problems in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence, 29*, 319-335.
- Higgs, N. T. (2007). Measuring and understanding the well-being of South Africans: Everyday quality of life in South Africa. *Social Indicators Research, 81*(2), 331-356.
- Hong, Y., Li, X., Fang, X., Zhao, G., Lin, X., Zhang, J... & Zhang, L. (2010). Perceived Social Support and Psychosocial Distress Among Children Affected by AIDS in China. *Community Mental Health Journal, 46*, 33-43.
- Horstmannshof, L., Punch, R. & Creed, P. A. (2008). Environmental correlates of wellbeing amongst final year high school students. *Australian Journal of Psychology, 60*(2), 101 – 111.
- Howell, D. C. (2007). *Statistical methods for psychology (6th ed.)*. Belmont CA: Thomson.
- Huebner, E. S., Suldo, S. M. & Gilman, R. (2006). Assessing perceived quality of life in children and youth. In S. R. Smith & L. Handler (Eds.), *Clinical assessment of children and adolescents: A practitioner's guide (pp. 347–363)* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Huebner, E. S. & Gilman F. (2006). Students who like and dislike school. *Applied Quality of Life Research, 1*, 139-150.
- Huebner, E. S., Valois, R. F., Paxton, P. R. & Drane, W. J. (2005). A Review of the Brief Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale. Middle school students perceptions of their quality of life. *Journal of Happiness Studies, 6*, 15-24.
- Huebner, S. N., Ash, C. L. & Laughlin, J. E. (2001). Life experiences, locus of control and school satisfaction in adolescence. *Social Indicators Research, 55*, 167-183.
- Hunter, S. (2000). *Reshaping Societies: HIV/AIDS and Social Change: A resource book for Planning, Program and Policy Making*. New York: Hudson Press.
- Kagee, A. (2007). Treatment adherence among primary care patients in a historically disadvantaged community in South Africa. *Journal of Health Psychology, 12*, 444-460.
- Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, M., Rantanen, P & Laippala, P. (2001). Adolescent depression: The role of discontinuities in life course and social support. *Journal of Affective Disorders, 64*, 155-166.

- Kimuna, S. R. & Makiwane M. (2007). Older people as resources in South Africa: Mpumalanga households. *Journal on Aging and Social Policy* 19(1), 97-114.
- Kingdom, G. G. & Knight, J. (2006). Subjective well-being poverty vs. Income poverty and capabilities poverty? *Journal of Development Studies*, 42(7), 1199-1224.
- Kruger, J. (2006). Children, community, and HIV/AIDS in South Africa. *Children, Youth and Environment*, 12, 199-222.
- Kwan, Y. (2008). Life satisfaction and family structure among adolescents in Hong Kong. *Social indicators Reserch*, 86(1), 59-67.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lee, S., Detels, R., Rotheram-Borus, M. J. & Duan, N. (2007). The effect of social support on mental behavior outcomes among adolescents with parents with HIV/AIDS. *Ameriacan Journal Public Health*, 97, 1820-1826.
- Leventhal, T. & Brooks-Gun, J. (2000). The neighborhoods they live in: The effects of neighborhood residence on child and adolescent outcomes. *Psychological Bellentin*, 126(2), 309-337.
- Lever, J. P., Pinol, N. L. & Uralde, J. H. (2005). Poverty, psychological resources and subjective well-being. *Social Indicators Research*. 73(3), 375-408.
- Levin, K. A. & Currie, C. (2010). Family structure, mother-child communication, father-child communication, and adolescent life satisfaction: *A cross-sectional multilevel analysis*. *Health Education*, 110(3), 152-168.
- Louw, D. A. & Louw, A. (2007). *Child and adolescent development*. Bloemfontein: Psychology Publications.
- Makiwane, M. & Kwizera, S. (2006). An investigatin of quality of life of the erderly South Africa, with specific reference to Mpumalanga Province. *Applied Research in Quality of Life* 1(3/4), pp297-313.
- Makola, S. (2007). *Meaning in life and life stresors as preditors and first-year students' academic performance*. (Unpublished doctoral dissertation). University of the Free State, Bloemfontein, South Africa.
- Manipane, R. & Boucher, C. (2006). Identifying resilient and non-resilient middle-adolescents in a formerly black-only urban school. *South African Journal of Education*, 26(3), 443-456.

- Maqoko, Z. (2006). "*HIVAIDS orphans as heads of household: A challenge to pastoral care*". (Unpublished master's thesis). Department of Theology, University of Pretoria.
- Marais, H. (2005). *Bundelender: The impact of AIDS in South Africa*. Pretroria, South Africa, University of Pretoria, Centre for the Study of AIDS.
- Marcotte, G., Marcotte, D. & Bouffard, T. (2000). The influence of family support and dysfunctional attitudes on depression and delinquency in an adolescent population. *European Journal of Psychology of Education, 17*(4), 363-376.
- Martin, K., Huebner, E. S. & Valois, R. F. (2008). Does life satisfaction predict victimization experiences in adolescence? *Psychology in Schools, 45*(8), 705-714.
- Mawar, N., Sahay, S., Pandit, A. & Mahajan, U. (2005). The third phase of HIV pandemic: Social consequences of HIV/AIDS stigma and discrimination and future needs. *Indian Journal of Medical Research, 122*, 471-484.
- Meintjes, H. & Giese, S. (2006). Spinning the epidemic. The making of mythologies of orphan hood in the context of AIDS. *Childhood, 13*(3), 407-430.
- Melhem, N. M., Morit, Z. G., Walker, M., Shear, M. & Brent, D. (2007). Phenomenology and correlates of complicated grief in children and adolescence. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46*, 493-499.
- Moos, R. H. & Moos, B. S. (1994). Life stressors and social resources Inventory, Youth form. *Psychological Assessment Resources*. Odessa, Florida.
- Moos, R. H. (2002). Life Stressors, Social Resoures, and Coping Skills in Youth: Applications to Adolescents with Chronic Disorders. *Journal of Adolescent Health, 30*(4), 22-29.
- Nickerson, C., Schwarz, N. & Dienier, E. (2007). Financial aspirations, financial success, and overall life satisfaction: Who? And how? *Journal of Happiness Studies, 8*(4), 467-515. Retrieved from <http://www.hdl.handle.net>
- Nyamukapa, C., Gregson, S. (2005). Extended family's and women's roles in safeguarding orphans' education in AIDS-afflicted rural Zimbabwe. *Social Science & Medicine, 61*(12), 2628-2683.
- Oackley, A., Hickey, D. & Rigby, A. S. (2004). Love or money? Social Support, class inequality and health of women and children. *The European Journal of Public Health, 4*, 265-273.
- Oleke, C., Blystad, A., Rekdal, O. B. (2005). "When the obvious brother is not there": Political and cultural context of the orphan challenge in northern Uganda. *Social Science & Medicine, 61*, 2628-2683.

- Patterson, A. S. (2007). AIDS, Orphans, and the Future of Democracy in Africa. In A.Singhal & W.S Howard, (Eds.). *The children of Africa confront AIDS (pp. 13-39)*. Anthens: Ohio University Press.
- Pivnick, A. & Villegas, N. (2000). Resilience and risk: Childhood and uncertainty in the AIDS epidemic. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 24, 101-136.
- Prince-Embury, S. & Courville, T. (2008). Comparison of one, two, and three factor models of personal resiliency using the Resiliency Scale for Children and Adolescents. *Canadian Journal of School Psychology*, 23(1), 11-25.
- Proctor, C. L., Linley, P. A. & Maltby, J. (2008). Youth life satisfaction: A review of literature. *Journal of Happiness Studies*, 10(5), 583-630.
- Reddy P., Sheg J., Esu-Williams, E. & Fisher, A. (2005). 'Inkala Ixing etyeni – Trapped in a difficult situation': The Burden of Care on the Elderly in the Eastern Cape, South Africa. Johannesburg, South Africa, Population Council.
- Rehle, T., Shisana, O., Pillay, V., Zuma, K., Puren, A. & Parker, W. (2007). National HIV incidence measures - new insights into the South African epidemic. *South African medical journal*. 97(3), 194-199.
- Richter, L. (2004). *The impact of HIV/AIDS on the development of children*. Retrieved from <http://www.iss.co.za/pubs/momographs/no109/chap2htm>
- Richter, L. & Sherr, L. (2008). Children thrive in families: Family centred models for orphans and other vulnerable children affected by HIV and AIDS. *Family Health International, Prevention and Mitigation Division, USA*.
- Richter, L., Sherr, L., Adato, M., Belsey, M., Chanda, U., Desmond, C., ... & Kimou, J. (2009). *Strengthening families to support children affected by HIV/AIDS*. *AIDS Care*, 21, 3-12.
- Richter, L., Stein, A., Cluver L., De Kadt J. (2009). Infants and young children affected by HIV/AIDS. In HIV/AIDS in South Africa 25 years on. *Psychosocial perspectives*. Edited by P. Rohleder, L. Schwarz, S. C. Kalichman, L. C. Simbayi. New York: Springer Press.
- Ritakallio, M., Luukkaala, T., Marttunen, M., Pelkonen, M. & Kaltiala-Heino, R. (2010). Comorbidity between depression and antisocial behavior in middle adolescence: *The role perceived social support*, *Nordic Journal of Psychiatry*; 64, 164-171.
- Salkind, N. J. (2008). *Statistics for people who think they hate statistics (3rd ed.)*. Chicago, IL: Sage.
- Santrock, J. W. (2005). *Adolescents*. New York, NY: McGraw Hill.

- Save the Children (2005). *Facing the Crisis: Supporting children through positive care options Save the Children, London*. Retrieved from <http://www.savethechildren.org.uk/en/545141.htm>
- Scholte, R. H. J. & Van Aken, M. A. G. (2006). Peer relations in adolescence. In S. Jackson & L. Goossens (Eds.), *Handbook of adolescent development (pp. 175-199)*. New York: Psychology Press.
- Sigelman, C. K. & Rider, E. A. (2009). *Life-span human development (6th Ed.)*. Belmont,
- Simbayi, L. C., Kleintjes, S., Ngomane, T., Tabane, C. E. M., Mfecane, S. & Davids A. (2006). *Psychosocial issues affecting orphaned and vulnerable children in two South African Communities*. Cape Town: SHRC Press.
- SPSS Incorporated (2011). *SPSS user's guide, Version 18*. New York: Author.
- Steyn, H. S. (1999). *Praktiese beduidendheid: die gebruik van effekgroottes*. Potchefstroom: Publikasiebeheer Komitee, PU vir CHO.
- Strebel, A. (2004). *The development, implementation, and evaluation of interventions for the care of orphans and vulnerable children in Botswana, South Africa, and Zimbabwe*. Pretoria: Human Sciences Research Council.
- Suldo, S. M. & Huebner, E. S. (2004). *Does life satisfaction moderate the effects of stressful life events on psycho pathological behaviour in adolescence?* School Psychology Quarterly Survey. Health Promotion Research and Development Unit of Medical Research Council, South African.
- Tam, C. L., Foo, Y. C. & Lee, T. H. (2011). The Association between Perceived Social Support, Social-economic Status and Mental Health in Young Malaysian Adults. *East Asian Arch Psychiatry, 21,73-78*.
- Triegaardt, J. D. (2005). The child support grant in South Africa: A social policy for poverty alleviation. *Social welfare, 14, 249-255*.
- Uchino, B. N. (2006). Social support and health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine, 29, 377-387*.
- UNAIDS (2008). *Report on the Global HIV Epidemic 2008*. Geneva. UNAIDS.
- UNAIDS/UNICEF. (2004). *Children orphaned by AIDS: Frontline response form Eastern and Southern Africa*. Washington, DC.
- UNICEF (2007). *Saving Children, Enhancing Lives: Combating HIV and AIDS in South Africa* UNICEF.

- Valois, R. F., Zullig, K. J., Huebner, E. S. & Drane, J. W. (2009). Youth developmental assests and perceived life satisfaction: Is there a relationship? *Applied Research in Quality of Life*, 494, 315-331.
- Valois, R. F., Zullig, K. J., Huebner, E. S., Kammermann, S. A. & Drane, J. W. (2002). Association between life satisfaction and sexual risk-taking behaviour among adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 11(4), 427-440.
- Van Hoorn, A. (2007). A short introduction of subjective well-being: Its measurement, correlates and policy uses. Retrieved from <http://www.oecd.org/dataoecd/16/39/38331839.pdf>
- Vaux, A. (1985). *Social support: Theory, research and intervention*. New York, NY: Praeger.
- Vemuri, A. W., Grove, M., Wilson, M A. & Burch, W. R. (2011). The tale of two scales: Evaluating the relationship among life satisfaction, social capital, income, and the natural environment at individual and neighborhood levels in metropolitan Baltimore. *Environment and behavior*, 43(1), 3-25.
- Verkuyte, M. & Thijs J. (2002). School satisfaction of elementary school children: The role of performance, peer relations, ethnicity and gender. *Social Indicators Research*, 59, 203-228.
- Way, N. & Robinson, M. G. (2003). A longitudinal study of the effects of family, friends, and school experience on the psychological adjustment of ethnic minority, low-SES adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 18(4), 324-346.
- WHO & UNICEF (2007). Taking Stock: HIV in children, the state of affairs. Geneva Switzerland: *World HIV/AIDS Programme*.
- WHO. (2005). Clinical staging of HIV/AIDS and HIV/AIDS case definitions for surveillance. Retrieved from <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/casedefinitons/en/index.html>
- Wissing, M. P. & Van Eeden, C. (2002). Empirical Classification of the Nature of Psychological Well-being. *South African Journal of Psychology*, 32(1), 32-44.
- Zullig, K. J., Valois, R. F., Huebner, E. S. & Drane, J.W. (2005). Associations among family structure demographics, and adolescents perceived life satisfaction. *Journal of Child and Family Studies*, 14, 195-206.

***ARTIKEL 3: Die rol van sosiale ondersteuning in die verband tussen lewenstressors en lewenstevredenheid onder MIV/VIGS-geaffekteerde adolessente.***

**Die doel van die ondersoek was om die rol wat sosiale ondersteuning in die verband tussen lewenstressors en die lewenstevredenheid van MIV/VIGS-geaffekteerde adolessente speel, te bepaal. Die ondersoekgroep het bestaan uit 218 Afrikaans-, Engels- en Afrikataalsprekende adolessente. Hierdie groep adolessente was tussen die ouderdomme van 12 en 19 jaar. Vir die meting van lewenstressors en sosiale ondersteuning is die Lewenstressors- en Sosiale Bronnevraelys – Jeugvorm (Life Stressors and Social Resources Inventory – Youth Form: LISRES-Y – (Moos & Moos, 1994) gebruik, en vir die meting van lewenstevredenheid is die Lewenstevredenheidsvraelys (Satisfaction with Life Questionnaire) van Diener, Emmons, Larsen en Griffin (1985) gebruik. Uit die resultate blyk dat sosiale ondersteuning wel 'n rol in die verband tussen lewenstressors en die lewenstevredenheid van MIV/VIGS-geaffekteerde adolessente speel. Sosiale ondersteuning deur die gesin blyk 'n moderator in die verband tussen lewenstressors en lewenstevredenheid by MIV/VIGS-geaffekteerde adolessente te wees. Die studie het bevind dat lewenstressors wel 'n beduidende verband met die lewenstevredenheid van MIV/VIGS-geaffekteerde adolessente toon. Geslagsverskille en etnisiteit blyk nie 'n moderator in die lewenstevredenheid van hierdie groep adolessente te wees nie. Dit was egter deurgaans in die studie duidelik dat adolessente wat wel deur MIV/VIGS geaffekteer is, met beide lae en hoë vlakke van ondersteuning, redelik lae vlakke van lewenstevredenheid ervaar.**

**Sleutelwoorde: sosiale ondersteuning, lewenstressors, lewenstevredenheid, adolessent, MIV/VIGS.**

MIV/VIGS is tans die mees gevreesde siekte wat die gesondheid en welstand van die hele wêreld bedreig (Tagoe & Aggor, 2009). Daar word beraam dat die pandemie reeds die lewens van miljoene mense geëis het (Avert, 2008). Navorsers is van mening dat ongeveer 33 miljoen mense, van wie die meeste ouers is, wêreldwyd met die siekte saamleef (Anderson & Philips, 2006; Tao, Zunyou, Song, Wenxiang, & Keming, 2010). Hulle postuleer verder dat meer as 15 miljoen kinders onder die ouderdom van 18 jaar as gevolg van die pandemie wees gelaat is.

Suid Afrika in die besonder is 'n land waar kinders, gesinne en gemeenskappe deur die MIV/VIGS-pandemie geraak word (Simbayi et al., 2006). Behalwe dat baie persone hierdeur geraak word, hou dit ook die gevaar in dat hele gemeenskappe uitwis kan word. Die vernietigende gevolge van

die pandemie het die sosiale, kulturele en ekonomiese struktuur van gesinne en gemeenskappe deurdring en verander, en laat hoofsaaklik kinders kwesbaar en in bittere armoede (HelpAge International, 2007).

Die aantal kinders wat as gevolg van VIGS wees gelaat is, het beduidend toegeneem, en dit hou ernstige implikasies in (UNICEF, 2007). Die gevolge wat dit vir hierdie geaffekteerde kinders inhou is ernstig en langdurig. Hierdie kinders vorm vandag een van die mees geraakte en blootgestelde bevolkingsgroepe ter wêreld (Akukwe, 2007; UNICEF, 2007). Navorsers het voorspel dat die aantal kinders in Suid Afrika wat 'n ouer of ouers as gevolg van VIGS sal verloor vanaf 1,1 miljoen in 2003 tot 3,1 miljoen teen 2010 sou styg, en teen 2015 'n hoogtepunt van minstens 5,7 miljoen sal bereik (Cluver & Gardner 2006; Dorrington, Johnson, Bradshaw, & Daniel, 2005).

Adolessente wat deur 'n MIV-geïnfekteerde ouer(s) geaffekteer word of wat as gevolg van VIGS wees gelaat is, word aan talle lewenstressors blootgestel, wat 'n negatiewe impak op hul lewensvrede het. Die nadeligste gevolg van hierdie pandemie is die vernietiging van menslike verhoudings of bronne en sosiale bande, wat alles kan meewerk om kinders in die samelewing of hulle sosiale konteks te help oorleef en floreer (UNICEF, 2007).

Die pandemie het ook 'n invloed op die lewensvrede van geaffekteerde adolessente, en baie leef in situasies van akute kwesbaarheid (Pharaoh & Weiss, 2005). Op 'n huishoudelike vlak is die lewenstressors waaraan geaffekteerde adolessente blootgestel word, katastrofies, aangesien MIV/VIGS oorwegend meer as een lid van die huishouding tref, gewoonlik die broodwinner. Wanneer 'n ouer(s) met MIV saamleef, moet die ouer(s) sowel as hulle kinders, baie lewenstressors oor 'n lang tyd die hoof bied, en hulle lewenstressors begin gewoonlik lank voordat 'n ouer(s) as gevolg van die siekte sterf (Richter, 2004).

MIV/VIGS laat dus kinders kwesbaar en stel hulle aan 'n verhoogde risiko vir negatiewe lewenservaringe bloot. Namate 'n ouer(s) sieker word en gevolglik sterf, neem geaffekteerde kinders se behoefte aan liefde, sorg en ondersteuning toe. As hierdie behoeftes nie bevredig word nie, lei dit dikwels tot verlaagde vlakke van lewensvrede (Education Training Unit, 2005). Geaffekteerde adolessente benodig dus 'n ondersteunende omgewing wat hulle in staat stel om lewenstressors effektief te kan hanteer en gevolglik hoër mate van lewensvrede te ervaar. Die veelvuldige stressors wat hulle konfronteer, stel hulle aan allerlei negatiewe lewenservaringe bloot, veral as die normale ondersteuningstrukture swak of afwesig is (Manipane & Boucher, 2006).

Dit is dus duidelik dat daar nie net 'n ommekeer van ontwikkelingstendense is nie, maar ook die verwoesting van ou gesin- en tradisionele patrone en sosiale ondersteuningsnetwerke wat hierdie geaffekteerde kinders nodig het. MIV/VIGS breek die delikate vlakke van ondersteuning en verhoudings van MIV/VIGS geaffekteerde kinders af (Cook & Munthali, 2004).

Sosiale ondersteuning is een van die faktore wat 'n belangrike rol speel in die verband tussen lewenstressors en lewenstevredenheid. Sosiale ondersteuning word as een van die belangrikste faktore in die voorspelling van fisieke gesondheid en emosionele welstand beskou (Hale, Hannum & Espelage, 2005). Dit word beskou as 'n buffermeganisme wanneer mense in nood/krisis verkeer. Die adolessent se sosiale omgewing speel 'n belangrike rol in die vorming van sy gedrag wat hom vir toekomstige lewensuitdagings of lewenstressors voorberei (Basson, 2008; Cook & Munthali, 2004; Louw & Louw, 2007).

Na aanleiding van die bogenoemde uiteensetting was die doel van hierdie studie dus om die rol van sosiale ondersteuning in die verband tussen lewenstressors en lewenstevredenheid van MIV/VIGS geaffekteerde adolessente te bepaal.

Veranderlikes wat in die navorsing ter sprake is en vervolgens bespreek word, is MIV/VIGS-geaffekteerde adolessente, sosiale ondersteuning, lewenstressors en lewenstevredenheid.

### **MIV/VIGS-GEAFFEKTEERDE ADOLESSENTE**

In hierdie studie het die ondersoekgroep uit MIV/VIGS-geaffekteerde adolessente tussen die ouderdomme van 12 en 19 jaar bestaan. Die besprekings van hierdie veranderlike sal op die genoemde groep fokus.

Adolessensie is een van die uitdagendste en mees komplekse lewensfases, enersyds wat die beleving daarvan en andersyds wat die beskrywing daarvan betref. Dit word deur geleidelike biologiese, fisieke, kognitiewe en psigososiale veranderinge wat die oorgang vanaf die kinderjare na volwassenheid teweegbring, gekenmerk (Louw & Louw, 2007; Deater-Deckard & Cahill, 2006; Basson, 2008; Oda, 2007). Dit word beskryf as 'n tydperk van verhoogde kwesbaarheid, omdat die betekenisvolle veranderinge en kompleksiteite wat adolessensie op elke gebied van ontwikkeling kenmerk, die welstand en lewenstevredenheid van adolessente kan saboteer (Gouws, Kruger & Berger, 2002; Beautrais, 2002).

Die ontwikkeling van adolessente veronderstel die blootstelling aan nuwe en verskillende lewenservaringe, die vermoë om gesinswaardes te integreer, die vorming van 'n eie identiteit en die

verkryging van eie of groter onafhanklikheid. Onsuksesvolle bemeestering van hierdie stadium kan lei tot gevoelens van onsekerheid oor hulself en hul toekoms. Die beskikbaarheid van hulpbronne speel 'n kritieke rol in hulle vermoë om suksesvol by hul omgewing aan te pas (Louw & Louw, 2007). Individuele, gesin- en sosiale bronne word beskou as unieke uitdagings en geleenthede vir die adolessent se groei en ontwikkeling (Goldbeck, Schmitz, Besier, Hersbach & Henrich, 2007; Erwin, 2002; Hjerm, Alfven, & Östberg, 2008; McCraw, Moore, Fuller, & Bates, 2008). In die konteks van die gesin en portuur leer adolessente die nodige sosiale en "coping"-vaardighede (MNSci & Astedt-Kurki, 2004).

Afgesien van die demokratiese oorgang in Suid-Afrika, gaan adolessente ook deur 'n periode van epidemiologiese verandering wat hulle gesondheid en lewensvrede bedreig. Dit word gekenmerk deur aansteeklike siektes soos tuberkulose en MIV/VIGS, met armoede as ondertoon. As gevolg van die MIV/VIGS-pandemie kom adolessente voortdurend voor nuwe uitdagings waarop hulle swak voorbereid is, te staan (Louw & Louw, 2007). Die veelvuldige stresfaktore wat hulle konfronteer, het die potensiaal om risikofaktore in hulle lewens te raak, veral as die normale ondersteuningstrukture afwesig of swak is (Manipane & Bouwer, 2006).

Een van die grootste uitdagings wat hierdie adolessente dus in die gesig staar, is die verlies van beheer oor hul lewens wat deur MIV/VIGS veroorsaak word (George, 2009). Die dood van 'n ouer weens MIV/VIGS is een van die grootste lewensstressors wat adolessente in die gesig staar (Campbell & Rohrbaugh, 2006). In 'n ondersoek na kwessies wat swart jongmense bedreig, is aangetoon dat die invloed van MIV/VIGS die grootste lewensbedreiging vir hulle inhou (Young South Africans, Broadcast Media and HIV/AIDS Awareness, 2006). Whiteside en Sunter (2001) beklemtoon die feit dat MIV/VIGS oormatige lewensstressors op dikwels swak voorbereide adolessente plaas en sodoende hulle risiko vir negatiewe lewensuitkomstes verhoog. Masten (2001) is van mening dat nie alle adolessente oor die nodige hulpbronne beskik om uitdagings effektief te kan hanteer nie. 'n Gebrek aan sosiale hulpbronne kan tot negatiewe lewensuitkomstes lei wat die adolessent vatbaar vir die reeds bestaande risikogedrag tydens adolessensie maak (Romero, 2005). Beskermende sosiale bronne en individuele persoonlike eienskappe is daarom belangrik om die adolessent te help om van spanningsvolle lewensgebeurtenisse te herstel. Sosiale ondersteuning het 'n belangrike rol om te speel om MIV/VIGS-geaffekteerde adolessente te help om ernstige stressors in hul persoonlike lewens te hanteer (Manipane & Bouwer, 2006).

## LEWENSTRESSORS

Suid Afrika word gekenmerk as 'n land met hoë vlakke van sosio-ekonomiese ongelykhede, armoede, geweld en 'n hoë voorkoms van MIV/VIGS, wat talle uitdagings vir die lewensomstandighede van Suid-Afrikaners inhou. Hierdie kontekstuele faktore veroorsaak dat Suid-Afrikaners aan veelvuldige lewenstressors blootgestel word (Barbarin, 2003).

Daar word algemeen aanvaar dat stressors in die menslike bestaan alomteenwoordig en deurdringend is. Die stressorvrag kan deur biologiese, kulturele, sosiale, struktuur en idiosinkratiese faktore bepaal word (Antonovsky, 1992). Moos en Schaefer (1993) beskou lewenstressors as emosionele uitdagings wat die funksionering van die individu beïnvloed. Volgens Moos (2002) is lewenstressors en sosiale bronne twee belangrike aspekte van die kontekstuele en sosialiseringsfaktore wat met die welsyn en lewenstevredenheid van adolessente geassosieer kan word. Hierdie kontekstuele faktore voorsien die raamwerk van hoe adolessente "cope", affekteer die begin en progressie van kliniese probleme en wangedrag, beïnvloed die gebruik van sosiale dienste en dra by tot die vorming, ontwikkeling en rypwording van adolessente. Moos (2002) se geïntegreerde stresshanteringsmodel word as 'n leidende teoretiese model gebruik om die verbande tussen lewenstressors en sosiale bronne te illustreer. Hierdie model is gebaseer op die basiese aanname dat omgewingsfaktore (hulpbronne en sosiale ondersteuning) en lewenskrisisse (adolessensie en MIV/VIGS) kombineer om die kognitiewe waardebepalings en hanteringsvaardighede wat die lewenstevredenheid van die individu beïnvloed, te bepaal. Die omgewingsstelsel bestaan uit relatief stabiele toestande in spesifieke lewensdomeine soos die familie klimaat en maatskaplike, politieke en ekonomiese toestande.

In die Suid-Afrikaanse konteks fokus Strümpher (2002) op verskeie lewenstressors wat sielkundige sterkte van die individu vereis. Hy onderskei tussen die volgende: **ongewone uitdagende situasies** waarvan die gevolge nie noodwendig negatief van aard hoef te wees nie en ook as 'n deel van die leerontwikkelingsproses beskou kan word; **individuele konflik** soos in die Suid-Afrikaanse konteks, byvoorbeeld verkragting, moord, diefstal, hoë vlakke van sterftes aan MIV/VIGS, gesinsgeweld, alkoholmisbruik, armoede en gevangenskap; en **kollektiewe konflik** in sosiale, ekonomiese en politieke situasies, byvoorbeeld resessietoestande, ekonomiese onstabieleiteit, onluste in swart en bruin woonbuurtes, korrupsie, werkloosheid en 'n swak onderwysbestel.

Na aanleiding van Moos (2002) se teoretiese siening van lewenstevredenheid en die rol van sosiale ondersteuning in dié verband, het hy 'n vraelys ontwikkel om stressors en bronne te bepaal (Lewenstressors- en Sosiale Bronnevraelys). Die vraelys assesser kroniese lewenstressors en bronne in

agt domeine, naamlik fisiese gesondheid, huis en geld, ouers, sibbe, uitgebreide gesin, skool, vriende en gesel(lin) (meisie/kêrel) (Moos, 2002).

## **LEWENSTEVREDENHEID**

Lewenstevredenheid word as 'n vername aspek van subjektiewe welstand gekonseptualiseer (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999). Lewenstevredenheid is aanduidend van 'n individu se psigiese welsyn en word beskou as die individu se kognitiewe eerder as emosionele beoordeling van sy lewenskwaliteit (Diener & Diener, 1995). Volgens die literatuur is lewenstevredenheid 'n belangrike psigologiese konstruk, aangesien die individu se tevredenheid die mate waartoe hy in 'n bepaalde gemeenskap sal floreer, bepaal (Fugl-Meyer, Melin, & Fugl-Meyer, 2002). Hierdie navorsers is van mening dat lewenstevredenheid in die tevredenheid tydens normale funksionering weerspieël word.

Navorsers beskryf lewenstevredenheid as 'n algehele selfevaluering van die kwaliteit van 'n mens se eie lewe (Antaramian, Huebner, & Valois, 2008; Basson, 2008; Fugl-Meyer et al., 2002; Huebner, 1994). In die algemeen evalueer mense hul lewens as positief. Antaramian et al. (2008) reken dat lewenstevredenheid 'n goeie voorspeller van aanpasbare ontwikkeling is. Navorsing deur Sousa & Lyubomirsky (2001) het getoon dat positiewe vlakke van lewenstevredenheid nie net 'n epifenomeen is nie. Mense evalueer daarom hul eie lewenstevredenheid deur hulle situasie met hul eie innerlike standaarde te vergelyk. Die evaluering van lewenstevredenheid is daarom nie slegs van eksterne faktore afhanklik nie, maar ook van die individu se interne verwysing.

Navorsing het ook bevind dat lewenstevredenheid as 'n buffer teen die ontwikkeling van stres optree (Lazarus, 1991, Suldo & Huebner, 2004). Dit kom dus voor asof lewenstevredenheid optree as 'n intrapersoonlike sterkte wat beskerming teen die ontwikkeling van psigopatologie in die teenwoordigheid van toenemend stresvolle lewenstressors bied. Lewenstevredenheid lê die grondslag vir die bevordering van die algehele welsyn van individue en gemeenskappe, aangesien positiewe welsyn aanpassing ten opsigte van stresvolle lewenstressors bevorder (Valois, Zullig, Huebner, Kammermann, & Drane, 2002).

In die Suid-Afrikaanse konteks beskryf Möller (2006) lewenstevredenheid in terme van hoe goed of sleg 'n land se inwoners hul lewensomstandighede beskou. In 'n studie is bevind dat verbeterende lewensomstandighede onder veral swart adolessente met verhoogde vlakke van lewenskwaliteit verbind word, alhoewel hierdie groep adolessente steeds minder tevrede met hul lewens in die algemeen is (Möller, 2006). Ten spyte van die swart bevolking se aansienlike verbeterde

lewensomstandighede, is daar steeds 'n groot persentasie van hulle wat steeds kronies in armoede leef (Dass-Brailsford, 2005). Daarenteen beskou bruin Suid-Afrikaners hulself as 'n groep wat steeds gemarginaliseer is (Sooka, 2007).

Galbie & Davids (2009) maan egter dat lewenstevredenheid dui op 'n stabiele kognitiewe beoordeling van die individu se lewe, terwyl gelukkigheid op 'n emosionele ervaring dui. Geluk en tevredenheid verskil in hul verhouding met lewensuitkomste, terwyl lewenstevredenheid as die resultaat van hierdie uitkomste beskou word (Cohn, Fredrickson, Brown, Mikels, & Conway, 2009)

Lewenstevredenheid word toenemend as 'n belangrike aanduider van optimale funksionering onder jongmense beskou (Suldo & Huebner, 2006). Hierdie navorsers het bevind dat hoë vlakke van lewenstevredenheid 'n belangrike psigiese konstruk is wat aanpassing bevorder. Basson (2008) het bevind dat lewenstevredenheid nie as 'n vaste of statiese konstruk beskou kan word nie, maar eerder as 'n multidimensionele konstruk wat voortdurend na gelang die individu se lewensomstandighede verander. Mense konstrueer dus hul eie standarde waarmee gebeure in hul lewens vergelyk kan word (Fugl-Meyer et al., 2002). Die evaluering van lewenstevredenheid word dan op die bevrediging van hul psigiese en fisiologiese behoeftes gebaseer (Diener & Seligman, 2002). Beide kan oor tyd en onder verskillende omstandighede verander, vandaar die beskouing dat lewenstevredenheid 'n multidimensionele, dinamiese konstruk is.

Lewenstevredenheid is ook 'n belangrike voorspeller van goeie individuele, gesin- en gemeenskapsuitkomste (Martin, Huebner, & Valois, 2008). Navorsing het getoon dat gesinsprosesse positief met die lewenstevredenheid van adolessente verband hou (Bradley & Corwyn, 2004; Suldo & Huebner, 2004). Die gesin word beskou as 'n voorspeller wat 'n lewenslange invloed op die lewenstevredenheid van adolessente het (Basson, 2008). Die gesin bied aan adolessente die nodige sosiale, materiële en persoonlike bronne wat hulle in staat stel om hul doelwitte te bereik, wat gevolglik hul lewenstevredenheid sal verhoog (Zullig, Valois, Huebner, & Drane, 2005). Gesinsveranderlikes soos die struktuur van die gesin, konflik in die gesin en ouerskapstyle hou ook positief verband met die lewenstevredenheid van adolessente (Ash & Huebner, 2001; Levin & Currie, 2010). Adolessente uit enkelouergesinne het byvoorbeeld dikwels 'n verhoogde risiko tot 'n verskeidenheid negatiewe lewenservaringe. Wat die gesinsstruktuur betref, het Levin & Currie (2010) bevind dat die uitgebreide gesin ook as 'n belangrike aspek van lewenstevredenheid beskou kan word. Die uitgebreide gesin bevorder 'n gevoel van persoonlike betekenis in die gesin (Basson, 2008).

Tevredendheid met hulself, vriende en ander sosiale bronne korreleer ook positief met die lewenstevredenheid by adolessente (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985). Ondersteuning deur die portuurgroep word as 'n belangrike voorspeller van die normale ontwikkelingsproses van die adolessent beskou (Scholte & Van Aken, 2006).

Lewenstevredenheid word met onder andere die Lewenstevredenheidsvraelys (Satisfaction with Life Scale) van Diener et al. (1985) gemeet. Hierdie navorsers het bevind dat 'n positiewe verband tussen lewenstevredenheid, eiewaarde, optimisme, algehele lewenskwaliteit, "coping"-vaardighede en die afwesigheid van simptome van patologie bestaan.

### **SOSIALE ONDERSTEUNING**

Sosiale ondersteuning word as een van die belangrikste voorspellers van fisieke gesondheid en lewenstevredenheid beskou (Hale, Hannum, & Espelage, 2005). Sosiale ondersteuning speel 'n belangrike rol in die verband tussen lewenstessors en lewenstevredenheid (Dollette, Steese, Philips, & Matthews, 2006). Dit funksioneer as 'n buffer om die invloed van stres te verlaag en om hanteringsgedrag te verhoog wanneer mense in stresvolle situasies verkeer (Callaghan & Morrissey, 1993; Cohen, Gottlieb, & Underwood, 2000; Greeff & Human, 2004).

Daar is dus veral twee maniere hoe sosiale ondersteuning met algehele gesondheid verbind kan word, naamlik die stres-buffer-effek en die hoofeffek. Die stres-buffer-hipotese postuleer dat sosiale ondersteuning mense beskerm teen die stresvolle invloed van negatiewe lewensgebeure. Bewyse vir die stres-buffer-effek word gevind wanneer daar 'n korrelasie tussen negatiewe lewensgebeure en swak gesondheidsuitkomst bestaan, of wanneer fisiese gesondheid laer meet in persone met hoë vlakke van sosiale ondersteuning in vergelyking met persone wat lae vlakke van ondersteuning geniet (Cohen et al., 2000). Weens die lae korrelasie tussen stresvolle gebeure en gesondheid vir mense met hoë vlakke van ondersteuning word dikwels aanvaar dat sosiale ondersteuning mense teen stres beskerm (dit dien as 'n buffer). Wat die rol van die hoofeffek van sosiale ondersteuning betref, ervaar mense met hoë vlakke van sosiale ondersteuning beter gesondheidsuitkomst teenoor mense met lae vlakke van ondersteuning, ongeag die lading van die stressor (Young, 2006).

Twee sleutelaspekte van sosiale ondersteuning behels die beskikbaarheid van bronne en die funksie wat hierdie bronne vervul. Mullis, Hill en Readdick (1999) het drie bronne geïdentifiseer, naamlik die gesin, die skool en die portuurgroep. Hierdie bronne vervul ook gevolglik die volgende

funksies, naamlik om emosionele ondersteuning te bied, inligting te verskaf en kameraadskap en instrumentele (finansiële) ondersteuning te bied.

Barerra (1986) maak ook melding van sosiale integrasie, wat verwys na die mate waartoe die persoon binne 'n sosiale netwerk verbind is. Familieverhoudings, vriende, die skool en die gemeenskap vorm deel van hierdie sosiale ondersteuningsnetwerk.

Navorsing deur Way en Robinson (2003) het bevind dat sosiale ondersteuning deur die gesin belangriker in die bevordering van lewenstevredenheid is as ondersteuning wat deur die portuurgroep verleen word. Lae vlakke van gesinsondersteuning toon 'n verband met depressiewe, wanaangepaste gedrag, misdaad en lae vlakke van lewenstevredenheid (Dunn & Tucker, 1993; Education Training Unit, 2005; Marcotte, Marcotte, & Bouffard, 2000). Bal, Crombez, Van Oost, & Debourdeayhuij, (2003) en Horstmanshof, Punch, & Creed (2008) het ook bevind dat die beskikbaarheid van sosiale bronne (ouers, portuur en die skool) direk met minder traumaverwante simptome in verband gebring kan word ná die hantering van stresvolle lewensgebeure.

Verskeie navorsers benadruk ook die belangrikheid van sosiale ondersteuning deur die portuurgroep (Kaltiala-Heino, Rimpelä, Rantanen, & Laippala, 2001; Mullis et al., 1999; Ritakallio, Luukkaala, Marttunen, Pelkenen, & Kaltiala-Heino, 2010). Sosiale ondersteuning word dus as 'n integrale aspek van die sosiale omgewing beskou. Cohen et al. (2000) beskryf sosiale ondersteuning as die mate van betrokkenheid van sosiale bronne in die formele en informele omgewingsstrukture. Procidano en Heller (1983) beskryf sosiale ondersteuning as die mate waartoe die individu oortuig is dat hy ondersteuning gekry het wat aan sy behoeftes voldoen het.

Die literatuur onderskei verder tussen werklike sosiale ondersteuning wat ontvang word, en waargenome sosiale ondersteuning (Hong et al., 2010; Young, 2006;). Werklike sosiale ondersteuning behels die meting van werklike ondersteuning wat deur sosiale bronne (vriende, gesin, skool ens) ontvang word, terwyl waargenome sosiale ondersteuning verwys na die mate waartoe die individu oortuig is dat hy ondersteuning deur sy omgewingsondersteuningsnetwerk ontvang het. Daar is bevind dat waargenome sosiale ondersteuning meer betekenisvol vir lewenstevredenheid is as byvoorbeeld werklike sosiale ondersteuning wat ontvang word (Young, 2006). Hierdie bevinding word gebaseer op die aanname dat, as sosiale bronne nie beskikbaar is nie, dit gevolglik ook nie gebruik kan word nie. Hierdie siening word ook ondersteun in ander studies wat bevind het dat waargenome sosiale ondersteuning meer positief met lewenstevredenheid korreleer (Feldman, Dunkel-Schetter, Sandman, & Wadhwa, 2000; Haper, Cohen, Lucas, & Baltes, 2007; Hale et al., 2005). 'n Gebrek aan sosiale

ondersteuning en lae vlakke van waargenome sosiale ondersteuning word dus positief met laer vlakke van psigiese en fisiese gesondheid verbind (Allgower, Wardle, & Steptoe, 2001; Decker, 2007; Vaux, 1985).

Vemuri, Grove, Wilson en Burch (2011) is ook van mening dat eksterne faktore in die individu se sosiale omgewing 'n rol in sy lewenstevredenheid speel. Die faktore kan ekonomiese faktore, inkomste, werkloosheid en armoede insluit (Nickerson, Schwarz, & Diener 2007). Haglike sosio-ekonomiese omstandighede kan adolessente se weerbaarheid en welstand beperk omdat toegang tot belangrike bronne dikwels as gevolg daarvan ontbeer word (Coleman & Hagell, 2007; Kingdom & Knight, 2006; Leventhal & Brooks-Gun, 2002; Rose, Rodgers, & Small, 2006; Lever, Pinol, & Uralde, 2005).

### **LEWENSTRESSORS, LEWENSTEVREDENHEID EN SOSIALE ONDERSTEUNING**

Uit die bogenoemde literatuur bespreking word dit duidelik dat 'n verband tussen lewenstressors en lewenstevredenheid bestaan. Die meeste van hierdie navorsingsbevindinge (Decker, 2007; Dollette et al., 2006; Hale et al., 2005; Haper et al., 2007; Vemuri et al., 2011) is egter gedoen op betreklike normale ondersoekgroepe. Uit die bogenoemde bespreking blyk dat MIV/VIGS-geaffekteerde adolessente in die Suid-Afrikaanse konteks aan veelvuldige stressors soos armoede, werkloosheid, verlies, onsekerheid, stigma, skoolontwrigting en sosiale isolasie blootgestel word.

Dit is ook duidelik in die literatuur dat sosiale ondersteuning 'n belangrike rol in lewenstevredenheid speel, en dat ondersteunende gesinsverbande lewenstevredenheid verhoog. By MIV/VIGS-geaffekteerde adolessente ontbreek gesinsverbande in baie gevalle omdat een of beide ouers oorlede is. Baie adolessente moet dus op die portuurgroep of familie en rolmodelle in die gemeenskap terugval. Sosiale ondersteuning dien dus as 'n buffer om die invloed van vernietigende lewenstressors te verminder.

Na aanleiding van die bogenoemde bespreking kan die volgende navorsingsvraag geformuleer word: Wat is die rol van sosiale ondersteuning in die verband tussen lewenstressors en lewenstevredenheid onder MIV/VIGS-geaffekteerde adolessente?

Om hierdie vraag te beantwoord, is die volgende metode van ondersoek, soos hier onder uiteengesit, gebruik.

## **METODE VAN ONDERSOEK**

### **Doel van die ondersoek**

Die doel van die ondersoek was om te bepaal wat die rol van sosiale ondersteuning in die verband tussen lewenstressors en lewenstevredenheid van hierdie groep MIV/VIGS-geaffekteerde adolessente is.

### **Onderzoekgroep en etiese oorwegings**

Hierdie studie is onderneem met 'n groep van 218 MIV/VIGS-geaffekteerde adolessente uit die Noord-Kaap Provinsie. Hulle het gewissel tussen die ouderdomme van 12 en 19 jaar. Toegang tot hierdie geaffekteerde adolessente is deur die databasis van nie-winsgewende regeringsorganisasies, wat deur die Noord-Kaap Provinsiale Departement van Maatskaplike Ontwikkeling befonds word, verkry. Toestemming om hierdie studie te onderneem, is deur hierdie departement verleen. Die deelnemers, hul ouers of wettige voogde se ingeligte toestemming is bekom. Adolessente uit die volgende dorpe is by die studie betrek: Kimberley, Barkly-Wes, De Aar, Britstown en Douglas.

### **Meetinstrumente**

#### **Biografiese vraelys**

Hierdie vraelys het aspekte soos ouderdom, geslag, etniese groep, sosio-ekonomiese status en die familie struktuur ingesluit. Die biografiese vraelys is deur die deelnemers voltooi.

**Skaal vir meting van stressors en bronne (ondersteuning): Lewenstressors en Sosiale Bronnevraelys – Jeugvorm (Life Stressors and Social Resources Inventory – Youth Form: LISRES-Y – Moos en Moos, 1994)**

#### **Rasionaal**

Hierdie vraelys is gebruik omdat dit 'n geïntegreerde beeld gee van jeugdige se huidige lewensomstandighede met verwysing na kroniese en akute stressors en bronne (Moos & Moos, 1994). Lewenstressors en sosiale bronne (ondersteuningsisteme) word beskou as twee belangrike aspekte wat die algemene funksionering van adolessente bepaal. Hierdie vraelys stel die navorser in staat om andersyds verbande tussen stressors en bronne in verskillende lewensfases en andersyds die mate van gesondheid en lewenstevredenheid van jeugdige te ondersoek (Moos & Moos, 1994). Die beskikbaarheid of gebrek aan sosiale bronne wat adolessente gebruik om negatiewe lewenservaringe

positief baas te raak, kan lig werp op die ontwikkeling van intervensies met die oog daarop om hul lewensomstandighede te verbeter.

### **Aard, administrasie en interpretasie**

Die LISRES-Y bestaan uit 209 items wat in twee afdelings verdeel word, naamlik stressors en bronne. Subskale van die lewenstressors sluit die volgende in: fisiese gesondheid, huis en geld, ouers, sibbe, uitgebreide familie, skool, vriende, geselle en negatiewe lewensgebeure.

Subskale vir sosiale bronne sluit die volgende in: ouers, sibbe, uitgebreide familie, skool, vriende, geselle en positiewe lewensgebeure.

### **Betroubaarheid**

Betroubaarheidsindekse (Cronbach alfas) wat wissel tussen 0,66 en 0,92 vir 'n groep jongmense word aangedui (Moos & Moos, 1994).

### **Geldigheid**

Volgens Moos & Moos (1994) beskik die LISRES-Y oor goeie geldigheid. Hierdie navorsers is van mening dat die mate van lewenstressors positief korreleer met die indekse van jeugdige se funksionering, byvoorbeeld depressie, ans en gedragsprobleme en dat dit byvoorbeeld negatief met selfvertroue korreleer. Verder blyk dit dat die mate waartoe sosiale bronne teenwoordig is, negatief met indekse van depressie, ans en gedragsprobleme korreleer en positief met die mate van selfvertroue korreleer (Moos & Moos, 1994).

### **Lewenstevredenheidsvraelys (Satisfaction with Life Scale – SWLS: Diener, Emmons, Larsen en Griffin, 1985).**

### **Rasionaal**

Die Lewenstevredenheidsvraelys is gebruik omdat dit ontwikkel is om algehele lewenstevredenheid te bepaal. Die evaluering van lewenstevredenheid is 'n kognitiewe proses, en die beoordeling daarvan word gebaseer op 'n vergelyking tussen die huidige omstandighede en 'n standaard wat die proefpersoon vir hom-/haarself stel.

## **Aard, administrasie en interpretasie**

Hierdie vraelys bestaan uit vyf items wat 'n vyfpuntskaal insluit wat wissel tussen "stem sterk saam" tot "verskil baie". Hoë tellings reflekteer 'n groter mate van lewenstevredenheid.

## **Betroubaarheid en geldigheid**

Goeie betroubaarheidsindekse (0,82) word rapporteer (Diener et al.,1985). Wissing (1996) het 'n Cronbach alfa-indekse van 0,85 by 'n Suid-Afrikaanse groep gevind. Diener et al. (1985) dui ook aan dat die Lewenstevredenheidsvraelys oor goeie konstrugeldigheid beskik.

## **Insameling van data**

Die vraelyste is in boekvorm voorberei en saamgebind. Die proefpersone is in 10 groepe van 20 elk en een groep van 18 verdeel. Die navorser het die afneem van vraelyste met behulp van opgeleide personeel van die onderskeie organisasies (nie-winsgewende organisasies) fasiliteer.

Ná die afneem van die vraelyste is hulle deeglik nagegaan om toe te sien dat hulle korrek en volledig voltooi is. Response is gekodeer, ingesleutel en nagesien om die totale tellings vir skale en subskale te verkry.

# **RESULTATE**

## **Inleiding**

Die doel van die ondersoek was om te bepaal wat die rol van sosiale ondersteuning in die verband tussen stressors en lewenstevredenheid van hierdie groep adollesente is.

Voordat die rol van sosiale ondersteuning ondersoek word, word eers ondersoek of ras en geslag moontlik as 'n belangrike moderator in die verband tussen stressors en lewenstevredenheid geïdentifiseer kan word. Indien wel, sal die analyses wat volg, afsonderlik vir die groepe gedoen moet word.

## **Rol van biografiese veranderlikes in die verband tussen stressors en lewenstevredenheid**

Om vir die moontlike effek van ras (2a) en geslag (2b) in die verband tussen stressors en lewenstevredenheid te toets, is gemodereerde hiërargiese meerveranderlike regressie-ontledings gedoen, en die resultate verskyn in Tabel 1. Om die kategoriese data (ras en geslag) in die analyses te kon benut, is skynveranderlikes ("dummy variables") geskep. Indien die biografiese veranderlikes tot die regressie-vergelyking gevoeg word, word die toename in  $R^2$  bestudeer. en indien dit beduidend

toeneem, kan aanvaar word dat dit wel die verband modereer. In sodanige geval sal die analyses wat volg, afsonderlik vir die betrokke biografiese veranderlike(s) uitgevoer word.

**Tabel 1: Moderatoreffek van ras en geslag op die verband tussen stressors en lewenstevredenheid**

Model	Veranderingstatistieke							Bed <i>F</i> Verandering
	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	Aan- gepaste <i>R</i> <sup>2</sup>	<i>R</i> <sup>2</sup> verandering	<i>F</i> verandering	f1	df2	
1	0,726	0,527	0,243	0,527	9,856		9 153	0,013
2a	0,735	0,540	0,211	0,013	0,394		1 152	0,540
2b	0,732	0,536	0,189	0,009	0,261		1 152	0,618

Die resultate bevestig dat die nege stressors wel beduidend verband hou met lewenstevredenheid van adolessente wat deur MIV/VIGS geaffekteer word  $R^2 = 0,527$ ;  $F(9; 15) = 9,852$ ;  $p = 0,013$ . Die stressors verklaar ongeveer 53% van die variansie in adolessente se lewenstevredenheid. Hierdie bevinding is in ooreenstemming met navorsing wat bevind het dat lewenstressors as emosionele uitdagings die funksionering van die individu beïnvloed (Moos & Schaefer, 1993; Moos, 2002). Volgens hierdie navorsers is lewenstressors en sosiale bronne twee belangrike psigososiale faktore wat 'n rol in die sosiale ondersteuning en lewenstevredenheid van die individu speel. Lewenstevredenheid is daarom 'n belangrike konstruk, aangesien die individu se tevredenheid met bepaalde lewensdomeine die mate waartoe hy in sy gemeenskap sal floreer, bepaal (Antaramian et al., 2008; Basson, 2008; Fugl-Meyer et al., 2002; Valois et al., 2002). Verder blyk uit Tabel 1 dat nie ras (2a) of geslag (2b) die verband tussen stressors en lewenstevredenheid by adolessente modereer nie. Gevolglik kan met die analyses voortgegaan word sonder om die ondersoekgroep in subgroepe te verdeel.

Vervolgens is die moontlike rol van sosiale ondersteuning in die verband tussen stressors en lewenstevredenheid by die adolessente wat deur MIV/VIGS geaffekteer is, ondersoek.

## Navorsingshipotese

Na aanleiding van die doelwit van die ondersoek kan die volgende navorsingshipotese geformuleer word:

Sosiale ondersteuning speel wel 'n beduidende rol (mediator of moderator) in die verband tussen stressors en lewenstevredenheid van adolessente wat deur MIV/VIGS geaffekteer is.

Vervolgens word die statistiese prosedures wat gebruik is, bespreek.

## Statistiese prosedure

In die hiërargiese regressie-ontledings wat volg, is stressors wat nege metings verskaf, naamlik gesondheid/physical health (PH), huis en geld/home and money (HM), ouers/parents (PAR), sibbe/siblings (SIB), uitgebreide familie/extended family (FAM), skool/school (SCH), vriende/friends (FR), gesel/boyfriend/girlfriend (BG) en negatiewe lewensgebeurtenisse/negative life events (NLE) die onafhanklike veranderlikes en lewenstevredenheid as 'n afhanklike veranderlike gebruik. Sosiale ondersteuning wat twee metings verskaf, naamlik vriende en gesin se rol in hierdie verband, is vir die adolessente ondersoek. Met hierdie prosedure word regressie-ontledings in drie stappe uitgevoer. In die eerste stap word een van die onafhanklike veranderlikes (bv. PH) tot die regressievergelyking gevoeg om die unieke bydrae daarvan te bepaal, en daaropvolgend word sosiale ondersteuning (ook een van die metings per geleentheid) in die vergelyking opgeneem om dié veranderlike se unieke bydrae te bepaal. Gedurende die tweede stap word die daaropvolgende opname van beide voorspellers ondersoek om elkeen se beduidende proporsionele bydrae tot die voorspelling van die kriteriumveranderlike te bepaal. In die derde stap word die produk tussen die onafhanklike veranderlike en die tussenkomende veranderlike in die voorspelling van lewenstevredenheid ondersoek. Om multi-kolonialiteit te voorkom, is eers die afwykingstellings van hierdie veranderlikes bereken, alvorens die produk bereken is. Die ontledingsprosedure word vervolgens in meer besonderhede bespreek. Met die toevoeging van die veranderlikes, soos hierbo bespreek is, kan die volgende afgelei word:

Indien die onafhanklike veranderlike (byvoorbeeld PH) beduidend in stap 1 maar onbeduidend in stap 2 (wanneer die tussenkomende veranderlike bygevoeg word –byvoorbeeld sosiale ondersteuning deur gesinslede) is, en sosiale ondersteuning beduidend is, kan afgelei word dat sosiale ondersteuning 'n *mediator* veranderlike is. ('n Mediatorveranderlike dien as 'n tussenveranderlike tot die mate wat dit die verband tussen die voorspeller- en die kriteriumveranderlike kan verklaar) (Baron & Kenny, 1986).

Indien sosiale ondersteuning beduidend in stap 1 maar onbeduidend in stap 2 is, is dit 'n aanduiding van die verstrengeling van veranderlikes (Gravetter & Wallnau, 2000). Uit die resultate van die produkterm (stap 3) kan afgelei word of daar beduidende interaksie is, wat dan aanduidend van 'n *moderatoreffek* sal wees (Huysamen, 1983). ('n Moderatorveranderlike beïnvloed die rigting en/of sterkte van die verband tussen die voorspeller- en kriteriumveranderlikes) (Baron & Kenny, 1986).

Alle ontledings is met behulp van die SPSS-programmatuur uitgevoer (SPSS Incorporated, 2011), en beide die 1%- en 5%-peil van beduidendheid is gebruik.

Die resultate word vervolgens bespreek.

## **RAPPORTERING EN BESPREKING VAN RESULTATE**

Weens die omvang van die analise (9 onafhanklike en 2 tussenkomende veranderlikes), word slegs resultate wat op die 1%- of 5%-peil beduidend is, gerapporteer. Hiërargiese regressie-ontledings is uitgevoer om die moontlikheid van 'n moderator- en mediator-effek van sosiale ondersteuning in die verband tussen stressors en lewensvrede te ondersoek.

### **Resultate van hiërargiese regressie-ontledings**

Die resultate van sosiale ondersteuning (vriende en gesin) as moontlike tussenkomende veranderlikes in die verband tussen stressors en lewensvrede is ondersoek. Slegs sosiale ondersteuning deur die gesinslede is as moderatorveranderlike in die volgende verbande gevind, naamlik tussen lewensvrede en:

- a) HM (huis en geld);
- b) PAR (ouers);
- c) FAM (familie);
- d) SCH (skool);
- e) FR (vriende);
- f) NLE (negatiewe lewenservaringe).

Voordat elkeen van hierdie moderatoreffekte ondersoek word, word die korrelasies tussen die betrokke onafhanklike veranderlikes, afhanklike veranderlike en die beduidende tussenkomende veranderlike, naamlik sosiale ondersteuning deur gesinslede, in Tabel 2 weergegee.

**Tabel 2: Korrelasies tussen onafhanklike veranderlikes, afhanklike veranderlikes en sosiale ondersteuning deur die gesin**

Veranderlikes	HM	PAR	FAM	SCH	FR	NLE	Gesin
Lewenstevredenheid	-0,21**	-0,14*	-0,18**	-0,23**	-0,21**	-0,17*	0,24**
Stressor: HM	-	-0,14*	-0,22**	-0,28**	-0,31**	-0,16*	0,20**
Stressor: PAR		-	0,55**	0,56**	0,53**	0,39**	-0,15*
Stressor: FAM			-	0,53**	0,45**	0,39**	-0,18**
Stressor: SCH				-	0,65**	0,42**	-0,17*
Stressor: FR					-	0,35**	-0,16*
Stressor: NLE						-	-0,07
Sos. Onderst.: Gesin							-

\*\*  $p \leq 0,01$

\*  $p \leq 0,05$

Uit Tabel 2 blyk dat lewenstevredenheid 'n negatiewe verband toon met al ses die stressors wat minstens op die 5%-peil beduidend is. Daar kan dus afgelei word dat daar met 'n toename in stressors 'n geneigdheid sal wees dat lewenstevredenheid sal afneem. Sosiale ondersteuning deur die gesin toon op die 1%-peil 'n beduidende positiewe verband met lewenstevredenheid. Sosiale ondersteuning word as 'n belangrike voorspeller van lewenstevredenheid beskou en speel 'n belangrike rol in die verband tussen negatiewe lewenservaringe en lewenstevredenheid (Hale et al., 2005; Dollette et al., 2006). Hierdie studie het ook bevind dat die gesin 'n belangrike rol in die sosiale ondersteuning en lewenstevredenheid van geaffekteerde adolessente speel en steun die bevinding van Way en Robinson (2003) wat getoon het dat sosiale ondersteuning deur die gesin belangrik is vir die bevordering van lewenstevredenheid van die adolessent. In hierdie geval sal 'n toename in ondersteuning deur die gesin ook geneig wees om 'n toename in lewenstevredenheid tot gevolg te hê.

Vervolgens word die moderatoreffek van sosiale ondersteuning deur gesinslede op elk van voorgenoemde verbande afsonderlik aangebied en bespreek.

### **Verband tussen HM en lewenstevredenheid**

Resultate van die hiërargiese regressie-ontledings om die rol van sosiale ondersteuning deur die gesin in die verband tussen HM en lewenstevredenheid te ondersoek, verskyn in Tabel 3.

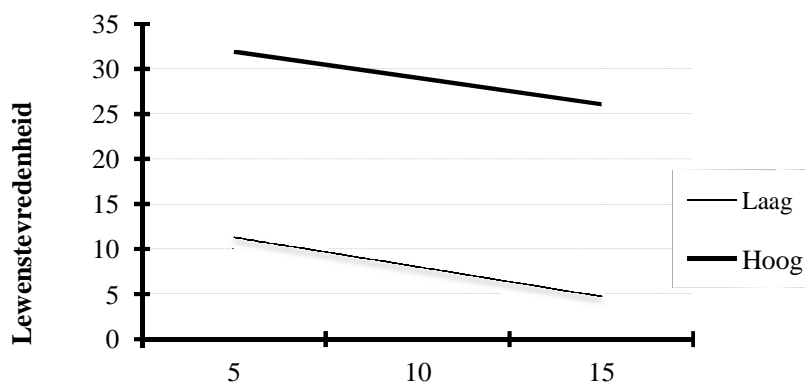
**Tabel 3: Hiërargiese regressie-ontledings met HM as 'n onafhanklike veranderlike, lewenstevredenheid as 'n afhanklike veranderlike en sosiale ondersteuning van die gesin as 'n tussenkomende veranderlike**

Stap	Beta		
	HM	Sos. Onderst. Gesin (SOG)	HM x SOG
1	-0,212**		
Alternatief 1		-0,242**	
2	-0,171*	-0,209**	
3			0,321**

\*\*  $p \leq 0,01$

\*  $p \leq 0,05$

Soos blyk uit stap 3, is sosiale ondersteuning deur die gesin wel as 'n moderator in die verband tussen HM en lewenstevredenheid by adolessente wat deur MIV/VIGS geaffekteer is, geïdentifiseer. Die aard van hierdie moderatoreffek is ondersoek deur die verband tussen HM en lewenstevredenheid vir diegene wat onderskeidelik laag en hoog op die moderatorveranderlike (sosiale ondersteuning deur die gesin) presenteer, te bepaal. Vir hierdie doel word twee aparte regressielyne bereken – een vir adolessente wat lae tellings vir sosiale ondersteuning deur die gesin (op of laer as die 25ste persentiel,  $N = 45$ ) en een vir adolessente wat hoë tellings vir sosiale ondersteuning deur die gesin (op of hoër as die 75ste persentiel,  $N = 46$ ) behaal het. Die regressielyne word in Figuur 1 voorgestel.



**Figuur 1: Regressielyne van lae en hoë sosiale ondersteuning deur die gesin met HM as 'n voorspeller van lewenstevredenheid by adolessente**

Vir adolessente met 'n hoë sowel as 'n lae vlak van sosiale ondersteuning kom op die 1%-peil 'n beduidende negatiewe verband (-0,21) tussen HM en lewenstevredenheid voor. Dit beteken dat 'n afname in lewenstevredenheid met 'n toename in HM as 'n stressor sal voorkom. Die hellings van die twee groepe (laag en hoog) se regressielyne toon 'n geringe verskil, met -0,66 vir die lae groep en -0,59 vir die hoë groep, terwyl die afsnitte redelik groot verskil (14, 601 en 34, 907 onderskeidelik). Dit dui daarop dat, vir dieselfde vlak van HM as 'n stressor, adolessente met hoë sosiale ondersteuning deur die gesin, in vergelyking met diegene met lae sosiale ondersteuning deur die gesin, geneig sal wees om beduidende hoër vlakke van lewenstevredenheid te toon. Hierdie studie het ook getoon dat sosiale ondersteuning deur die gesin 'n belangrike rol in die verband tussen lewenstessors, in dié geval huis en geld, en lewenstevredenheid van adolessente speel (Dollette et al., 2006). Sosiale ondersteuning deur die gesin funksioneer dus as 'n buffer om die invloed van huis en geld as lewenstessors te versag om sodoende lewenstevredenheid te bevorder (Young, 2006; Cohen et al., 2000; Callaghan & Morrissey, 1993).

### **Verband tussen PAR en lewenstevredenheid**

Resultate van die hiërargiese regressie-ontledings om die rol van sosiale ondersteuning deur die gesin in die verband tussen PAR en lewenstevredenheid te ondersoek, verskyn in Tabel 4.

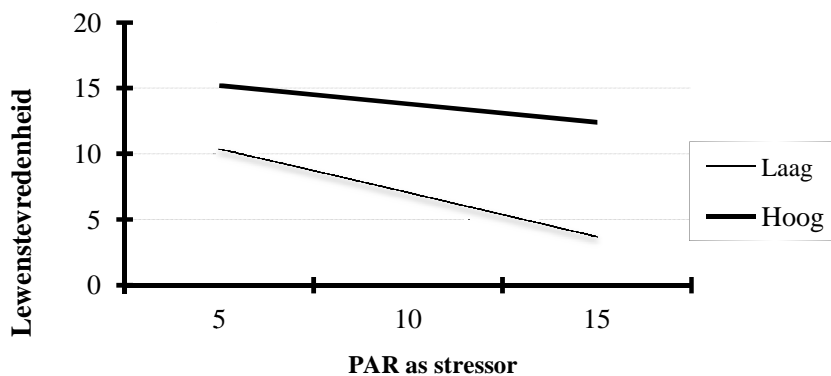
**Tabel 4: Hiërargiese regressie-ontledings met PAR as 'n onafhanklike veranderlike, lewenstevredenheid as 'n afhanklike veranderlike en sosiale ondersteuning van die gesin as 'n tussenkomende veranderlike**

Stap	Beta	
	PAR	Sos. Onderst. Gesin (SOG) PAR x SOG
1	0,137	
Alternatief 1		-0,242**
2	0,079	-0,384**
3		-0,341**

\*\* p ≤ 0,01

\* p ≤ 0,05

Soos blyk uit stap 3, is sosiale ondersteuning deur die gesin wel as 'n moderator in die verband tussen PAR en lewenstevredenheid by adolessente wat deur MIV/VIGS geaffekteer is, geïdentifiseer. Die aard van hierdie moderator-effek is ondersoek deur twee aparte regressielyne te bereken – een vir adolessente wat lae tellings vir sosiale ondersteuning deur die gesin (op of laer as die 25ste persentiel, N = 45) behaal het en een vir adolessente wat hoë tellings vir sosiale ondersteuning deur die gesin (op of hoër as die 75ste persentiel, N = 46) behaal het. Die regressielyne word in Figuur 2 voorgestel.



**Figuur 2: Regressielyne van lae en hoë sosiale ondersteuning deur die gesin met PAR as 'n voorspeller van lewenstevredenheid by adolessente**

Vir adolessente met 'n hoë sowel as 'n lae vlak van sosiale ondersteuning kom op die 5%-peil 'n beduidende negatiewe verband (-0,14) tussen PAR en lewenstevredenheid voor. Dit beteken dat 'n afname in lewenstevredenheid met 'n toename in PAR as 'n stressor sal voorkom. Die hellings van die twee groepe (laag en hoog) se regressielyne toon weereens 'n geringe verskil met -0,67 vir die lae groep () en -0,28 vir die hoë groep terwyl die afsnitte redelik verskil (13,704 en 16,567 onderskeidelik). Dit dui daarop dat, vir dieselfde vlak van PAR as 'n stressor, adolessente met hoë sosiale ondersteuning deur die gesin, in vergelyking met diegene met lae sosiale ondersteuning deur die gesin, geneig sal wees om beduidende hoër vlakke van lewenstevredenheid te toon. Soos verder uit Figuur 2 blyk, toon die groep met lae sosiale ondersteuning deur die gesin 'n groter afname in lewenstevredenheid (met 'n toename in PAR-stres) as die groep wat hoë sosiale ondersteuning deur die gesin ervaar. Die siekte of dood van 'n ouer(s) weens MIV is een van die grootste lewenstressors wat adolessente of enige kind in die gesin staar (Campbell & Rohrbaugh, 2006; George, 2009; Young South Africans, Broadcast Media and HIV/AIDS Awareness, 2006). Die siekte en dood van 'n ouer(s) plaas bykomende druk op adolessente en stel hulle bloot aan negatiewe lewensuitkomste (Whiteside & Sunter, 2001). Hierdie studie het ook getoon dat adolessente wat 'n toename in stres met hulle ouers beleef en wat min ondersteuning deur die ouers ervaar vanweë die siekte van 'n ouer, 'n afname in lewenstevredenheid toon. Gebrekkige sosiale bronne lei dus tot negatiewe lewensuitkomste (Masten, 2001; Romero, 2005).

### **Verband tussen FAM en lewenstevredenheid**

Resultate van die hiërargiese regressie-ontledings om die rol van sosiale ondersteuning deur die gesin in die verband tussen FAM en lewenstevredenheid te ondersoek, verskyn in Tabel 5.

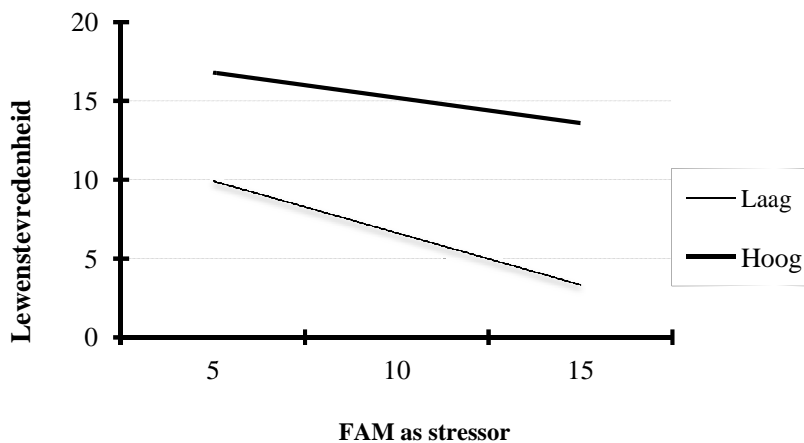
**Tabel 5: Hiërargiese regressie-ontledings met FAM as 'n onafhanklike veranderlike, lewenstevredenheid as 'n afhanklike veranderlike en sosiale ondersteuning van die gesin as 'n tussenkomende veranderlike**

Stap	Beta	
	FAM	Sos. Onderst. Gesin (SOG) FAM x SOG
1	0,184**	
Alternatief 1		-0,242**
2	0,142*	-0,232**
3		-0,366**

\*\*  $p \leq 0,01$

\*  $p \leq 0,05$

Soos blyk uit stap 3, is sosiale ondersteuning deur die gesin wel as 'n moderator in die verband tussen FAM en lewenstevredenheid by adolessente wat deur MIV/VIGS geaffekteer is, geïdentifiseer. Die aard van hierdie moderatoreffek is ondersoek deur twee aparte regressielyne te bereken – een vir adolessente wat lae tellings vir sosiale ondersteuning deur die gesin (op of laer as die 25ste persentiel,  $N = 45$ ) en een vir adolessente wat hoë tellings vir sosiale ondersteuning deur die gesin (op of hoër as die 75ste persentiel,  $N = 46$ ) behaal het. Die regressielyne word in Figuur 3 voorgestel.



**Figuur 3: Regressielyne van lae en hoë sosiale ondersteuning deur die gesin met FAM as 'n voorspeller van lewenstevredenheid by adolessente**

Vir adolessente met 'n hoë sowel as 'n lae vlak van sosiale ondersteuning kom op die 1%-peil 'n beduidende negatiewe verband (-0,18) tussen FAM en lewenstevredenheid voor. Dit beteken dat, met 'n toename in FAM as 'n stressor, 'n afname in lewenstevredenheid sal voorkom. Die hellings van die twee groepe (laag en hoog) se regressielyne toon weereens 'n geringe verskil, met -0,66 vir die lae groep en -0,32 vir die hoë groep, terwyl die afsnitte redelik verskil (13,152 en 18,420 onderskeidelik). Dit dui daarop dat, vir dieselfde vlak van FAM as 'n stressor, adolessente met hoë sosiale ondersteuning deur die gesin, in vergelyking met diegene met lae sosiale ondersteuning deur die gesin, geneig sal wees om beduidende hoër vlakke van lewenstevredenheid te toon. Soos verder uit Figuur 3 blyk, toon die groep met lae sosiale ondersteuning deur die gesin 'n groter afname in lewenstevredenheid (met 'n toename in FAM-stres) as die groep wat hoë sosiale ondersteuning deur die gesin ervaar. Hierdie studie het ook getoon dat sosiale ondersteuning deur die gesin 'n belangrike rol speel in die verband met lewenstressors en lewenstevredenheid by adolessente (Way & Robinson, 2003). Lae vlakke van sosiale ondersteuning deur die gesin kan dus verbind word met lae vlakke van lewenstevredenheid (Bal et al., 2003; Education Training Unit, 2005; Horstmanshof et al., 2008; Marcotte et al., 2000). Die beskikbaarheid van ondersteuningsbronne hou dus verband met die hantering van stresvolle lewensgebeure en die lewenstevredenheid van adolessente.

### **Verband tussen SCH en lewenstevredenheid**

Resultate van die hiërargiese regressie-ontledings om die rol van sosiale ondersteuning deur die gesin in die verband tussen SCH en lewenstevredenheid te ondersoek, verskyn in Tabel 6.

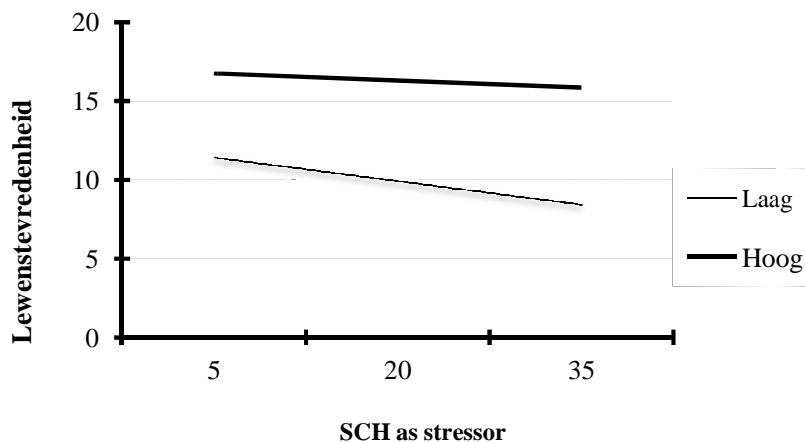
**Tabel 6: Hiërargiese regressie-ontledings met SCH as 'n onafhanklike veranderlike, lewenstevredenheid as 'n afhanklike veranderlike en sosiale ondersteuning deur die gesin as 'n tussenkomende veranderlike**

Stap	Beta	
	SCH	Sos. Onderst. Gesin (SOG) SCH x SOG
1	0,233**	
Alternatief 1		-0,242**
2	0,195**	-0,229**
3		-0,324**

\*\*  $p \leq 0,01$

\*  $p \leq 0,05$

Soos blyk uit stap 3, is sosiale ondersteuning deur die gesin wel as 'n moderator in die verband tussen SCH en lewenstevredenheid by adolessente wat deur MIV/VIGS geaffekteer is, geïdentifiseer. Die aard van hierdie moderator-effek is ondersoek deur twee aparte regressielyne te bereken – een vir adolessente wat lae tellings vir sosiale ondersteuning deur die gesin (op of laer as die 25ste persentiel,  $N = 45$ ) en een vir adolessente wat hoë tellings vir sosiale ondersteuning deur die gesin (op of hoër as die 75ste persentiel,  $N = 46$ ) behaal het. Die regressielyne word in Figuur 4 voorgestel.



**Figuur 4: Regressielyne van lae en hoë sosiale ondersteuning deur die gesin met SCH as 'n voorspeller van lewenstevredenheid by adolessente**

Vir adolessente met 'n hoë sowel as 'n lae vlak van sosiale ondersteuning kom op die 1%-peil 'n beduidende negatiewe verband (-0,23) tussen SCH en lewenstevredenheid voor. Dit beteken dat, met 'n toename in SCH as 'n stressor, 'n afname in lewenstevredenheid sal voorkom.

Die hellings van die twee groepe (laag en hoog) se regressielyne toon wel 'n verskil, met -0,30 vir die lae groep en -0,03 vir die hoë groep. terwyl die afsnitte ook verskil (12,883 en 16,931 onderskeidelik). Dit dui daarop dat, vir dieselfde vlak van SCH as 'n stressor, adolessente met hoë sosiale ondersteuning deur die gesin, in vergelyking met diegene met lae sosiale ondersteuning deur die gesin, geneig sal wees om beduidende hoër vlakke van lewenstevredenheid te toon. Die rol van die gesin is sentraal in die sosiale ondersteuning en lewenstevredenheid van adolessente. Ondersteuning deur die gesin dien as 'n buffer teen negatiewe lewensgebeure wanneer kinders psigologiese ongemak beleef (Broadhead, Kaplan, James & Wagner, 2005; Cortina et al., 2008). Wanneer ouers as gevolg van MIV/VIGS siek word en nie meer die nodige ondersteuning aan adolessente bied nie, beïnvloed dit dikwels hulle skoolbywoning. Die druk om skool te verlaat om na sibbe om te sien, raak veral groter wanneer siek ouers aan hulle siekte beswyk (Edström & Khan, 2009; Maqoko, 2006; UNAIDS/UNICEF, 2004). Lewenstevredenheid kan dus met ondersteuning deur die gesin en met die skool as 'n lewensdomein van die adolessent verbind word.

### **Verband tussen FR en lewenstevredenheid**

Resultate van die hiërargiese regressie-ontledings om die rol van sosiale ondersteuning deur die gesin in die verband tussen FR en lewenstevredenheid te ondersoek, verskyn in Tabel 7.

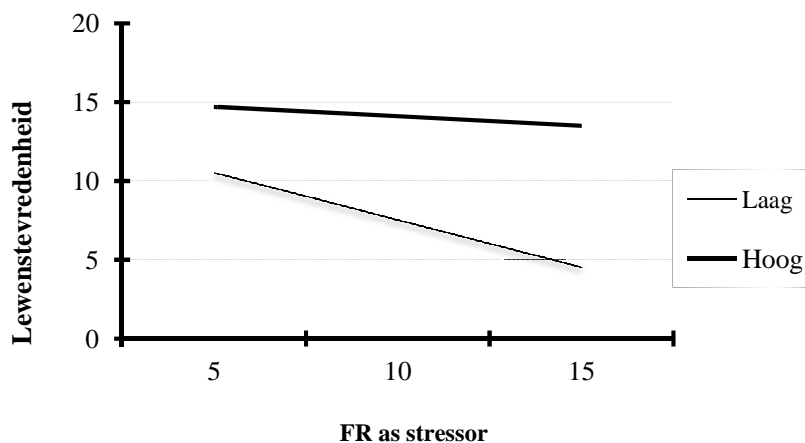
**Tabel 7: Hiërargiese regressie-ontledings met FR as 'n onafhanklike veranderlike, lewenstevredenheid as 'n afhanklike veranderlike en sosiale ondersteuning deur die gesin as 'n tussenkomende veranderlike**

Stap	Beta		
	FR	Sos. Onderst. Gesin (SOG)	FR x SOG
1	0,206**		
Alternatief 1		-0,242**	
2	0,168*	-0,237**	
3			-0,334**

\*\*  $p \leq 0,01$

\*  $p \leq 0,05$

Weens die beduidende produkterm in stap 3, kan aanvaar word dat sosiale ondersteuning deur die gesin wel as 'n moderator in die verband tussen FR en lewenstevredenheid by adolessente wat deur MIV/VIGS geaffekteer is, geïdentifiseer is. Die aard van hierdie moderatoreffek is ondersoek deur twee aparte regressielyne te bereken – een vir adolessente wat lae tellings vir sosiale ondersteuning deur die gesin (op of laer as die 25ste persentiel, N = 45) en een vir adolessente wat hoë tellings vir sosiale ondersteuning deur die gesin (op of hoër as die 75ste persentiel, N = 46) behaal het. Die regressielyne word in Figuur 5 voorgestel.



**Figuur 5: Regressielyne van lae en hoë sosiale ondersteuning deur die gesin met FR as 'n voorspeller van lewenstevredenheid by adolessente**

Vir adolessente met 'n hoë sowel as 'n lae vlak van sosiale ondersteuning kom op die 1%-peil 'n beduidende negatiewe verband (-0,21) tussen FR en lewenstevredenheid voor. Dit beteken dat, met 'n toename in FR as 'n stressor daar 'n afname in lewenstevredenheid sal voorkom. Die hellings van die twee groepe (laag en hoog) se regressielyne toon wel 'n verskil, met -0,60 vir die lae groep en -0,12 vir die hoë groep terwyl die afsnitte nie 'n groot verskil (13,484 en 15,349 onderskeidelik) toon nie. Soos uit Figuur 5 blyk, toon die groep met hoë ondersteuning deur die gesin nie juis 'n groot afname in lewenstevredenheid (met 'n toename in FR as 'n stressor) nie. Wat die groep met lae sosiale ondersteuning deur die gesin betref, is dit egter duidelik dat 'n groter afname in lewenstevredenheid (met 'n toename in FR-stres) voorkom. Verder kan afgelei word dat, vir dieselfde vlak van FR as 'n stressor, adolessente met hoë sosiale ondersteuning deur die gesin, in vergelyking met diegene met lae sosiale ondersteuning deur die gesin, geneig sal wees om

beduidende hoër vlakke van lewensvredeheid te toon. Navorsing het getoon dat sosiale ondersteuning die beskikbaarheid van bronne en die funksie wat hierdie bronne vervul, behels. Drie vername bronne in die lewe van die adolessent is die gesin, die skool en die portuurgroep (Mullis et al., 1999). Hulle bied aan die adolessent die nodige emosionele ondersteuning, kameraadskap en finansiële ondersteuning. Ondersteuning deur hierdie bronne korreleer positief met die lewensvredeheid van die adolessent (Cohen et al., 2007; Feldman et al., 2000; Hale et al., 2005). Hierdie studie het ook getoon dat 'n gebrek aan sosiale ondersteuning deur die gesin met laer vlakke van lewensvredeheid verband hou (Allgower et al., 2001; Decker, 2007).

### Verband tussen NLE en lewensvredeheid

Resultate van die hiërargiese regressie-ontledings om die rol van sosiale ondersteuning deur die gesin in die verband tussen NLE en lewensvredeheid te ondersoek, verskyn in Tabel 8.

**Tabel 8: Hiërargiese regressie-ontledings met NLE as 'n onafhanklike veranderlike, lewensvredeheid as 'n afhanklike veranderlike en sosiale ondersteuning deur die gesin as 'n tussenkomende veranderlike**

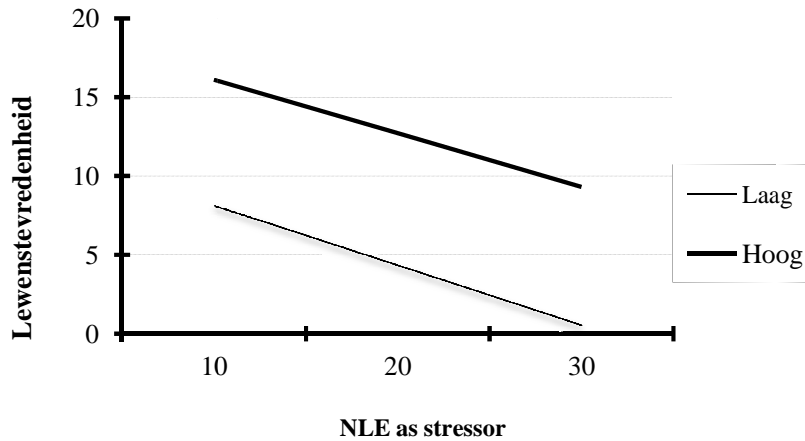
Stap	Beta		
	NLE	Sos. Onderst. Gesin (SOG)	NLE x SOG
1	0,065		
Alternatief 1		-0,242**	
2	0,046	-0,260*	
3			-0,290*

\*\*  $p \leq 0,01$

\*  $p \leq 0,05$

Weens die beduidende produkterm ( $p = 0,013$ ) in stap 3, kan aanvaar word dat sosiale ondersteuning deur die gesin wel as 'n moderator in die verband tussen NLE en lewensvredeheid by adolessente wat deur MIV/VIGS geaffekteer word, geïdentifiseer is. Die aard van hierdie moderatoreffek is ondersoek deur twee aparte regressielyne te bereken – een vir adolessente wat lae

tellings vir sosiale ondersteuning deur die gesin (op of laer as die 25ste persentiel, N = 45) en een vir adolessente wat hoë tellings vir sosiale ondersteuning deur die gesin (op of hoër as die 75ste persentiel, N = 46) behaal het. Die regressielyne word in Figuur 6 voorgestel.



**Figuur 6: Regressielyne van lae en hoë sosiale ondersteuning deur die gesin met NLE as 'n voorspeller van lewenstevredenheid by adolessente**

Vir adolessente met 'n hoë sowel as lae vlak van sosiale ondersteuning kom op die 5%-peil 'n beduidende negatiewe verband (-0,17) tussen NLE en lewenstevredenheid voor. Dit beteken dat, met 'n toename in NLE as 'n stressor 'n afname in lewenstevredenheid sal voorkom. Die hellings van die twee groepe (laag en hoog) se regressielyne toon 'n baie klein verskil, met -0,38 vir die lae groep en -0,34 vir die hoë groep terwyl die afsnitte redelik groot verskil (11,913 en 19,492 onderskeidelik). Weens die klein verskil in hellings, is dit uit Figuur 6 duidelik dat die twee regressielyne redelik parallel aan mekaar loop. Dit dui daarop dat, vir dieselfde vlak van NLE as 'n stressor, adolessente met hoë sosiale ondersteuning deur die gesin, in vergelyking met diegene met lae sosiale ondersteuning deur die gesin, geneig sal wees om beduidende hoër vlakke van lewenstevredenheid te toon. Hierdie studie het ook getoon dat ondersteunende gesinsnetwerke, ouerbegeleiding en sosiale ondersteuning deur die ouers as 'n buffer dien wanneer adolessente 'n krisis beleef (Broadhead et al., 2005; Cortina et al., 2008). Hierdie bevinding is in ooreenstemming met vorige navorsing wat bevind het dat gebrekkige sosiale ondersteuning deur die gesin met lae vlakke van lewenstevredenheid verband hou (Bal et al., 2003; Horstmanshof et al., 2008; Decker, 2007). Ondersteuning deur die gesin speel dus 'n belangrike rol in die lewenstevredenheid van MIV-geaffekteerde adolessente.

## SAMEVATTING

Die doel van die ondersoek was om te bepaal wat die rol van sosiale ondersteuning in die verband tussen stressors en die lewenstevredenheid van MIV/VIGS-geaffekteerde adolessente is. Hierdie ondersoek het bevind dat sekere lewenstressors wel 'n beduidende invloed op die lewenstevredenheid van MIV/VIGS-geaffekteerde adolessente het.

Die belangrikheid van die gesin as 'n primêre bron van ondersteuning word deurgaans in hierdie ondersoek en in die literatuur beklemtoon. Navorsing het bewys dat kinders lewensuitdagings beter hanteer as hulle ouers gesond en in staat is om die nodige ondersteuning en liefde te bied (Richter, Foster & Sherr, 2006). Hierdie ondersoek het ook bevind dat sosiale ondersteuning deur die gesin 'n beduidende rol in die lewenstevredenheid van MIV/VIGS-geaffekteerde adolessente speel. Sosiale ondersteuning deur die gesin het op 'n 1%-peil 'n beduidende verband met die lewenstevredenheid van adolessente gemeet. 'n Toename in ondersteuning deur die gesin sal gevolglik dus ook 'n toename in lewenstevredenheid tot gevolg hê. Hierdie studie het getoon dat MIV/VIGS-geaffekteerde adolessente wat gebrekkige sosiale ondersteuning deur die gesin ervaar, 'n groter geneigdheid tot groter lewensontevredenheid toon. Die bevinding is ook in ooreenstemming met navorsing wat bevind het dat sosiale ondersteuning deur die gesin wel 'n belangrike faktor in die voorspelling van fisiese en psigologiese welstand van geaffekteerde adolessente is (Bradley & Corwyn, 2004; Zullig et al., 2005). MIV/VIGS hou dus nie net 'n groot bedreiging vir die sosiale welsyn en beskerming van geaffekteerde adolessente in nie, maar kan ook tot die vernietiging van tradisionele ondersteuningstelsels bydra.

Die studie het ook getoon dat die siekte of dood van 'n ouer(s) aan MIV/VIGS geweldige finansiële druk op die huishouding plaas. Uit die ondersoek blyk dat huis en geld (home and money) as 'n stressor 'n beduidende negatiewe verband met die lewenstevredenheid van affekteerde adolessente toon. Navorsing het getoon dat MIV/VIGS-geaffekteerde kinders en families 'n reeks sosio-ekonomiese uitdagings in die oë staan. Huishoudings met MIV/VIGS-positiewe ouers as broodwinners se inkomste verminder aansienlik. Die inkomste word dikwels aangewend vir die mediese sorg van geïnfekteerde ouer(s) (Richter et al., 2006). Arm gesinne/families word gewoonlik die swaarste getref (Dearing, 2008). Swak huislike omstandighede en gebrek aan finansiële bronne in die gesin word dikwels met negatiewe persepsies van lewenstevredenheid, hoë vlakke van depressie en 'n swakker selfbeeld geassosieer (Lever et al., 2005). Armoede het dus 'n stremmende effek op die ontwikkeling van adolessente en verhoog dikwels hul blootstelling aan stres (Evans & English, 2002). Uit hierdie studie blyk dat sosiale ondersteuning deur die gesin wel as 'n moderator in die verband tussen huis en geld en

lewenstevredenheid by MIV/VIGS-geaffekteerde adolessente geïdentifiseer is. Adolessente met lae vlakke van ondersteuning deur die gesin en met 'n toename in huis en geld as 'n stressor het 'n aansienlike afname in lewenstevredenheid getoon in vergelyking met adolessente met hoër vlakke van ondersteuning deur die gesin. Gebrekkige finansiële ondersteuning en ondersteuning deur die gesin skep 'n gevoel van hulpeloosheid wat adolessente kwesbaar vir hul lewensomstandighede maak (Goldstein & Brooks, 2006).

Die ondersteuningsrol van ouers is van groot belang in die lewenstevredenheid van adolessente. Uit hierdie ondersoek blyk dat 'n verband tussen die rol van ouers en die lewenstevredenheid van adolessente bestaan. Die gesin as 'n primêre ondersteuningsbron wat nie in staat is om die nodige ondersteuning aan adolessente te bied nie, verhoog hulle risiko tot negatiewe lewens- en gesondheidsuitkomst (Larson, Wilson, & Mortimer, 2002; McCraw et al., 2008).

Die rol van ander sosiale ondersteuningsisteme, byvoorbeeld vriende, skool en geselle, is ook in hierdie ondersoek geïdentifiseer. Adolessente met hoër en lae vlakke van sosiale ondersteuning deur die gesin met die skool as 'n stressor het 'n verband met die lewenstevredenheid van adolessente getoon. Die groep met hoër vlakke van ondersteuning met die skool as 'n stressor het 'n toename in lewenstevredenheid getoon in vergelyking met die groep wat lae sosiale ondersteuning deur die gesin ervaar en 'n afname in lewenstevredenheid getoon het.

Navorsing het bevind dat adolessente uit MIV/VIGS-geïnfekteerde gesinne se skoolervaring dikwels problematies raak, aangesien die siekte van 'n ouer(s) en 'n gebrek aan ondersteuningsbronne dikwels met hul skoolopvoeding inmeng (Foster & Williamson, 2002). Dit lei dikwels tot meerdere mates van lewensontevredenheid by hierdie groep adolessente.

Uit hierdie ondersoek is dit deurgaans duidelik dat die adolessente in beide groepe (lae of hoër sosiale ondersteuning) en wat deur MIV/VIGS geaffekteer word, redelike lae vlakke van lewenstevredenheid ervaar.

### **Leemtes en aanbevelings**

'n Aantal leemtes is in die studie geïdentifiseer. Die eerste leemte hou verband met die feit dat die meetinstrumente wat in die studie gebruik is, nie op die Suid-Afrikaanse populasie gestandaardiseer is nie. Die meetinstrumente is hoofsaaklik deur Tswana-, Xhosa- en Afrikaanssprekende adolessente voltooi. Vraelyste is in beide Afrikaans en Engels aan respondente voorsien, en die gebruik van Engels

deur nie-Engelsprekende adolessente kon 'n moontlike negatiewe invloed op hulle begrip en interpretasie van sekere items hê.

'n Tweede leemte wat geïdentifiseer is, is dat die teikengroep te klein was om verteenwoordigend van die totale Suid-Afrikaanse adolessente-populasie te wees. Gevolgtrekkings van hierdie studie kan dus nie tot die totale Suid-Afrikaanse adolessentepopulasie veralgemeen word nie. Hierdie studie is onderneem in die Noord-Kaap Provinsie, wat deur hoë vlakke van armoede en lae vlakke van dienslewering en ondersteuningsbronne gekenmerk word (Department of Health, 2007). In sulke gemeenskappe staar kinders erge uitdagings in die gesig, wat 'n invloed op hulle ondersteuning en lewenstevredenheid het. Bevindinge van hierdie studie is dus beperk tot hierdie provinsie.

Die weglating van en vergelyking met 'n kontrolegroep in die vorm van nie-geaffekteerde adolessente, sou meer betekenis aan die data kon verleen. Gestruktureerde fokusgroepbesprekings sou die kwantitatiewe navorsing van hierdie studie komplimenteer en groter begrip verleen aan die rol wat sosiale ondersteuning deur beide geaffekteerde en nie-geaffekteerde gesinne in die verband tussen lewenstressors en die lewenstevredenheid van geaffekteerde adolessente speel.

### **Aanbevelings**

Dit is deurgaans in die studie duidelik dat die insluiting van 'n meer verteenwoordigende Suid-Afrikaanse adolessentegroep nodig is ten einde 'n geïntegreerde beeld te kry van die rol wat sosiale ondersteuning deur die gesin speel in die verband tussen lewenstressors en lewenstevredenheid van MIV-geaffekteerde adolessente.

Die insluiting van gestruktureerde onderhoude met ander bronne soos die uitgebreide gesin, die skool, vriende, die gemeenskap en nie-geaffekteerde adolessente sou 'n ryker betekenis aan die data en interpretasie van hierdie studie verleen.

Die ontwikkeling van gekontekstualiseerde meetinstrumente vir die diversiteit van die Suid-Afrikaanse konteks mag 'n verskillende siening oor die rol van sosiale ondersteuning bied. Dit sal navorsers en praktisyns beter toerus om effektiewe intervensies en strategieë vir die Suid-Afrikaanse jeug te ontwikkel.

# Bronnelys

- Akukwe, C. (2007). Aids relief and the world's richest people: An opportunity for partnership on AIDS orphans and health workers. Retrieved from <http://www.worldpress.org/Americans/30/8.cfan>.
- Allgower, A., Wardle, J. & Steptoe, A. (2001). Depressive Symptoms, social support, and personal health behaviour in young men and women. *Health Psychology, 20*, 223-227.
- Anderson, B. & Philips, H. (2006). *Trends in the percentage of children who are orphaned in South African: 1995-2005 (Report No. 03-09-06)*. Pretoria: Statistics SA.
- Antaramian, S. P., Huebner, E.S. & Valois, R. F. (2008). Adolescent life satisfaction. *Applied Psychology: An International Review, 57*(1), 112-126.
- Antonovsky, A. (1992). Can attitude contribute to health Advances: *The Journal of Mind-Body Health, 8*(4) 33-49.
- Ash, C. & Huebner, E. S. (2001). Environmental events and life satisfaction reports of adolescents: A test of cognitive mediation. *School Psychology Internations, 22*(3), 320-336.
- Avert. (2008). *HIV Treatment and Care*. Retrieved from <http://www.avert.org/children-hiv.htm>.
- Bal, S., Crombez, G., Van Oost, P. & Debourdeayhuij, I. (2003). The role of social support in wellbeing and coping with self-reported stressful events in adolescents. *Child Abuse Neglect, 27*, 1377, 1395.
- Barbarin, O. A (2003). Social risks and child development in South Africa: A nation's program to protect the human right of children. *American Journal of Orthopsychiatry, 73*(3), 248-254.
- Baron, R. M. & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*, 1173-1182.
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures and models. *American Journal of Community Psychology, 14*, 413-445.
- Basson, N. (2008). *The influence of psychosocial factors on the subjective well-being of adolescents* (Unpublished master's thesis). University of the Free State, Bloemfontien, South Africa.
- Beautrais, A. L. (2002), Gender issues in youth suicidal behaviour. *Emergency Medicine, 14*, 35-42.
- Bradley, R. H. & Corwyn, R. F. (2004). Life satisfaction among European American, African American, Chinese, American, Mexican American, and Dominican American Adolescent's. *International journal of Behavioural Development, 28*, 385-400.

- Broadhead, W. E., Kaplan, B. H., James, S. A. & Wagner, E. H. (2005). The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *American Journal of Epidemiology*, *117*, 521-537.
- Callaghan, P. & Morrissey, J. (1993). Social support and health: A review. *Journal of Advance Nursing*, *18*, 203-210.
- Campbell, W. H. & Rohrbaugh, R. M. (2006). The need for cognition. *Journal of Personality and Social Psychology*, *42*, 116-131.
- Cluver, L. & Gardner, F. (2006). The psychological well-being of children orphaned by AIDS in Cape Town, South Africa. *Annals of General Psychiatry online publication*, *5*, 8.
- Cohen, S., Underwood, L. & Gottlieb, B. (2000). Social relationships and health. In S. Cohen, L. Underwood & B. Gottlieb (Eds.) *Social support measurement and intervention (pp 3-25)*. New York: Oxford University Press.
- Cohn, M. A., Fredrickson, B. L., Brown, S. L., Mikels, J. A. & Conway, A. M. (2009). Happiness unpacked: Positive emotions increase life satisfaction by building resiliency. *Emotion*, *9*(3), 361-361.
- Coleman, J. & Hagell, A., (2007). *Adolescence, risk and resilience: Against the odds*. West Sussex, England: Wiley & Sons.
- Cook, P. & Munthali, A. (2004). *Starting from strengths: Community care for vulnerable children in Malawi*, (Unpublished manuscript), University of Victoria, British, Columbia.
- Cortina, M. A., Kahn, K., Fazel, M., Hlungwani, T., Tollman, S., Bahana, A., ... & Stein, A. (2008). School based interventions can play a critical role in enhancing children's development and health in the developing world. *Child: Care, Health, and Development*, *34*, 13.
- Dass-Brailsford, P. (2005). Exploring resiliency: Academic achievement among disadvantaged black youth in South Africa. *South African Journal of Psychology*, *35*(3), 574-591.
- Dearing, E. (2008). Psychological costs of growing up poor. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1136*, 324-332.
- Deater-Deckard, K. & Cahill, K. (2006). Nature and nurture in early childhood. In K. McCartney & D. Philips (Eds.). *Blackwell handbook of early childhood development (pp. 3-21)*. Malden, MA: Blackwell.
- Decker, C. L. (2007). Social Support and Adolescent Cancer Survivors: *A review of the literature*. *Psycho-Oncology*, *16*, 1-11.

- Department of Health (2007). Government National AIDS Plan 2007-2011. *National Department of Health, Pretoria.*
- Diener, E. & Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(4), 653-663.
- Diener, E. & Seligman, M. E. P. (2002). Very happy people. *Psychological Science*, 13(1), 81-84.
- Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J. & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49 (1), 71-75.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Dollete, M., Steese, S., Philips, W. & Matthews, G. (2006). Understanding girls' circle as an intervention on perceived social support, body image, self-efficacy, locus of control and self-esteem. *Girls' Circle Association: A Project of the Tides Center.*
- Dorrington, R., Johnson, L., Bradshaw, D. & Daniel, T. (2005). *The demographic impact of HIV/AIDS in South Africa. National and Provincial indicators for 2006.* Cape Town: Centre for Actuarial Research, South African Medical Research Council and Actuarial Society of South Africa.
- Dunn, C. W. & Tucker, C. M. (1993). Black children's adaptive functioning and maladaptive behaviour associated with quality of family support. *Journal of Multicultural Counselling and Development*, 21, 79-87.
- Edström, J. & Khan, N (2009). Perspectives on intergenerational vulnerability for adolescents affected by HIV: An argument for Voice and Visibility. *IDS Bulletin* 40(1), 41-49.
- Education Training Unit (2005). *Community Projects: Pretoria.*
- Erwin, E. (2002). Adolescent perceptions of relevant social problems. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 15(1), 24-34.
- Evans, G.W. & English, K. (2002). The environment of poverty: Multiple stressor exposure, psychophysiological stress, and socioemotional adjustment. *Child Development*, 73(4), 1238-1248.
- Feldman, P. J., Dunkel-Schetter, C., Sandman, C. A. & Wadhwa, P. D. (2000). Maternal social support predicts birth weight and fetal growth in pregnancy. *Psychosomatic Medicine*, 62, 715-725.
- Foster, G. & Williamson, J. (2002). A review of current literature on the impact of HIV/AIDS on children in Sub-Saharan Africa. *AIDS*, 14, 275-284.

- Fugl-Meyer, A. R., Melin, R. & Fugl-Meyer, K. S. (2002). Life satisfaction in 18-to 64-year-old Swedes: In relation to gender, age, partner and immigrant status. *Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 34(5), 239-246.
- Galbie, F. & Davids, Y. D. (2009). Quality of life among South Africans. Retrieved from [http://www.hsrc.ac.za/research/outputDocuments/6004\\_ Galbie\\_ Quality of life.pdf](http://www.hsrc.ac.za/research/outputDocuments/6004_Galbie_Quality%20of%20life.pdf).
- George, A. A., (2009). *Risk and Resilience in Adolescent Suicidal Ideation*. (Unpublished doctoral dissertation), University of the Free State, Bloemfontein, South Africa.
- Goldbeck, L., Schmitz, T. G., Besier, T., Hersbach, P. & Henrich, G. (2007). Life satisfaction decreases during adolescence. *Quality of Life Research*, 16(8), 969-979.
- Goldstein, S. & Brooks, R. B. (2006). *Handbook of resilience in children (Eds)*. New York: Spinder Science and Business Media Inc.
- Gouws, E., Kruger, N. & Berger, S. (2002). *The adolescent: An educational perspective*. (2nd ed). Johannesburg: Heineman.
- Gravetter, F. J. & Wallnau, L. B. (2000). *Statistics for the Behaviour Sciences* (5th ed.). Belmont, CA: Wadsworth/Thomson.
- Greeff, A. P. & Human, B. (2004). Resilience in families in which a parent has died. *The American Journal of Family Therapy*, 32(1), 27-42.
- Hale, C. J., Hannum, J. W. & Espelage, D. L (2005). Social Support and Physical Health: The important of belonging. *Journal of American College Health*, 53, 276-284.
- Haper, M. G., Cohen, J. L., Lucas, T. & Baltes, B. B (2007). The relationship between self-reported received and perceived social support: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 39, 133-144.
- HelpAge International (2007). *Stronger Together: Supporting the vital role played by older people in the fight against the HIV and AIDS pandemic*. London: HelpAge International.
- Hjern, A., Alfven, G. & Östberg, V. (2008). School Stressors, psychological complaints and psychosomatic pain. *Acta Paediatrica*, 97, 112-117.
- Hong, Y., Li, X., Fang, X., Zhao, G., Lin, X., Zhang, J...& Zhang, L. (2010). Perceived Social Support and Psychosocial Distress Among Children Affected by AIDS in China. *Community Mental Health Journal* 46:33-43.
- Horstmanshof, L., Punch, R. & Creed, P. A. (2008). Environmental correlates of wellbeing amongst final year high school students. *Australian Journal of Psychology*, 60(2), 101–111.

- Huebner, E. S. (1994). Preliminary development and validation of a multidimensional life satisfaction scale for children. *Psychological Assessment*, 6, 149-158.
- Huebner, E. S. (2004). Research on assessment of life satisfaction of children and adolescents. *Social Indicators Research*, 66, 3-33.
- Huysamen, G.K. (1983). *Inferensiële Statistiek en Navorsingsontwerp - 'n Inleiding*. Pretoria: Academica.
- Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, M., Rantanen, P & Laippala, P. (2001). Adolescent depression: The role of discontinuities in life course and social support. *Journal of Affective Disorders*, 64, 155-166.
- Kingdom, G. G. & Knight, J. (2006). Subjective well-being poverty vs. Income poverty and capabilities povety? *Journal of Development Studies*, 42(7), 1199-1224.
- Larson, R. W., Wilson, S. & Mortimer, J. T. (2002). Conelusion: Adolescents' preparation for the future. *Journal of Research on Adolescence*, 12(1), 159 –166.
- Lazarus, R. (1991). *Emotion and adaptation*. New York, Ny: Oxford University Press.
- Leventhal, T. & Brooks-Gun, J. (2000). The neighborhoods they live in: The effects of neighborhood residence on child and adolescent outcomes. *Psychological Bellentin*, 126(2), 309-337.
- Lever, J. P., Pinol, N. L. & Uralde, J. H. (2005). Poverty, psychological resources and subjective well-being. *Social Indicators Research*. 73(3), 375-408.
- Levin, K. A. & Currie, C. (2010). Family structure, mother-child communication, father-child communication, and adolescent life satisfaction: A cross-sectional multilevel analysis. *Health Education*, 110(3), 152-168.
- Louw, D. A. & Louw, A. (2007). *Child and adolescent development*. Bloemfontein: Psychology Publications.
- Manipane, R. & Bouwer, C. (2006). Identifying resilient and non-resilient middle-adolescents in a formerly black-only urban school. *South African Journal of Education*, 26(3), 443 – 456.
- Maqoko, Z. (2006). "*HIVAIDS orphans as heads of household: A challenge to pastoral care*". (Unpublished master's thesis). Department of Theology, University of Pretoria.
- Marcotte, G., Marcotte, D. & Bouffard, T. (2000). The influence of familial support and dysfunctional attitudes on depression and delinquency in an adolescent population. *European Journal of Psychology of Education*, 17(4), 363-376.

- Martin, K., Huebner, E. S. & Valois, R. F. (2008). Does life satisfaction predict victimization experiences in adolescence? *Psychology in Schools*, 45(8), 705-714.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychology*, 56(3), 227-238.
- McGraw, K., Moore, S., Fuller, A. & Bates, G. (2008). Family, peer and school connectedness in final year secondary school students. *Australian Psychologist*, 43(1), 27 – 37.
- MNSci, K. J. & Astedt-Kurki, P. (2004). Familial contribution to adolescent subjective well-being. *International Journal of Nursing Practice*, 11(3), 125-133.
- Möller, V. (2006). Quality of life in South African – The first ten years of democracy. *Social Indicators Research*, 8(2), 181-201.
- Moos, R. H. (2002). Life Stressors, Social Resources, and Coping Skills in Youth: Applications to Adolescents with Chronic Disorders. *Journal of Adolescent Health*, 30(4), 22-29.
- Moos, R. H. & Moos, B. S. (1994). Life stressors and social resources Inventory, Youth form. Odessa, Florida: *Psychological Assessment Resources*.
- Moos, R. & Schaefer, J. A. (1993). Coping Resources and Processes: Current Concepts and measures. In L. Golberg & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and Clinical Aspects* (pp. 234 –257). New York: Free Press.
- Mullis, R. L., Hill, E. W. & Readdick, C. A (1999). Attachment and social support among adolescents. *Journal of Genetic Psychology*, 160(4), 500-502.
- Nickerson, C., Schwarz, N. & Dienier, E. (2007). Financial aspirations, financial success, and overall life satisfaction: Who? And how? *Journal of Happiness Studies*, 8(4), 467-515. Retrieved from <http://www.hdl.handle.net>
- Pharoah, R. (2005). *A generation at risk? HIV/Aids, vulnerable children and security in South Africa*. Cape Town: Institute of Security Studies.
- Procidano, M. E. & Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *American Journal of Community Psychology*, 11(1), 1-24.
- Richter, L. (2004). The impact of HIV/AIDS on the development of children. Retrieved from <http://www.iss.co.za/pubs/momographs/no109/chap2htm>
- Richter, L., Foster, G. & Sherr, I. (2006). *Where the heart is: Meeting the psychosocial needs of young children in the context of HIV/AIDS*. The Hagne, the Netherlands: Bernard van Leer Foundation.

- Ritakallio, M., Luukkaala, T., Marttunen, M., Pelkonen, M. & Kaltial-Heino, R. (2010). Comorbidity between depression and antisocial behaviour in middle adolescence: *The role of perceived social support*, *Nordic Journal of Psychiatry*, 64, 164-171.
- Romero, A. J., (2005). Low-income neighbourhood barriers and resources for adolescents' physical activity. *Journal of Adolescent Health*, 36(3), 253-259.
- Rose, H. A., Rodgers, K. B. & Small, S. A. (2006). Sexual identity confusion and problem behaviours in adolescents: A risk and resilience approach. *Marriage and Family Review*, 40(2/3), 131-150.
- Scholte, R. H. J. & Van Aken, M. A. G. (2006). Peer relations in adolescence. In S. Jackson & L. Goossens (Eds.), *Handbook of adolescent development* (pp. 175-199). New York: Psychology Press.
- Simbayi, L. C., Kleintjie, S., Ngomane, T., Tabane, C. E. M, Mfecane, S. & Davids, A. (2006). *Psychosocial issues affecting orphaned and vulnerable children in two South African communities*. Cape Town: HSRC Press.
- Sooka, Y. (2007). Race and reconciliation: E pluribus unum? In A. Adebajo, A. Adedeji and C. Landsberg (Eds.), *South Africa in Africa: The post apartheid era* (pp. 78-92). Scottsville, South Africa: University of KwaZulu-Natal Press.
- Sousa, L. & Lyubomirsky, S. (2001). *Life Satisfaction*. ( In J Worrel (ed.) *Encyclopedia of women and gender: Sex similarities and differences and the impact of society on gender*, 2, 667-676. San Diego, CA: Academic Press.
- SPSS Incorporated (2011). *SPSS user's guide, Version 18*. New York: Author.
- Strümpfer, D. J. W. (2000). *A model of intrapersonal resilient functioning in adults* (pp 1-46). Presented for publication, August, 2000.
- Suldo, S. M & Huebner, E. S. (2004). *Does life satisfaction moderate the effects of stressful life events on psycho pathological behaviour in adolescence?* School Psychology Quarterly Survey. *Health Promotion Research and Development Unit of Medical Research Council, South Africa*.
- Suldo, S. & Huebner, E. S. (2006). Is extremely high life satisfaction during adolescence advantageous? *Social Indicators Research*, 78, 179-203.

- Tagoe, M. & Aggor, R. A. (2009). Attitudes of University of Ghana Students towards HIV/AIDS: What does behavioural surveillance survey tell us? *Journal of Health & Human Services Administration, 32*(1), 51 –84.
- Tao, X., Zunyou, W., Song, D., Wenxiang, H., Keming, R. (2010). The Situation of Children Affected by HIV/AIDS in the Southwest China: Schooling, Physical Health and Interpersonal Relationships. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 53*, 104-110.
- UNAIDS/UNICEF. (2004). *Children orphaned by AIDS: Frontline response form Eastern and Southern Africa*. Washington, DC.
- UNICEF (2007). *The state of the World's Children*. New York: UNICEF.
- Valois, R. F., Zullig, K. J., Huebner, E. S., Kammermann, S. A. & Drane, J. W. (2002). Association between life satisfaction and sexual risk-taking behaviour among adolescents. *Journal of Child and Family Studies, 11*(4), 427-440.
- Vaux, A. (1985). *Social Support: theory, research, and intervention*. New York, NY: Praeger.
- Vemuri, A. W., Grove, M., Wilson, M. A. & Burch, W. R. (2011). The tale of two scales: Evaluating the relationship among life satisfaction, social capital, income, and the natural environment at individual and neighbourhood levels in metropolitan Baltimore. *Environment and Behavior, 43*(1), 3-25.
- Way, N. & Robinson, M. G. (2003). A longitudinal study of the effects of family, friends, and school experience on the psychological adjustment of ethnic minority, low-SES adolescents. *Journal of Adolescent Research, 18*(4), 324-346.
- Weiss, L.G. (2008). Toward the mastery of resiliency. *Canadian Journal of School Psychology, 23*(1), 127-137.
- Whiteside, A. & Sumter, C. (2001). *Aids; the challenge of South African*. Cape Town: Human & Rousseau and Tafelberg.
- Young South Africans, Broadcast Media, and HIV/AIDS Awareness (2006). Kaiser Family Foundation and South African Broadcasting Corporation.
- Young, K. W. (2006). Social Support and Life Satisfactor. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation, 10*(2), 155-164.
- Zullig, K. J., Valois, R. F., Huebner, E. S. & Drane, J. W. (2005). Associations among family structure demographics, and adolescents perceived life satisfaction. *Journal of Child and Family Studies, 14*, 195



## Opsomming

Suid-Afrika word gekenmerk as 'n land met hoë vlakke van sosio-ekonomiese ongelykhede, armoede, geweld en 'n hoë voorkoms van MIV/VIGS, wat talle uitdagings vir die lewensomstandighede van Suid-Afrikaners inhou. Hierdie kontekstuele faktore veroorsaak dat Suid-Afrikaanse adolessente aan veelvuldige lewenstressors blootgestel word. Een van die grootste lewensbedreigings wat jong Suid-Afrikaners konfronteer, is die verlies van beheer oor hul lewens wat deur MIV/VIGS veroorsaak word. Die invloed van MIV/VIGS bedreig die oorlewing en die normale ontwikkeling van kinders en adolessente. Die mees vernietigende effek van die pandemie op kinders en adolessente is die disintegrasië van tradisionele sosiale ondersteuningstrukture en sosiale netwerke. Sosiale ondersteuning word as een van die belangrikste voorspellers van fisieke gesondheid en lewenstevredenheid beskou en speel 'n belangrike rol in die verband tussen lewenstressors en lewenstevredenheid. Dit funksioneer as 'n buffer om die invloed van stres te verlaag en om hanteringsvermoëns te verhoog wanneer mense in stresvolle situasies verkeer. Sosiale ondersteuning deur ouers, familie, uitgebreide familie, vriende, onderwysers en die breë gemeenskap speel 'n belangrike rol, aangesien hierdie bronne van ondersteuning die invloed van stresvolle lewensgebeure kan versag.

Na aanleiding van die bogenoemde uiteensetting was die doel van die ondersoek om te bepaal wat die rol van sosiale ondersteuning in die lewenstevredenheid van 'n groep MIV/VIGS-geaffekteerde adolessente is. Hierdie studie is onderneem met 'n groep van 218 MIV/VIGS-geaffekteerde adolessente uit die Noord-Kaap Provinsie. 'n Kwalitatiewe benadering is gevolg. Vir die meting van die biografiese veranderlikes, is 'n biografiese vraelys ontwikkel wat aspekte soos geslag, ras, huistaal, huwelikstatus en sosio-ekonomiese status van ouers insluit. Om 'n meting van hul lewenstevredenheid te bekom, is die Lewenstevredenheidsvraelys gebruik. Die Waargenome Sosiale Ondersteuningsvraelys deur die gesin en vriende, asook die Lewenstressors- en Sosiale Bronnelys –Jeugvorm is gebruik om hul meting van sosiale ondersteuning te bekom.

'n Ontleding van die navorsingresultate dui daarop dat enkele biografiese veranderlikes 'n rol in die lewenstevredenheid en sosiale ondersteuning van hierdie groep MIV/VIGS-geaffekteerde adolessente speel. Geslag- en ouderdomsverskille, sosio-ekonomiese status, ras en die struktuur van die gesin blyk 'n rol te speel in die sosiale ondersteuning en lewenstevredenheid van hierdie adolessente. Uit die ondersoek blyk verder dat sosiale ondersteuning deur die gesin en vriende 'n beduidende rol in die verskille ten

opsigte van adolessente met hoë en lae vlakke van lewenstressors en lewenstevredenheid speel.

Deurgaans in die ondersoek was dit duidelik dat adolessente wat deur MIV/VIGS geaffekteer word, met beide lae en hoë vlakke van sosiale ondersteuning, redelik lae vlakke van lewenstevredenheid ervaar.

Sleutelwoorde: sosiale ondersteuning, lewenstressors, lewenstevredenheid, adolessent, MIV/VIGS.

## **Abstract**

South Africa is characterised as a country with high levels of socioeconomic inequalities, poverty, violence and a high incidence of HIV/AIDS, which imply numerous challenges for living conditions of South Africans. These contextual factors cause South African adolescents to be exposed to multiple life stressors. One of the greatest life threats confronting young South Africans is the loss of control over their lives caused by HIV/AIDS. The impact of HIV/AIDS threatens the survival and normal development of children and adolescents. The most destructive effect of the pandemic on children and adolescents is the disintegration of traditional social support structures and social networks. Social support is regarded as one of the most important predictors of physical health and life satisfaction and plays an important role in the relationship between life stressors and life satisfaction. It functions as a buffer to decrease the impact of stress and to increase coping abilities when people find themselves in stressful situations. Social support is provided by parents, family, extended family, friends, teachers and the broader community and plays an important role, because these sources of support can soften the impact of stressful life events.

With reference to the details stated above, the purpose of the research was to determine the role of social support in the life satisfaction of a group of adolescents affected by HIV/AIDS. This study was undertaken with a group of 218 HIV/AIDS-affected adolescents from the Northern Cape Province. A qualitative approach was used. A biographical questionnaire including aspects such as sex, race, home language and the parents' marital status and socioeconomic status was developed to measure the biographical variables. The Satisfaction with Life Questionnaire was used to obtain a measure of their life satisfaction. The Perceived Social Support from Family and Friends Questionnaire and the Life Stressors and Social Resources Inventory – Youth Form (LISRES-Y) were used to obtain a measure of their social support.

An analysis of the research results indicates that some biographical variables do play a role in the life satisfaction and social support of this group of adolescents affected by HIV/AIDS. Differences in sex and age, socioeconomic status, race and the family structure seem to play a role in the social support and life satisfaction of these adolescents. In addition, it is apparent from the research that social support by the family and friends plays a significant role in the differences in respect of adolescents with high and low levels of life stressors and life satisfaction.

However, throughout the study it was clear that adolescents affected by HIV/AIDS experienced lower levels of life satisfaction, regardless of the level of social support.

Keywords: social support, life stressors, life satisfaction, adolescent, HIV/AIDS.