

Ronél Ferreira, Liesel Ebersöhn & Tilda Loots

Batemobilisering as strategie vir die hantering van MIV/VIGS

Eerste voorlegging: Januarie 2006

Aanvaarding: Oktober 2007

Hierdie artikel rapporteer die bevindinge van 'n empiriese ondersoek wat ten doel gehad het om tien geselekteerde opvoeders te bemagtig om potensiële maar onbenutte bates binne 'n gemeenskap te mobiliseer, ten einde die betrokke gemeenskap te ondersteun in die hantering van MIV/VIGS. Nieteenstaande talle studies oor verskeie aspekte van MIV/VIGS, word beperkte navorsing tans onderneem na intervensie-strategieë, veral binne gemeenskappe wat die uitdaging moet hanteer. Die toepassingsmoontlikheid van die bategebaseerde benadering word ondersoek teen die agtergrond van gemeenskapgebaseerde hantering. Batemobilisering kan inderdaad as moontlike hanteringstrategie van MIV/VIGS beskou word. Bevindinge dui op die bemagtiging van individue (deelnemers) van die skool waar die studie onderneem is, asook van ander gemeenskapslede.

Asset mobilisation as coping strategy regarding HIV/AIDS

This article reports on the findings of an empirical study aimed at empowering ten selected educators to mobilise potential yet unused assets within a community, in order to support that community in coping with HIV/AIDS. Despite numerous studies on various aspects of HIV/AIDS, limited research is currently undertaken on intervention strategies, especially within communities facing the challenge. The application of the asset-based approach is explored, against the background of community-based coping. It is argued that asset mobilisation can indeed be regarded as a viable strategy for coping with HIV/AIDS. Findings reveal empowerment of individuals (the participants), of the school where the study was undertaken, as well as of other community members.

Dr R Ferreira, Prof L Ebersöhn & Me T Loots, Dept Opvoedkundige Sielkunde, Fakulteit Opvoedkunde, Universiteit van Pretoria, Pretoria 0002; E-pos: ronel.ferreira@up.ac.za & liesel.ebersohn@up.ac.za

Die MIV/VIGS-pandemie is duidelik aktueel en omvangryk, met talle navorsingsprojekte wat reeds vir etlike dekades wêreldwyd in hierdie veld onderneem word. Die algemene publiek word daagliks in die media gekonfronteer met statistieke, feite, mediese behandeling, aanbevelings vir lewensaanpassings in geval van infeksie en hawelose kinders weens MIV/VIGS-verwante sterftes van hulle ouers of versorgers, om maar enkele voorbeelde van bekende temas uit te lig. Op dié wyse rapporteer beide wetenskaplike en nie-wetenskaplike literatuur op 'n deurlopende basis oor die impak van die pandemie.¹

Te midde van die uitgebreide veld van navorsing, is dit egter noodsaaklik om soms tot stilstand te kom en oor die volgende te wonder: Word die vraagstuk van MIV/VIGS deur die talle navorsingstudies werklik op grondvlak en in gemeenskappe — waar dit saak maak — aangespreek? Baat die mense wat direk deur die pandemie geraak word voldoende by sodanige studies of dra dit grootliks by tot statistieke en feite oor die uitdaging wat deur alle gemeenskappe wêreldwyd hanteer moet word? Vrae soos hierdie het nie ten doel om die waarde van belangrike wetenskaplike navorsingstudies in twyfel te trek nie, maar eerder om 'n balans te propageer tussen wetenskaplik-begronde studies ter wille van die uitbreiding van die beskikbare kennisbasis aan die een kant en, aan die ander kant, praktiese intervensie waardeur gemeenskapslede op grondvlak persoonlik kan baat.

Op eie bodem toon Suid-Afrika tans een van die hoogste toenamesyfers van MIV-infeksie. Beramings dui daarop dat meer as vyf miljoen Suid-Afrikaners reeds met MIV/VIGS leef. Tans sterf nege-honderd Suid-Afrikaners daagliks aan VIGS, terwyl meer as 1 500 mense met MIV geïnfekteer raak (vgl Page *et al* 2006, UN Dept of Economic and Social Affairs 2005, Connolly *et al* 2004). Suid-Afrika word ook uitgesonder as een van vyf lande wat teen 2010 'n negatiewe populasiegroei sal beleef, met 'n groeitempo van -1.4% (Richter *et al* 2004: 14).

1 Vergelyk Marais 2005, Brookes *et al* 2004, Freeman 2004, Townsend & Dawes 2004, Gow & Desmond 2002, Smart 2001, Van Dyk 2001.

Bovermelde voorkomssyfers en gevolge van MIV/VIGS beklemtoon die dringende behoefte (ook in Suid-Afrika) aan studies oor praktiese en effektiewe maniere waarop die daaglikse eise van MIV/VIGS hanteer kan word. Alhoewel talle studies steeds onderneem word oor die groeiende voorkomssyfers en effek van MIV/VIGS (Van Dyk 2001, UN Programme on HIV/AIDS 2000), wil dit voorkom asof navorsing oor die geestelike gesondheidsimplikasies van MIV/VIGS beperk in omvang is. Freeman (2004: 140) argumenteer dat daar nie slegs 'n behoefte aan meer navorsing op dié gebied bestaan nie, maar ook aan gepaste intervensiestrategieë om die MIV/VIGS-uitdaging die hoof te bied, ten einde 'n potensiële geestelike, gesondheids- en sosiale ramp af te weer. Vrae soos die volgende kom na vore: Hoe hanteer gemeenskapslede MIV/VIGS op 'n daaglikse basis? Voel individue wat deur die pandemie geraak word voldoende toegerus vir die groot uitdaging of voel hulle dalk uitgelewer aan die uitgebreide statistieke, wat nie noodwendig lig werp op basiese kwelvrae rondom 'n geskikte dieet of die bekendmaking van 'n MIV-positiewe status nie?

Teen die agtergrond van bovermelde rapporteer hierdie artikel oor 'n studie waartydens tien geselekteerde lede van 'n Suid-Afrikaanse landelike gemeenskap bemagtig is om hulself en hulle onmiddellike gemeenskap te kan help om MIV/VIGS-uitdagings meer effektief te hanteer. Deelnemers is begelei om bestaande, maar soms nog onbenutte bates en hulpbronne in hulle onmiddellike gemeenskap te mobiliseer en aan te wend. Sodoende is batemobilisering, wat 'n integrale deel van die bategebaseerde benadering vorm, as moontlike gemeenskapsgebaseerde hanteringstrategie ontgin.

1. Kontekstualisering

1.1 Gemeenskapgebaseerde hantering van MIV/VIGS

MIV/VIGS-inisiatiewe rakende ondersteuning op psigososiale vlak (die fokus van hierdie artikel) hou gewoonlik verband met basiese sorg- en ondersteuningsdienste, met die doel om koste-effektiewe en volhoubare benaderings te ontwikkel om die kwaliteit van lewe

en lewensverwagting binne gemeenskappe te verbeter (met International HIV/AIDS Alliance 2000 as voorbeeld). Gemeenskapgebaseerde sorg kan op verskeie maniere en van verskillende bronne verkry word, soos die gesin, familie, vriende, georganiseerde ondersteuningsgroepe of multidissiplinêre spanne (vgl Richter *et al* 2004, Van Dyk 2001, Broughton 1999). Belangrike funksies sluit in om die gemeenskap en familie te bemagtig om effektief na die fisiese, psigososiale en geestelike behoeftes van MIV/VIGS-geïnfekteerde individue om te sien; die gemeenskap op te voed oor die voorkoming van MIV/VIGS-oordrag; gesinslede in hulle versorgersrol te ondersteun asook om die sosiale en persoonlike invloed wat MIV/VIGS op individue het te beperk (vgl Lucas 2004, Mallmann 2002). Die oorkoepelende doel is daarop afgestem om gemeenskappe te mobiliseer om afhanklikheid te minimaliseer en onafhanklike optrede te versterk, sodat individue steeds produktief kan wees op ekonomiese, intellektuele en sosiale gebied (vgl Van Dyk 2001, Hunter & Williamson 2000, WHO 2000).

Aldwin (1994: 109), asook die World Health Organisation (WHO 1993: 3) beveel aan dat elke gemeenskap bemagtig behoort te word tot die effektiewe hantering van die daaglikse eise wat MIV/VIGS stel, deur beskikbare hulpbronne te benut en netwerke tussen verskillende gemeenskappe te vestig. Van Dyk (2001: 329-31) sluit hierby aan en stel voor dat MIV/VIGS-geïnfekteerde pasiënte tuis deur die gemeenskap versorg word; dat klinieke en ander gesondheidsondersteunende programme benut word vir advies en ondersteuning; en dat hospitale slegs vir pasiënte wie se toestand baie agteruitgegaan het en professionele hulp benodig, gereserveer word.

Weens die belangrike rol wat die gemeenskap in die lewens van die deelnemers aan die huidige studie speel, is hierdie ondersoek op gemeenskapgebaseerde hantering van MIV/VIGS gefokus. Die basiese uitgangspunt dat die vermoë om bepaalde eise te hanteer binne die betrokke gemeenskap gesetel is (Bender 2004), ondersteun die onderliggende filosofie van die bategebaseerde benadering, wat vervolgens verduidelik word.

1.2 Bategebaseerde benadering

Die bategebaseerde benadering tot uitdagings, wat teenoor die behoeftegebaseerde benadering (sogenaamde “deficiency model”) gestel word, fokus op dit wat reeds in ’n gemeenskap werk of oor die potensiaal beskik om tot voordeel van die gemeenskap benut te kan word (Ebersöhn & Eloff 2006, Sims 2002). Die benadering huldig die basiese uitgangspunt dat elke individu oor talente, vaardighede en kennis beskik, hoewel dit soms nog ontgin en gemobiliseer moet word. Op dié wyse kan die sisteem waarbinne ’n individu funksioneer verryk word deur die bydrae wat elke individu kan lewer (Kretzmann & McKnight 1993).

Batemobilisering impliseer ’n proses waartydens beskikbare bates, hulpbronne en sterkpunte geïdentifiseer en voorgestel word in die vorm van ’n batekaart. Dit sluit beskikbare middele in wat reeds tot voordeel van die gemeenskap aangewend word maar soms ook verder tot meer effektiewe gebruik gemobiliseer kan word, asook ander potensiële maar nog onbenutte bates en sterkpunte. Nadat die beskikbare (benutte en onbenutte) bates en sterkpunte geïdentifiseer en voorgestel is, kan oorgegaan word tot verdere mobilisering van potensiële hulpbronne (Bouwer 2005). Sodanige mobilisering behels ’n fasiliteringsproses waartydens die individu vir wie die batekaart opgestel is, tot ’n beleving van eienaarskap en bemagtiging begelei word. Binne die konteks van gemeenskapgebaseerde hanteringsstrategieë beklemtoon Richter *et al* (2004: 22) eienaarskap as basis van gemeenskapsmobilisering.

Uit die voorafgaande bespreking volg dit dat die bate-gebaseerde benadering moontlik suksesvol aangewend kan word om gemeenskappe te bemagtig tot meer effektiewe hantering van die MIV/VIGS-pandemie.

In ’n poging om vraagstukke wat verband hou met die moontlike gebruik van die bategebaseerde benadering as alternatief vir gemeenskapgebaseerde hantering van die MIV/VIGS-pandemie, asook die moontlike wyses waarop batemobilisering op grondvlak in gemeenskappe gefasiliteer kan word aan te pak, is ’n empiriese ondersoek deur drie navorsers gedurende 2004 onderneem in ’n in-

formele landelike nedersetting naby die Nelson Mandela Metropool. Die Xhosa-sprekende gemeenskap word gekenmerk deur hoë vlakke van werkloosheid, armoede en MIV/VIGS-infeksie. Hierbenewens is sosiale probleme soos alkoholmisbruik, seksuele misbruik en kinderverwaarloosing aan die orde van die dag. Tien opvoeders aan 'n primêre skool in die betrokke gemeenskap is geselekteer as deelnemers.

Die doel van die ondersoek was om opvoeders te bemagtig om beskikbare maar nog onbenutte bates en hulpbronne wat binne 'n geselekteerde gemeenskap geïdentifiseer is (vgl Ferreira 2006), te mobiliseer, sodat die deelnemers die gemeenskap se hantering van die eise van MIV/VIGS kan ondersteun. Die soeklig het geval op die hulpbronne en bates tot beskikking van die gemeenskap en hoe dit deur opvoeders op verskillende vlakke in die gemeenskap aangewend kan word om die daaglikse hantering van MIV/VIGS te vergemaklik. Die uiteindelige doel was om die proses waartydens batemobilisering gefasiliteer word, te verken en te beskryf.

Die ondersoek is gerig deur die volgende primêre navorsingsvrae:

- Hoe kan die fasilitering van batemobilisering deur opvoeders die gemeenskapgebaseerde hantering van MIV/VIGS ondersteun?
- Hoe kan opvoeders die bategebaseerde benadering aanwend vir gemeenskapgebaseerde hantering van MIV/VIGS?
- Watter bates en hulpbronne is beskikbaar binne 'n Suid-Afrikaanse landelike gemeenskap wat deur MIV/VIGS geïnfekteer en geïffekteer is?
- Watter bates en hulpbronne word reeds binne die geselekteerde gemeenskap benut en aangewend?
- Hoe kan die geïdentifiseerde maar nog onbenutte bates en hulpbronne binne die gemeenskap aangewend en gemobiliseer word?
- Hoe kan die bategebaseerde benadering (spesifiek batemobilisering) bydra tot die hantering van MIV/VIGS in die geselekteerde gemeenskap?

Die ondersoek was kwalitatief van aard en is vanuit die interpretivisme onderneem. Volgens Terre Blanche & Durrheim (2002: 62) behels interpretatiewe navorsing die interpretasie van menslike

gedrag op verbale sowel as nie-verbale vlak, teen die agtergrond van die konteks van die betrokke deelnemers, asook hulle vorige ervarings en bestaande begrip daarvan. Op hierdie wyse word gepoog om diepgaande insig te verwerf in die persepsies en idees van die deelnemers binne hulle unieke leefwêreld (Lincoln & Guba 2003: 254-5). Die interpretatiewe paradigma impliseer uiteraard subjektiewe interpretasies, wat uiteindelik lei tot diepgaande begrip (*Verstehen*) van 'n geselekteerde fenomeen (Terre Blanche & Durrheim 2002: 63-4).

'n Interaktiewe proses nagestreef (Mertens 1998: 161). Die doel was nie om menslike gedrag in terme van universele wette of veralgemenings te verduidelik nie (De Vos 1998: 240), maar eerder om die betekenis en bedoelings onderliggend aan die alledaagse menslike gedrag binne die geselekteerde landelike gemeenskap te verstaan en te interpreteer (Henning *et al* 2004: 103). Die navorsers het derhalwe nie gepoog om die navorsingsomgewing te manipuleer deur eksterne faktore of eksperimente daar te stel nie, maar hulle wou eerder sin maak van die wyse waarop die deelnemers tot batemobilisering begelei kon word ten einde gemeenskapshantering van die MIV/VIGS-pandemie te bevorder.

1. Navorsingsontwerp

'n Gevallestudie is as navorsingsontwerp geselekteer (vgl Stake 2000: 435-50, Creswell 1998: 439-40). Dit het die voordeel ingehou dat op 'n spesifieke geval ('n MIV/VIGS-geïnfekteerde en -geëffekteerde landelike gemeenskap) gefokus kon word om die funksionering van die gemeenskap binne konteks (fisieke, sosiale en ekonomiese konteks) te verstaan en te beskryf (vgl Henning *et al* 2004: 32, Stake 2000: 439-40). Alhoewel die uiteindelijke klem op die gemeenskap as geheel was, is hoofsaaklik op individuele vlak met geselekteerde deelnemers (tien opvoeders aan 'n primêre skool) binne die gemeenskapsstelsel gewerk.

2. Data-insameling

Na aanvanklike analise van die rou data van Ferreira 2006, waartydens bates en sterk punte (benut en onbenut of — in die taal van die bate-gebaseerde benadering — gemobiliseer en nog nie gemobiliseer) geïdentifiseer is, is ’n totaal van drie besoeke (gedurende 2004 en verspreid oor ses maande) aan die gebied gebring. Tydens hierdie besoeke is fokusgroepwerkwinkelbyeenkomste gehou, waarvan die verloop geobserveer en gedokumenteer is in ’n reflektiewe veldjoernaal en deur middel van foto’s. Tydens die eerste besoek is ’n oorsig verkry van die potensieële bates binne die gemeenskap. Ander potensieële, maar nog onbenutte bates en hulpbronne is op batekaarte voorgestel. Uit die geïdentifiseerde potensieële bates het die deelnemers drie prioriteitsareas vir batemobilisering geïdentifiseer.

Deelnemers het hulself vir hierdie doel in drie groepe verdeel. Tydens ’n volgende werkwinkelfokusgroepsessie (steeds tydens besoek een) het die drie groepe aksiestrategieë vir die mobilisering van die drie prioriteitsareas (potensieële bates en hulpbronne) geformuleer en doelwitte vir die onderskeie projekte gestel, met die doel om uiteindelik die gemeenskap se hantering van MIV/VIGS te bevorder. Hierbenewens het deelnemers hulle toewyding en verbintenis aan die projek gedokumenteer. Hierna het ’n periode van twee maande gevolg waarin deelnemers hulle aksiestrategieë kon implementeer.

Tydens die tweede besoek het die deelnemers terugvoer gegee oor hul vordering met die uitvoering van die aksiestrategieë wat tydens die eerste besoek geformuleer is. Hulle het ook geleentheid gekry om die aanvanklike strategieë aan te pas ten einde die gestelde doelwitte te kon bereik. Verder het die deelnemers ’n naam vir hulself as ondersteuningsgroep geïdentifiseer, naamlik “Masizakheni” wat beteken “let us build together”. Na verloop van ’n verdere twee maande het die derde besoek gevolg, waartydens weer eens aandag geskenk is aan die vordering van die projekte gedurende die voorafgaande twee maande. Dit is gedoen teen die agtergrond van die teikens waarheen die deelnemers op pad was en die doelwitte wat hulle nog wou bereik.

3. Data-analise en -interpretasie

Data-analise en -interpretasie is benader as 'n voortdurende leerproses ten einde die navorsers in staat te stel om deurlopend tot nuwe insigte te kon kom (Henning *et al* 2004: 127-9). Navorsers het gepoog om die rou data op effektiewe maniere te organiseer ten einde primêre patrone raak te sien, temas te identifiseer en kategoriseer, verhoudings te ontdek, verklarings te ontwikkel, interpretasies te maak, kritiek te lewer en teorieë te genereer (vgl Bogdan & Biklen 2003: 128).

Induktiewe data-analise waarvolgens spesifieke observasies as basis opgebou het tot algemene patrone is gebruik (vgl Mayan 2001: 21, Creswell 1998: 447). Op dié wyse is bepaalde temas en kategorieë binne die beskikbare data ontdek (Patton 2002: 452-3). Geïdentifiseerde temas is met die deelnemers geverifieer om te kontroleer dat hulle persepsies verstaan en korrek weergegee is. Konsekwentheid en oordraagbaarheid as kwaliteitskriteria is deurgaans in gedagte gehou (Mayan 2001: 24).

Skriftelike ingeligte toestemming vir die studie is vanaf die betrokke Onderwysdepartement, skoolhoof en deelnemers verkry. Aandag is geskenk aan die beginsels van konfidensialiteit, anonimiteit, asook openheid en eerlikheid. Geen melding is gemaak van die deelnemers of skool se name nie (Henning *et al* 2004: 73). Hierbenewens was deelnemers deeglik bewus van die beginsel van vrywillige deelname en kon hulle op enige stadium onttrek. Deelnemers se privaatheid en menswaardigheid is voortdurend gerespekteer en hulle veiligheid beskerm (vgl Merriam 1998: 214, Terre Blanche & Durrheim 2002: 68-9).

4. Resultate

Deelnemers aan die studie het verskeie bestaande hulpbronne en bates binne hulle gemeenskap geïdentifiseer. Sommige van hierdie bates was egter nog nie benut ten tye van die aanvang van die ondersoek nie en kon meer doeltreffend aangewend word ten einde die gemeenskap te bemagtig om die daaglikse eise wat MIV/VIGS stel, beter te kon hanteer. Tabel 1 verskaf 'n tematiese opsomming van die beskikbare bates en hulpbronne binne die betrokke gemeenskap soos deur die deelnemers geïdentifiseer.

Tabel 1: Beskikbare bates en hulpbronne

Opvoedkundig Kleuterskool Laerskool Hoërskool Universiteitskampus Gekwalifiseerde en toegewyde opvoeders Opvoeders met kennis oor MIV/VIGS	Psigo-sosiaal Rooms-Katolieke maatskaplike werkster wat bekend is in die gemeenskap ACVV Maatskaplike werkster Vriende, familie, bure en ander ondersteuningsnetwerke Kontak binne die Oos-Kaapse Onderwysdepartement Onderwysers (deelnemers en ander) Hospies
Geestelik Kerke Dominees Tradisionele genesers	Ekonomies Supermark en “Spaza Shops” Slaghuis Skoenmaker
Medies Kliniek Hospitaal Dokters Hospies Tradisionele genesers	Kommunikasienetwerke Poskantoor Internetfasiliteite by die laerskool Biblioteek by die laerskool
Vervoer Bus- en taxifasiliteite Naby groot stad en snelweg geleë Gemeenskapslede met eie voertuie	Regering ANC-kantoor Regeringstoelae Brandweerstasie
Infrastrukture Elektrisiteit Lopende water	Ander Sportgronde Oop stukke vrugbare grond

Die geïdentifiseerde hulpbronne en bates (Tabel 1) toon bepaalde raakvlakke met ’n studie deur Cook (1998), waartydens sterk punte binne ’n gemeenskap in Malawi geïdentifiseer en in drie hoofkategorieë geklassifiseer is. Cook (1998: 77) onderskei tussen sterkpunte binne die gesin en familie (byvoorbeeld liefde en ondersteuning); sterkpunte in die gemeenskap (soos gemeenskapskomitees, instansies, paaie, hospitale, skole, kerke, tradisionele genesers en jeugroepe); en positiewe kulturele praktyke (byvoorbeeld sisteme van ondersteuning in die gemeenskap en gratis behandeling deur tradisionele genesers). Alhoewel die klassifikasie van Cook (1998) verskil van die kategorisering van hierdie ondersoek, beklemtoon die raakvlakke

dat gemeenskappe in Afrika (wat oënskynlik nie oor gespesialiseerde dienste en hulpbronne beskik nie) wel bates tot hulle beskikking het wat gemobiliseer kan word om die gemeenskapshantering van MIV/VIGS te bevorder. Hierdie bevinding hou verder verband met die bevinding van Kretzmann & McKnight (1997: 2) dat gemeenskappe gewoonlik oor aansienlik meer bates en kapasiteite beskik as wat met die eerste oogopslag duidelik is.

Nadat die deelnemers die beskikbare bates binne die gemeenskap geïdentifiseer het, het hulle die volgende bate-areas geïdentifiseer waaraan hulle eerste aandag wou skenk om dit effektief te mobiliseer: die vestiging van 'n groentetuin op die skoolterrein, die vestiging van 'n MIV/VIGS-ondersteuningsgroep in die gemeenskap en die vestiging van 'n inligtingsentrum vir MIV/VIGS-geïnfekteerde en -geaffekteerde lede in die gemeenskap. Hierdie areas toon raakvlakke met Freeman (2004: 152) se riglyne vir intervensie as moontlike oplossing om die MIV/VIGS-pandemie meer doeltreffend te hanteer. Freeman (2004: 153) sonder ook die ondersteuning van gemeenskapslede (ondersteuningsgroep) en die verspreiding van kennis en inligting rakende die pandemie (inligtingsentrum) as sleutelareas vir intervensie-inisiatiewe uit. Die World Relief HIV/AIDS Programmes (2003) beklemtoon eweneens die noodsaaklikheid daarvan om gemeenskappe van basiese kennis oor MIV/VIGS te voorsien.

Alhoewel die deelnemers opvoeders van beroep is, het hulle verskillende rolle binne die gemeenskap aangeneem. Hulle het as ondersteuners en versorgers van geïnfekteerde en geaffekteerde MIV/VIGS-gemeenskapslede opgetree, inligting rakende die siekte versprei, as tuiniere gewerk tydens die vestiging van die groentetuin by dieskool en as fasiliteerders opgetree om gemeenskapslede te bemagtig om hulle eie vaardighede, vermoëns, bates en talente aan te wend in die hantering van MIV/VIGS. Op hierdie wyse het die deelnemers aan die studie eienaarskap geneem in drie geselekteerde gemeenskapgebaseerde inisiatiewe — 'n benadering wat volgens Broughton (1999: 26) baie effektief blyk te wees binne die konteks van MIV/VIGS-ondersteuning. Op soortgelyke wyse beklemtoon Richter *et al* (2004: 24) asook Parker *et al* (1998: 26) die belangrikheid van eienaarskap in gemeenskapgebaseerde inisiatiewe, veral in terme van volhoubaarheid.

Gedurende die proses waartydens die mobilisering van beskikbare maar nog onbenutte bates en hulpbronne gefasiliteer is, het die volgende as temas verskyn: bemagtiging van die gemeenskap, bemagtiging van die skool, bemagtiging van die individu, verhoogde hantering van MIV/VIGS deur die gemeenskap en gunstige veranderinge binne die gemeenskap. Hierdie resultate stem ooreen met die voordele van die bategebaseerde benadering, soos gestel deur Ebersöhn & Eloff (2006: 10). Die temas word vervolgens bespreek en met woordelike aanhalings van die deelnemers toegelig.

Wat betref die bemagtiging van die gemeenskap as geheel was gemeenskapslede oënskynlik beter ingelig oor die pandemie, wat kan bydra tot voorkoming van verdere MIV/VIGS-infeksies in die betrokke gemeenskap (“... they did not know about those things but it’s easy now ...”). Hierbenewens het die vestiging van ’n groentetuin by die skool werkskepping vir werklose gemeenskapslede moontlik gemaak (“they come in large numbers ... because of the high rate of unemployment, at least ... they are having something to do”) en terselfdertyd ’n afname in misdaad binne die gemeenskap bewerkstellig — aldus die deelnemers aan die studie (“... less crime because most of the young men who are not working they just come here and do something there in the garden ...”). Verhoogde groepskohesie, samewerking en betrokkenheid tussen gemeenskapslede is opgemerk (“We are all working together ... community is actively involved”) en gevoelens van bemagtiging en eienaarskap ten aansien van die gemeenskapsinisiatiewe is onder gemeenskapslede gevestig. Netwerke en verhoudings met organisasies in die gemeenskap is uitgebrei en ondersteuningsgroepe binne die gemeenskap is uitgebou, ten einde tot verhoogde onderlinge omgee en ondersteuning te lei (“... to give them hope, to give them courage, pray for them, they musn’t loose hope ... they were so pleased, so grateful to us for visiting them”). In aansluiting hierby is praktiese ondersteuning in die vorm van huisgebaseerde sorg vir MIV/VIGS-geïnfekteerde gemeenskapslede geïnisieer (“... visit the home and tell them more about the relevant things”) en kon ’n gevoel van bevrediging bewerkstellig word deurdat gestelde doelwitte in die gemeenskap bereik is (“I would like to emphasise that the support group is working ...”).

Tweedens is die skool waar die studie onderneem is bemaagtig. 'n MIV/VIGS-inligtingsentrum is by die skool begin, 'n MIV/VIGS-beleidsdokument opgestel en verhoogde ouerbetrokkeheid bewerkstellig ("... parents are now involved"). Benewens die verhoogde MIV/VIGS-kennis van ouers ("immediately that information does not stay in that house, they take it out ...") is die kennis van beide die leerders en mede-opvoeders by die skool uitgebrei ("that child has that knowledge, he can even transfer that; ... we can take all these kids and educate them about everything; my colleague came to me and asked for information ..."). Dit het weer gelei tot verhoogde groepskohesie en ondersteuning tussen opvoeders ("... here at the school we are sharing"), gevoelens van entoesiasme en motivering ("we are on our way ...; we are helping people ..."), asook belevinge van leierskap en eienaarskap ("... we are moving forward").

Derdens dui die resultate daarop dat individue bemaagtig is tydens die studie. Gevoelens van algehele bemaagtiging is geïdentifiseer ("... because we know everything ...; ... even if they ask questions from you, you are able to answer"), asook gevoelens van trots ("I am very proud; we are also building ourselves") en selfvertroue ("... they ask questions from you, you are able to answer"). Eienaarskap is bewerkstellig ("we are going ...; we have taken ...") en vlakke van motivering het toegeneem ("... we want to give support ... visit the family ... give them hope ..."). Hierbenewens is inisiatief geneem ("we as teachers, we must do these things ...") en leierskap bevorder ("what we are going to do, to organise ..."). Individue het fasiliteeringsvaardighede getoon ("... organise care givers; we as teachers we must take these things ...") en was in staat om doelwitte vir hulself te formuleer ("we want it to be big ...; always accomplish the goal ...; we going to have a variety of vegetables for winter and summer").

Wat die verhoogde hantering van MIV/VIGS deur die gemeenskap betref, is werkskepping en daarmee gepaardgaande inkomstegenerering bewerkstellig. Gemeenskapslede se kennis rekende MIV/VIGS is uitgebrei, wat moontlik in die toekoms kan lei tot 'n afname in MIV-infeksies binne die betrokke gemeenskap. Ondersteuningsgroepe vir MIV/VIGS-geïnfekteerde en -geïnfekteerde gemeenskapslede is gestig en ondersteuning gebied op emosionele vlak (byvoorbeeld ondersteunings-

groepe), geestelike vlak (byvoorbeeld saam bid en betrokkenheid by kerkorganisasies), asook materiële vlak (byvoorbeeld die uitdeel van kospakkette en die vestiging van 'n groentetuin as inisiatief vir inkomstegenerering).

Laastens is bepaalde gunstige veranderinge binne die gemeenskap bewerkstellig. Gemeenskapslede het aktief betrokke geraak by gemeenskapsinisiatiewe wat bygedra het tot skynbaar verbeterde hantering van MIV/VIGS. Hulle het vanaf 'n eksterne na 'n interne lokus van beheer beweeg, waar hulle eienaarskap geneem het vir die totstandkoming en opbou van gemeenskapsinisiatiewe. Hulle was ook in staat om progressief meer op bates, hulpbronne en sterktes binne die gemeenskap te fokus ('n bate-gebaseerde benadering in plaas van 'n behoefte-gebaseerde benadering).

Die bemagtiging op die onderskeie vlakke, verbeterde hantering van MIV/VIGS deur die gemeenskap en gunstige veranderinge in die gemeenskap, waaroor in die voorafgaande paragrawe gerapporteer is, stem ooreen met die bevindinge van Smart (2003), asook Cook (1998). Beide Smart (2003) en Cook (1998) beklemtoon die belangrikheid daarvan om die kapasiteite van gemeenskappe op alle vlakke te versterk en bemagtiging te fasiliteer, ten einde die MIV/VIGS-pandemie meer effektief te kan hanteer. Op dié wyse kan positiwe veranderinge op gemeenskapsvlak bewerkstellig word.

5. Bespreking van bevindinge

Teen die agtergrond van die groeiende voorkomssyfer van die MIV/VIGS, het die navorsingsprojek gepoog om die mobilisering van bates binne 'n landelike gemeenskap te fasiliteer ten einde die hantering van MIV/VIGS binne die betrokke gemeenskap te verbeter. Tien opvoeders is effektief bemagtig om die beskikbare bates en hulpbronne in die gemeenskap te identifiseer en te mobiliseer. Verder is hulle bemagtig om ander gemeenskapslede wat as potensiële bates dien, te fasiliteer. Netwerke is geskep en die opbou van verhoudings binne die gemeenskap voortdurend beklemtoon (vgl Ebersöhn & Eloff 2006, Ammerman & Parks 1998, Kretzmann & McKnight 1997 & 1993).

Deelnemers het dit aanvanklik moeilik gevind om op bates en hulpbronne te fokus en dikwels terugverwys na behoeftes en tekorte. Ammerman & Parks (1998) wat handel oor die voorbereiding van studente vir meer effektiewe gemeenskapsintervensie deur die gebruik van bate-assessering, het soortgelyke resultate verkry. 'n Algehele paradigmaskuif blyk noodsaaklik te wees om op 'n "half-vol" eerder as op 'n "half-leë" glas te fokus.

Die batekaartte het die deelnemers egter in staat gestel om toenemend meer op hulpbronne en bates te fokus. Deelnemers kon gevolglik uiteindelik die geselekteerde bates aan die hand van geformuleerde aksiestrategieë suksesvol binne die gemeenskap mobiliseer. Hulle het 'n groeiproses ondergaan en geleer om in terme van 'n "half-vol-glas"-benadering te kommunikeer. Hierdie bevinding word ondersteun deur dié van Ammerman & Parks (1998:10):

... some change occurred in the direction of including more assets-oriented information as important to community assessment [...] shifting student thinking toward a more assets or capacity building approach to community assessment.

Die eienaarskap en verantwoordelikheid vir die mobilisering van bates en hulpbronne binne die gemeenskap was te alle tye onder bestuur van die deelnemers, wat op hulle beurt die gemeenskapgebaseerde hantering gefasiliteer het. Dit het gelei tot die bemagtiging van beide die deelnemers en ander lede van die gemeenskap. Soortgelyke studies wat in die verlede binne MIV/VIGS-geteisterde gemeenskappe geloods is, steun dikwels ook op 'n bate-gebaseerde benadering (vgl Karnpsit 2000, Child Protection Society 1999, Cook 1998).

Die gevolgtrekking kan gemaak word dat die mobilisering van onbenutte bates binne die geselekteerde gemeenskap positiewe resultate opgelewer het. Die suksesvolle voltooiing van die drie inisiatiewe het daartoe gelei dat individue, die skool en die gemeenskap bemagtig is om die MIV/VIGS-uitdaging wat hulle in die gesig staar, beter te kan hanteer. Sodoende is algehele positiewe veranderinge in die gemeenskap bewerkstelling. Hierdie bevindinge is in ooreenstemming met die voordele van die bategebaseerde benadering, naamlik eienaarskap, onmiddellikheid, buigbaarheid, gedeelde verantwoordelikheid, relevansie en praktiese uitvoering van oplossings,

gemeenskaplike ondersteuning en 'n omgewing van besorgdheid, asook die opbou van individuele bevoegdhe en kapasiteite (Ebersöhn & Eloff 2006).

Verder is samewerking tussen gemeenskapsleiers, verteenwoordigers van MIV/VIGS-geïnfekteerde en -geaffekteerde persone, asook ander partye bewerkstellig (vgl ook Broughton 1999). In die proses is die gemeenskap se verantwoordelikheid en eienaarskap beklemtoon as die basis vir volhoubaarheid vir gemeenskapsgebaseerde hanteringsinisiatiewe, weens die feit dat die betrokkenheid by gemeenskapsprojekte gewoonlik tot 'n groter gevoel van verbintenis lei (vgl Richter *et al* 2004; Parker *et al* 1998).

Daar is bevind dat deelnemers self die hoofbron van motivering en dryfkrag vir die genoemde drie projekte was, wat waarskynlik voortgespruit het uit die feit dat hulle self die prioriteitsareas moes identifiseer. Deelnemers het hulle eie bates, vaardighede en talente aangewend om die prosesse van batemobilisering te fasiliteer by die skool en in die wyer gemeenskap. Deur die deelnemers se gevoel van bemagtiging was hulle dus in staat om ander lede in die gemeenskap te motiveer om ook hulle bates en talente aan te wend en uiteindelik gevoelens van gedeelde eienaarskap en bemagtiging te beleef. Kretzmann & McKnight (1997: 2) sluit by hierdie bevinding aan en noem dat individue die “enjin” is wat 'n gemeenskap laat groei. Dit is gewoonlik plaaslike individue wat in staat is om op individuele vlak, asook saam met ander, te kan werk om die gemeenskap se bates te mobiliseer.

6. Slotopmerking

In ons huidige samelewing en die omvang van die MIV/VIGS-uitdaging wat alle gemeenskappe tans in die gesig staar, is daadwerklike ingryping en prakties uitvoerbare hanteringstrategieë op grondvlak noodsaaklik. Die bategebaseerde benadering, meerspesifiek batemobilisering, blyk een moontlike strategie vir die hantering van MIV/VIGS te wees. Weens die feit dat hierdie vorm van hantering gesetel is in die gemeenskap wat 'n bepaalde uitdaging moet aanspreek, bevorder dit 'n gevoel van eienaarskap onder gemeenskapslede. Verder

word die belangrike feit dat individue dikwels oor die nodige vaardighede en hulpmiddele beskik om uitdagings te hanteer bevestig, ten spyte van gevoelens van hulpeloosheid en onvermoë wat dikwels sentraal staan wanneer 'n krisis in 'n gemeenskap ontstaan. Waar gemeenskappe dikwels geneig is om op eksterne bronne staat te maak vir hulp, soos die regering en ander instansies, moedig die bategebaseerde benadering hulle derhalwe aan om op interne bronne te steun.

Alhoewel die bategebaseerde benadering hier binne een spesifieke gemeenskap en binne die konteks van MIV/VIGS toegepas is, sal dit waarskynlik suksesvol geïmplementeer kan word in ander kontekste en gemeenskappe wat voor krisisse of uitdagings te staan kom. As sodanig kan dit moontlik oor 'n breë spektrum heen as gemeenskapgebaseerde hanteringstrategie toegepas word.

Bibliografie

- ALDWIN C M
1994. *Stress, coping, and development: an integrative perspective*. New York: Guilford.
- AMMERMAN A & C PARKS
1998. Preparing students for more effective community interventions: assets assessment. *Family and Community Health* 21(1): 32-46.
- BENDER G
2004. Community development. Ebersöhn & Eloff (red) 2004: 199-229.
- BERG B L
1998. *Qualitative research methods for the social sciences*. Boston: Allyn & Bacon.
- BOGDAN R C & S K BIKLEN
2003. *Qualitative research for education: an introduction to theories and methods*. New York: Pearson Education Group.
- BOUWER C
2005. Identification and assessment of barriers to learning. Landsberg *et al* (eds) 2005: 45-60.
- BROOKES H, O SHISANA & L RICHTER
2004. *The national household HIV prevalence and risk survey of South African children*. Cape Town: HSRC Publishers.
- BROUARD P, J MARITZ, J PIETERSE, B VAN WYK & F ZUBERI
2005. *HIV/AIDS in South Africa 2005: course companion to the CSA entry level course and general information source*. Pretoria: Centre for the Study of AIDS.
- BROUGHTON B
1999. *Guide to HIV/AIDS and development*. Sydney: Project Design & Management.
- CHILD PROTECTION SOCIETY
1999. *How can we help? Approaches to community-based care*. Harare: Child Protection Society and UNICEF.
- COHEN L, L MANION & K MORRISON
2003. *Research methods in education*. London: Routledge Falmer.
- CONNOLLY C, M COLVIN, O SHISANA & D STOKER
2004. Epidemiology of HIV in South Africa — Results of a national, community-based survey. *South African Medical Journal* 94(9): 776-81.
- COOK M R
1998. *Starting from strengths — community care for orphaned children*. Victoria: University of Victoria.
- CRESWELL J W
1998. *Qualitative inquiry and research design. Choosing among five traditions*. London: Sage.

- DENZIN N K & Y S LINCOLN (eds)
2000. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
2003. *The landscape of qualitative research. Theories and issues*. Thousand Oaks, Thousand Oaks: Sage.
- DE VOS A S
1998. *Research at grass roots. A primer for the caring professions*. Pretoria: Van Schaik.
- EBERSÖHN L & I ELOFF
2006. *Life skills & assets*. Pretoria: Van Schaik.
- EBERSÖHN L & I ELOFF I (eds)
2004. *Keys to educational psychology*. Cape Town: UCT Press
- FERREIRA R
2006. The relationship between coping with HIV&AIDS and the asset-based approach. Unpubl PhD thesis in Educational Psychology. Pretoria: University of Pretoria.
- FREEMAN M
2004. HIV/AIDS in developing countries: heading towards a mental health and consequent social disaster? *South African Journal of Psychology* 34(1): 139-59.
- GOW J & C DESMOND
2002. *The long term socio-economic impact of HIV/AIDS on children and the policy response in South Africa*. Durban: University of Natal.
- HENNING E, W VAN RENSBURG & B SMIT
2004. *Finding your way in qualitative research*. Pretoria: Van Schaik.
- HUNTER S & J WILLIAMSON
2000. *Children on the brink: executive summary: updated estimates and recommendations for intervention*. New York: UN Agency for International Development.
- INTERNATIONAL HIV/AIDS ALLIANCE
2000. *Care, involvement and action: mobilising and supporting community responses to HIV/AIDS care and support in developing countries*. London: Leycol Colour Printers.
- KARNPISIT T
2000. *Integration of AIDS into national development planning: the case of Thailand*. Bangkok: Petchrung Press.
- KRETZMANN J P & J L MCKNIGHT
1993. *Building communities from the inside out. A path toward finding and mobilizing a community's assets*. Chicago: ACTA Publications.
1997. *A guide to capacity inventories: mobilizing the community skills of local residents*. Chicago: ACTA Publications.
- LANDSBERG E, D KRÜGER & N NEL (eds)
2005. *Addressing barriers to learning: a South African perspective*. Pretoria: Van Schaik.

- LINCOLN Y S & E G GUBA
2003. Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. Denzin & Lincoln (eds) 2003: 253-91.
- LUCAS S
2004. *Community, care, change, and hope: local responses to HIV in Zambia*. Washington, DC: Social & Scientific Systems/The Synergy Project.
- MALLMANN S
2002. *Building resiliency among children affected by HIV/AIDS*. Windhoek: Catholic AIDS Action.
- MARAIS H
2005. *Buckling: the impact of AIDS in South Africa 2005*. Pretoria: Centre for the Study of AIDS, University of Pretoria.
- MAYAN M J
2001. *An introduction to qualitative methods: a training module for students and professionals*. Edmonton: International Institute for Qualitative Methodology.
- MERRIAM S B
1998. *Qualitative research and case study applications in education*. San Francisco: Sage.
- MERTENS D M
1998. *Research methods in education and psychology*. London: Sage.
- PARKER W, L DALRYMPLE & E DURDEN
1998. *Communication beyond AIDS awareness: a manual for South Africa*. Pretoria: Department of Health.
- PATTON M Q
2002. *Qualitative research & evaluation methods*. London: Sage.
- RICHTER L, J MANEGOLD & R PATHER
2004. *Family and community interventions for children affected by AIDS*. Cape Town: HSRC Publishers.
- SIMS M
2002. *Designing family support programs: building children, family and community resilience*. Altona: Common Ground Publishing.
- SMART R
2001. *Children living with HIV/AIDS in South Africa: a rapid appraisal*. Pretoria: Interim National HIV/AIDS Care and Support Task Team.
2003. *Children affected by HIV/AIDS in South Africa: a rapid appraisal of priorities, policies and practices*. Pretoria: Save the Children (UK).
- STAKE R E
2000. Case studies. Denzin & Lincoln (eds) 2000: 435-54.
- STANECKI K A
2002. The AIDS pandemic in the 21st century. Unpubl report on the XIV International Conference on AIDS, July 2002, Barcelona.

TERRE BLANCHE M &
K DURRHEIM

2002. *Research in practice: applied methods for the social sciences*. Cape Town: University of Cape Town Press.

TOWNSEND L & A DAWES

2004. Willingness to care for children orphaned by HIV/AIDS: a study of foster and adoptive parents. *African Journal of AIDS Research* 3(1): 69-80.

UN DEPARTMENT OF ECONOMIC
AND SOCIAL AFFAIRS

2005. *Population and HIV/AIDS 2005*. New York: United Nations Publication.

UN PROGRAMME ON HIV/AIDS

2000. *Report on the global HIV/AIDS epidemic*. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.

VAN DYK A C

2001. *HIV/AIDS care and counselling*. Cape Town: Pearson Education South Africa.

WORLD HEALTH ORGANISATION
(WHO)

1993. *AIDS home care handbook*. Geneva: World Health Organisation.

2000. *Fact sheets on HIV/AIDS: a desktop reference*. Geneva: World Health Organisation.