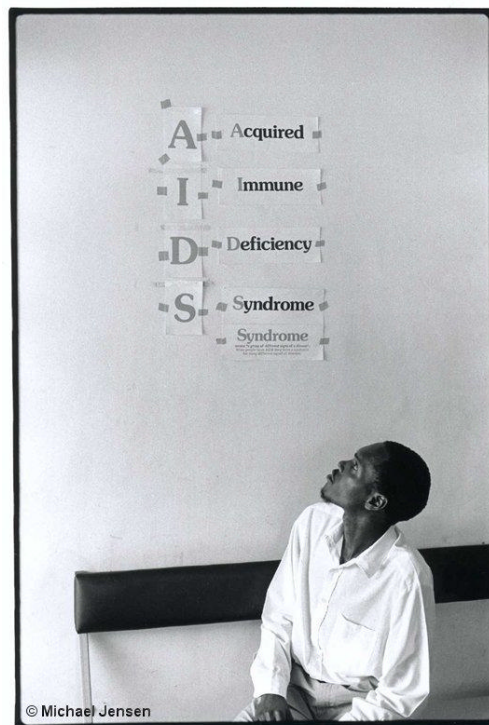

AIDSVOORLICHTING AAN ASIELZOEKERS

Onderzoek naar de determinanten van risicogedrag ten aanzien van HIV/Aids bij
Angolese, Sierraleoonse en Russisch-sprekende asielzoekers



Doctoraalscriptie in het kader van de opleiding Bedrijfscommunicatie aan de Faculteit der
Letteren van de Radboud Universiteit Nijmegen, mede in opdracht van Medische Opvang
Asielzoekers

Cathalijne Rodenburg (9911383)
September 2004
Begeleider: dr. H. Giesbers
Tweede beoordelaar: prof. dr. C. Jansen

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	1
Samenvatting	3
Voorwoord	7
1. Inleiding	9
2. Theoretisch kader	11
2.1 <i>Gedragsdeterminanten</i>	11
2.2 <i>Persuasieve voorlichting</i>	15
2.3 <i>Het belang van cultuur</i>	17
2.4 <i>De rol van culturele achtergronden bij Afrikanen</i>	18
2.5 <i>De rol van culturele achtergronden bij Russisch-sprekenden</i>	21
2.6 <i>Machtsrelaties tussen mannen en vrouwen</i>	23
3. Doel van het onderzoek en onderzoeksvragen	30
4. Methode	32
4.1 <i>Respondenten</i>	32
4.2 <i>Materiaal</i>	33
4.3 <i>Uitvoering</i>	35
5. Resultaten	36
5.1 <i>Kennis over HIV en Aids</i>	36
5.2 <i>Interne samenhang bij de stellingvragen</i>	39
5.3 <i>Regressie-analyse</i>	40
5.4 <i>De stellingen over man-vrouw verhoudingen</i>	42
5.5 <i>De stellingen over subjectieve norm en eigen effectiviteit</i>	45
5.6 <i>De stellingen over traditionele Afrikaanse overtuigingen</i>	46
5.7 <i>De stellingen over houdingen t.o.v. condoomgebruik, seksuele relaties en Aids</i>	48
5.8 <i>Correlaties tussen de stellingen over houdingen en man-vrouw verhoudingen</i>	49
6. Conclusies en discussie	51
6.1 <i>Onderzoeksvraag 1: kennis</i>	51
6.2 <i>Gebrek aan interne samenhang</i>	53
6.3 <i>Onderzoeksvraag 2: houdingen, subjectieve normen en eigen-effectiviteit</i>	54
6.4 <i>Onderzoeksvraag 3: traditionele Afrikaanse overtuigingen</i>	55
6.5 <i>Onderzoeksvraag 4: man-vrouw verhoudingen</i>	56
6.6 <i>Concrete aanbevelingen voor voorlichting</i>	58
7. Suggesties voor verder onderzoek	59
Literatuur	61
Bijlage 1: De vragenlijst	65
Bijlage 2: Engelse vertaling van de vragenlijst	69

Bijlage 3: Portugese vertaling van de vragenlijst	73
Bijlage 4: Russische vertaling van de vragenlijst	77
Bijlage 5: De uitnodigingsbrief	81
Bijlage 6: Engelse vertaling van de uitnodigingsbrief.....	83
Bijlage 7: Portugese vertaling van de uitnodigingsbrief	85
Bijlage 8: Russische vertaling van de uitnodigingsbrief	87
Bijlage 9: Uitkomsten van regressie-analyse.....	89
Bijlage 10: Gemiddelde antwoorden Afrikaanse respondenten op de stellingen	98
Bijlage 11: Gemiddelde antwoorden Russisch-sprekende respondenten op de stellingen.....	101

Samenvatting

Aids-voorlichting is op dit moment bijzonder actueel. Aids verspreidt zich in een razendsnel tempo, niet alleen in sub-Sahara Afrika maar ook in bijvoorbeeld de voormalige Sovjet Unie. Ook in Nederland hebben we hier mee te maken. Wie geneigd is te denken dat Aids in Nederland vooral een ziekte is die voorkomt onder homoseksuelen, heeft een achterhaald beeld. Volgens een recent onderzoek van het RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) is er tegenwoordig juist een snel groeiend aantal heteroseksuelen dat een risicogroep vormt. Onder deze groep zijn veel mensen die oorspronkelijk uit sub-Sahara Afrika komen (Op de Coul et al., 2003). De bevindingen van dit RIVM-rapport komen overeen met de ervaringen van de Medische Opvang Asielzoekers (MOA). Deze stichting concludeert dat er vaak HIV en Aids wordt geconstateerd onder asielzoekers, met name bij diegenen uit de sub-Sahara Afrika. Tevens blijkt de ziekte vaak voor te komen onder asielzoekers uit de voormalige Sovjet Unie. Daarnaast blijkt dat de kennis over HIV en Aids bij Afrikaanse asielzoekers en die uit de voormalige SU vaak gering is.

Kennis is uiteraard een belangrijke voorwaarde om veilig seksueel gedrag te vertonen. Maar omgedraaid gaat die redenering slechts voor een klein gedeelte op: het uiteindelijk gedrag van mensen wordt maar in zeer geringe mate bepaald door de kennis die men heeft. Er zijn veel meer aspecten die daarbij een veel belangrijkere rol spelen. Het uiteindelijke doel van Aids-voorlichting is altijd het beïnvloeden van gedrag. Het gaat er immers om mensen aan te zetten tot veilig vrijen of tot het doen van een Aids-test. Voor effectieve Aids-voorlichting is het daarom van groot belang om te weten welke aspecten op wat voor manier een rol spelen bij het seksueel gedrag van mensen.

Er is veel onderzoek gedaan naar determinanten die het gedrag beïnvloeden. Hierbij zijn belangrijke onderzoekers Fishbein & Yzer (2003). Zij presenteren het zogenaamde Integrative Model of Behavioral Prediction, welke inzicht geeft in de determinanten die het uiteindelijke gedrag van mensen bepalen. Volgens het Integrative Model of Behavioral Prediction wordt gedrag voorspeld door de gedragintentie en door vaardigheden en barrières. De gedragsintentie wordt weer beïnvloed door attitudes (houdingen) die men heeft ten opzichte van het gewenste gedrag, subjectieve normen en eigen effectiviteit. Subjectieve norm, oftewel de sociale druk, is opgebouwd uit twee componenten. Het eerste is het idee dat anderen denken dat je het gedrag zou moeten doen/ laten en het tweede is de motivatie om je te schikken naar de mening van die anderen. Eigen effectiviteit drukt de mate uit waarin men zichzelf in staat acht het gewenste gedrag uit te voeren. Overigens is kennis in dit model het beste terug te vinden onder attitude, omdat een attitude ten opzichte van een bepaald gedrag deels bepaald wordt door de kennis die men daarover heeft.

Gedrag wordt dus het beste voorspeld door de gedragintentie en door gepercipieerde barrières en vaardigheden. Een barrière is bijvoorbeeld: men heeft de intentie om condooms te gaan gebruiken alleen deze zijn nergens te koop. Zo is men toch niet in staat om het gewenste gedrag uit te voeren.

Houdingen, subjectieve normen en eigen effectiviteit verschillen per persoon. Ieder individu heeft zijn eigen ideeën over bijvoorbeeld het gebruik van condooms. Toch zijn veel houdingen en overtuigingen die men heeft óók cultuurbepaald. Aids-voorlichting heeft te maken met basale dingen als ziekte, dood, seks, gezondheid en relaties. In de ene cultuur kijkt men daar heel anders tegenaan dan in de andere cultuur. Zo schrijft Van Dyk (2001a en

2001b) dat veel Afrikanen diepgewortelde culturele overtuigingen hebben die het gebruik van condooms in de weg kunnen staan, zoals het geloof dat sperma heilzaam is voor de gezondheid van de vrouw en de ontwikkeling van de foetus en het belang dat gesteld wordt in traditionele genezers. Onderzoek van Van Niekerk (1996), Jansen (2003) en El-Karimy et al. (2001) lijken erop te wijzen dat dergelijke overtuigingen ook aanwezig zijn onder “verwesterde” en/of in Nederland wonende Afrikanen. Het ligt voor de hand om hier bij Aids-voorlichting rekening mee te houden.

Er is veel minder bekend over de relatie tussen Aids-voorlichting en culturele achtergronden van mensen uit de Sovjet Unie. Hoewel de ziekte Aids in dit gebied alarmerend snel groeit, is er op dit gebied nog maar weinig onderzoek gedaan. Wat voor culturele overtuigingen een rol spelen bij mensen uit deze gebieden, is onduidelijk. Wel kan men zich afvragen of bepaalde overtuigingen die door Van Dyk (2001a en 2001b) aangeduid worden als typisch Afrikaans, óók een rol spelen bij mensen uit de voormalige Sovjet Unie.

Per cultuur kan men ook heel anders denken over relaties en man-vrouw verhoudingen. In Nederland is men gewend vrij open te zijn en te kunnen praten over seks. Bovendien lijkt de laatste decennia steeds meer de overtuiging te bestaan dat mannen en vrouwen gelijkwaardig zijn. In veel andere culturen bestaan hierover heel andere overtuigingen. In ontwikkelingslanden is het meestal de man die de dienst uitmaakt en een machtspositie ten opzichte van de vrouw heeft. Van mannen wordt verwacht zich macho te gedragen en bij seks het initiatief te nemen. Vrouwen behoren zich veel passiever en ingetogener op te stellen. Praten over seks ligt meestal moeilijk. Als deze mensen hier in Nederland terechtkomen en asiel aanvragen, raken zij wellicht verward door de andere manier waarop Nederlandse mannen en vrouwen met elkaar omgaan.

Om effectiever Aids-voorlichtingsmateriaal te ontwikkelen voor asielzoekers in Nederland, is het van belang om meer inzicht te vergaren in hoe bovengenoemde aspecten een rol spelen bij asielzoekers. Voor dit onderzoek was er allereerst behoefte om meer te weten te komen over het kennisniveau van asielzoekers. Daarnaast was het belang om informatie in te winnen over houdingen, subjectieve normen en eigen effectiviteit ten opzichte van het voorkómen van HIV/Aids. Ook werd nagegaan hoe bepaalde culturele Afrikaanse overtuigingen een rol kunnen spelen in het seksuele gedrag van de proefpersonen en in hoeverre deze overtuigingen louter Afrikaans zijn maar ook voor kunnen komen onder andere culturele groepen. Tot slot werd gekeken naar hoe man-vrouw verhoudingen van belang zijn en hoe men aankijkt tegen de manier waarop Nederlandse mannen en vrouwen met elkaar omgaan. Man-vrouw verhoudingen horen in het Integrative Model of Behavioral Prediction van Fishbein & Yzer (2003) bij de determinant cultuur.

Twee groepen asielzoekers werden geselecteerd om deel te nemen aan het onderzoek: een groep van Afrikanen en een groep van Russisch-sprekenden. Deze groepen werden geselecteerd omdat HIV/Aids onder mensen uit deze gebieden het meest voorkomt. De Afrikanen bestonden uit Angolezen en Sierraleonen. De Russisch-sprekenden bestonden uit mensen uit Rusland, Tsjetsjenië, Oekraïne, Wit-Rusland, Georgië, Armenië en Azerbeidzjan. Het selecteren van slechts één etnische groep zou te weinig proefpersonen opleveren. Allerlei onderlinge culturele verschillen respecterend, kan men spreken van een algemeen Afrikaans of Russisch perspectief.

Er werd een vragenlijst ontwikkeld met vragen over Aids, seks, relaties, condoomgebruik en gezondheid. Sommige vragen werden in de vorm van een casus gegoten om sociaal

wenselijke antwoorden tegen te gaan. De vragenlijst werd vertaald in een taal die de respondenten machtig waren (meestal was dit hun moedertaal). Er werden Portugese (voor de Angolezen), Engelse (voor de Sierraleonen) en Russische (voor de Russisch-sprekenden) vertalingen gemaakt. De vertaalde vragenlijsten werden met behulp van tolken mondeling afgenomen onder in totaal 100 respondenten. De respondenten, in de leeftijd van 16 tot 35 jaar, woonden verspreid in de asielzoekerscentra van Helmond, Grave, Etten-Leur, Dongen, Oisterwijk, Burg-Haamstede en Middelburg.

Het bleek dat de Russisch-sprekende respondenten meer kennis over HIV/Aids hadden dan de Afrikaanse. Toch was onder beide groepen het kennisniveau niet bijzonder hoog. Men had niet alleen te weinig kennis, maar vooral foutieve kennis. Dikwijls was men van mening dat insectenbeten, aanrakingen, tongzoenen en gezamenlijk gebruik van toilet en drinkbekers mogelijke manieren van besmetting waren. Ook was het zo dat de respondenten hun kennis hoger inschatten dan daadwerkelijk het geval was.

De vragen over houdingen, subjectieve normen, eigen effectiviteit, culturele achtergronden en man-vrouw verhoudingen, bleken te weinig onderlinge samenhang te vertonen om ze samen te kunnen voegen tot nieuwe variabelen. Dit kan erop duiden dat de respondenten de vragen of de manier van ondervragen te moeilijk vonden, of zich ongemakkelijk voelden bij het onderwerp. Wellicht heeft men daarom enigszins willekeurig geantwoord. Een gebrek aan voldoende samenhang betekent geenszins dat de resultaten van de vragen onbruikbaar zijn geworden. In plaats van variabelen samen te voegen, werden nu gemiddeldes en correlaties berekend van iedere vraag afzonderlijk.

Regressie-analyse werd uitgevoerd om het gewicht te bepalen van de gedragsdeterminanten uit het model van Fishbein & Yzer (2003). Dit leverde geen bevredigende resultaten op. Het kan zijn dat het aantal respondenten te klein was om zinvolle regressie-analyse toe te passen. Het berekenen van gemiddeldes en correlaties per vraag bleek wel belangrijke informatie op te leveren.

Het bleek dat de respondenten zeer specifieke ideeën hadden over onderwerpen als seks, relaties, condoomgebruik en gezondheid. Condooms werden regelmatig geassocieerd met prostitutie, ontrouw en promiscuïteit. Er hing dus over het algemeen een vrij negatieve connotatie aan het woord condoom. Bovendien ligt praten over seks gevoelig. Verder is het mogelijk dat men gevoelig is voor groepsdruk en dacht men beter in staat te zijn zich te beschermen tegen het oplopen van HIV dan in werkelijkheid het geval is.

Het bleek dat Afrikaanse culturele overtuigingen zoals het idee dat het sperma van de man goed is voor de gezondheid van de vrouw en voor de groei van de baby in de buik, inderdaad voorkwamen onder de Angolese en Sierraleonense respondenten. Bovendien kwamen deze opvattingen ook voor onder de Russisch-sprekenden. Dit soort overtuigingen zijn dus niet puur Afrikaans.

Over man-vrouw verhoudingen bleek men heel anders te denken dan Nederlanders dat over het algemeen doen. De meeste respondenten vonden dat de man in een relatie de kostwinner moet zijn en bij seks de initiatiefnemer. De vrouw behoort meer afwachtend te zijn. Sommige asielzoekers vonden dat het uitmaakt wie er vreemd gaat: de man of de vrouw. Verder vond bijna iedereen dat vrouwen verkeerd bezig zijn als zij veel losse seksuele contacten hebben. Het beeld dat de ondervraagden hadden van hoe Nederlandse mannen en vrouwen in relaties met elkaar omgaan, verschilde nogal van hun eigen ideaalbeeld. Men vond dat Nederlanders

open zijn over seks, en het merendeel vond dat Nederlanders zelfs té vrij en open met seks omgaan. Daarnaast was het merendeel van mening dat jonge en ongetrouwde Nederlandse vrouwen er een vrij en ongebonden seksueel leven op na houden.

Deze bevindingen zijn belangrijk bij het ontwikkelen van nieuw Aids-voorlichtingsmateriaal aan de ondervraagde groepen asielzoekers. In plaats van houdingen en overtuigingen die het gebruik van condooms tegen gaan zonder meer te verwerpen, is het waarschijnlijk effectiever om dergelijke overtuigingen te integreren met voorlichting. Schrijvers van Aids-teksten moeten zich afvragen of het zin heeft om mensen met sterke negatieve houdingen ten opzichte van condoomgebruik toch proberen aan te zetten tot dit gebruik. Het kan in deze gevallen effectiever zijn om in voorlichting andere manieren van veilig gedrag te promoten, zoals het hebben van één sekspartner. Wellicht kan de hulp van voorlichters uit dezelfde cultuur als de doelgroep ingezet worden om de voorlichting beter te kunnen laten aansluiten bij ideeën en overtuigingen van de doelgroepen. Vervolgonderzoek moet zich richten op nog meer en verfijnder onderzoek naar de gedragsdeterminanten van verschillende culturele groepen en hoe deze bevindingen te verweven met Aids-voorlichting.

Voorwoord

In januari 2002 ging ik voor een half jaar naar Stellenbosch, Zuid-Afrika om onderzoek te doen naar Zuid-Afrikaanse Aids-voorlichtingsteksten. Vanaf het moment dat ik hoorde dat er mogelijkheden waren om stage te lopen in Zuid-Afrika, wilde ik er al heen en dat ik daar ook iets aan de studie zou moeten gaan doen, dat nam ik op de koop toe. Het land was zo mooi als ik had gehoopt, maar ook het onderzoek begon me steeds meer te interesseren. Zoveel, dat ik me er nog wel eens aan wilde wagen. Vandaar deze scriptie. Weliswaar betreft het een totaal ander onderzoek dan dat destijds in Stellenbosch, maar het centrale thema, Aids-voorlichting, komt er toch weer in terug. Misschien vind ik dit onderwerp zo interessant, omdat Aids alleen bestreden kan worden met voorlichting. Zelfs al komt er een medicijn, dan zal dit zeer waarschijnlijk niet toegankelijk zijn voor mensen in de Derde Wereld. Asielzoekers komen uit dat soort landen, en vormen een risicogroep door hun gebrek aan kennis en opleiding. Voorlichting is noodzakelijk, maar dan wel toegesneden op ideeën, tradities en gebruiken van de doelgroep. Deze scriptie hoopt hier iets meer inzicht in te geven.

In alle voorwoorden die ik ken, wordt steevast een waslijst aan mensen opgesomd die bedankt worden. Ik sluit mij aan bij deze gewoonte:

Allereerst de mensen van de Medische Opvang Asielzoekers: Sylvia Caro, Arianne Hazebroek, Magda van Gastel, Bea Schouten, Roman Kramer, Dirk-Jan v.d. Biggelaar en Thera Loeffen. Ik wil hen danken voor hun commentaar en hulp en vooral voor de ruimte die ze me gaven om zelf mijn onderzoek te definiëren en zelf op zoek te gaan naar antwoorden.

Mijn begeleider, Herman Giesbers, voor zijn enthousiasme en immer concrete en relevante commentaar. Dat onze gesprekken niet alleen over de scriptie gingen maar ook over onderwerpen zoals wereldvrede en kolonialisme, blijft me nog wel even bij.

Carel Jansen, voor zijn bereidheid om op te treden als tweede beoordelaar tijdens zijn verlof.

De vertalers van de vragenlijst naar het Portugees en het Russisch.

Berna Hendriks en Frank van Meurs, voor hun spontane aanbod om mij te helpen in mijn geworstel een goede Engelse vertaling te maken van m'n vragenlijst.

Maar het meeste heb ik geleerd van de respondenten zelf, de asielzoekers. Aan hen heb ik ook het meeste te danken: zonder hen geen scriptie. Eindelijk kon ik de bewoners van de asielzoekerscentra eens ontmoeten, in plaats van achter m'n bureautje proberen slimme dingen te zeggen over mensen die ik nog nooit ontmoet had. Ze kwamen vaak met hele verhalen aanzetten en het was jammer dat er niet meer tijd was om te praten. Vaak werd ik binnen uitgenodigd waar ik slappe oploskoffie met héél veel suiker, Russische snoepjes of Angolese koeken voorgeschoteld kreeg. We praatten dan over hun jarenlange asielprocedure, over hun land van herkomst, over hun kinderen, over wat ze van Nederland vinden, etc. Soms was er reden tot een flinke glimlach:

"U bent van de Medische Opvang? Ik heb last van mijn been, heeft u daar iets voor?"

Of:

"Mijn zoon is achttien, dit is een foto van hem. Iets voor u?"

Ik: "Ehm... nou, dat kan ik niet zo zeggen mevrouw."

"Nee? O. Nou, laat ik u toch zijn telefoonnummer geven. Of heeft u anders een vriendin die nog een man zoekt?" Een schrijnend voorbeeld van hoe ver mensen willen gaan voor een verblijfsvergunning.

Tot slot: ik heb veel te leuke en te gezellige huisgenoten om thuis te kunnen werken. En op de universiteit heb je na zo'n jaar of vijf ook genoeg mensen leren kennen om even mee koffie te gaan drinken in het Cultuurcafé. Wat dat betreft is het een wonder dat deze scriptie ooit af is gekomen.

Cathalijne Rodenburg
Nijmegen
september 2004

1. Inleiding

De laatste paar jaren is de aard van de Aids-problematiek in Nederland aanzienlijk veranderd. Waren voorheen homo- en biseksuele autochtone mannen de grootste risicogroep, tegenwoordig is er echter een snel groeiend aantal heteroseksuele allochtonen dat HIV-positief is, of het risico loopt besmet te raken. Uit een recent onderzoeksrapport van het RIVM, het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (Op de Coul et al., 2003), kwam naar voren dat, hoewel het aantal HIV-registraties onder homo- en biseksuele mannen nog steeds het grootst is, het aantal HIV-infecties onder heteroseksuelen het snelst groeiende is. Van deze groep is 35% van de mannen en 41% van de vrouwen afkomstig uit sub-Sahara Afrika (Op de Coul et al., 2003, p. 6).

Ervaringen van stichting Medische Opvang Asielzoekers (MOA) komen overeen met de bevindingen uit het rapport van het RIVM. Deze stichting houdt zich bezig met gezondheidsvoorlichting aan asielzoekers in Nederland en werkt nauw samen met de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD'en). Op 1 januari 2000 heeft het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA) de taken van de medische opvang namelijk landelijk overgedragen aan de GGD'en (www.ggdhartvoorbrabant.nl). De Medische Opvang Asielzoekers (MOA) is een landelijke organisatie; voor dit onderzoek is echter samengewerkt met de MOA Brabant en Zeeland. In dit verdere verslag zal MOA Brabant en Zeeland aangeduid worden als MOA.

Overeenkomstig de bevindingen van het RIVM-rapport geven verpleegkundigen en artsen van de MOA aan dat er vaak HIV en Aids wordt geconstateerd bij asielzoekers, met name bij die uit Afrika. Hetzelfde is het geval bij die uit de voormalige Sovjet Unie. Volgens het meest recente onderzoeksrapport van de WHO (Wereld Gezondheidsorganisatie) en Unaid (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) uit december 2003 verspreidt de ziekte zich zeer snel in Oost-Europa en Centraal Azië. In het bijzonder betreft dit de voormalige Sovjet Unie. Het probleem is hier (nog) niet zozeer het aantal geïnfecteerden, maar de snelheid waarmee de ziekte zich verspreidt. Eind 2002 waren er in totaal 229.000 mensen geregistreerd met HIV. Van dit aantal was er bijna een kwart (50.400) bijgekomen in dat jaar zelf, wat aangeeft hoe alarmerend snel de ziekte groeit. Bovendien gaat dit slechts om het aantal HIV-registraties: in werkelijkheid leven er veel meer mensen met HIV. Schattingen over het aantal HIV-geïnfecteerden in de voormalige Sovjet Unie variëren van 1 miljoen tot 1,5 miljoen. Volgens het rapport van de WHO en Unaid is de Aids-epidemie in de voormalige Sovjet Unie, gezien het snelgroeiende karakter van de ziekte, nog maar in haar beginfase.

Er is weinig bekend over de situatie onder asielzoekers in Nederland afkomstig uit de voormalige Sovjet Unie. MOA beschikt niet over precieze cijfers over het aantal HIV-besmettingen bij deze groep, maar gezien de situatie in het land van herkomst is de veronderstelling dat asielzoekers uit de voormalige Sovjet Unie een risicogroep vormen, te rechtvaardigen.

Het is mogelijk dat de standaard voorlichting die voor Nederlanders effectief is gebleken, niet dezelfde effecten bereikt bij mensen afkomstig uit landen in Afrika en de voormalige Sovjet Unie. Mensen uit deze gebieden hebben culturele achtergronden die anders zijn dan die van Nederlanders. Hierdoor kan het zijn dat deze mensen verschillen van Nederlanders in wat zij overtuigende Aids-voorlichting vinden. Het is uiterst belangrijk om hier rekening mee te houden. Problemen met Aids-voorlichting aan allochtonen zijn niet alleen taalproblemen. Er kan niet worden aangenomen dat een allochtoon die de Nederlandse taal beheerst, ook een

waardepatroon heeft dat overeenkomt met die van de Nederlandse cultuur. Nieuwe en extra inspanningen wat betreft voorlichting in Nederland zijn dus noodzakelijk.

MOA heeft deze conclusie reeds jaren geleden getrokken. De stichting heeft ruime ervaring met het geven van Aids-voorlichting aan asielzoekers en heeft verschillende projecten lopen waarbij voorlichting in eigen taal en cultuur (VETC) door voorlichters uit de doelgroep gegeven wordt. (Van der Burgt et al., 1999, Baltus et al., 2003 en Kocken et al., 2003). Voorlichters Eigen Taal en Cultuur zijn door het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) opgeleid tot gezondheidsvoorlichter. “Door hun allochtone achtergrond zijn zij goed op de hoogte van de opvattingen over gezondheid en ziekte in hun streek van herkomst. Hierdoor ligt hun kracht in het slaan van bruggen tussen hun eigen cultuur en de Nederlandse cultuur.” (Baltus et al., 2003, p. 9)

Naast de relatief vele HIV-gevallen is tijdens counseling en voorlichtingen door de sociaalverpleegkundigen van MOA gebleken dat de kennis onder asielzoekers over HIV en Aids onvoldoende aanwezig is. Omdat counseling alleen uitgevoerd wordt op verzoek van de cliënt of de hulpverlener, raakt men hiermee slechts de top van de ijsberg. De verwachting is dat asielzoekers die niet in contact komen met hulpverlening ook onvoldoende kennis over dit onderwerp hebben. Overigens dient hierbij al nadrukkelijk opgemerkt te worden dat alleen kennisvermeerdering niet voldoende is om gedragsveranderingen te bereiken. Bij het beïnvloeden van het gedrag spelen andere determinanten een minstens zo belangrijke rol, zoals verderop beargumenteerd zal worden.

Zodra een vluchteling asiel aanvraagt bij een aanmeldcentrum begint zijn of haar asielprocedure. Deze kan jaren duren. Het COA heeft drie verschillende soorten opvangmodaliteiten:

- Opvang- en Onderzoekscentrum (OC); dit is waar de asielzoeker vanuit het aanmeldcentrum terechtkomt. Het OC is bedoeld voor grootschalige en korte opvang. Na maximaal drie maanden wordt de asielzoeker overgeplaatst naar een Asielzoekerscentrum of Aanvullende Opvang (tenzij er voor die tijd al een einde is gekomen aan de procedure).
- Asielzoekerscentrum (AZC); dit is een grootschalige, langdurende opvangmodaliteit.
- Aanvullende Opvang (AVO); dit is een kleinschalige, langdurende opvangmodaliteit in bijvoorbeeld bungalowparken of campings.

Overigens is men op initiatief van minister Verdonk thans bezig met het realiseren van zogenaamde *vertrekcentra*, bedoeld voor uitgeprocedeerde asielzoekers die terug moeten naar het land van herkomst.

Tijdens de opvang krijgen de asielzoekers medische voorlichting van MOA. Medewerkers van MOA zijn sociaal verpleegkundigen, praktijkverpleegkundigen, GVO-verpleegkundigen (gezondheidsvoorlichting en opvoeding), JGZ-verpleegkundigen (jeugdgezondheidszorg), JGZ-artsen, sociaal geneeskundigen en administratieve medewerkers.

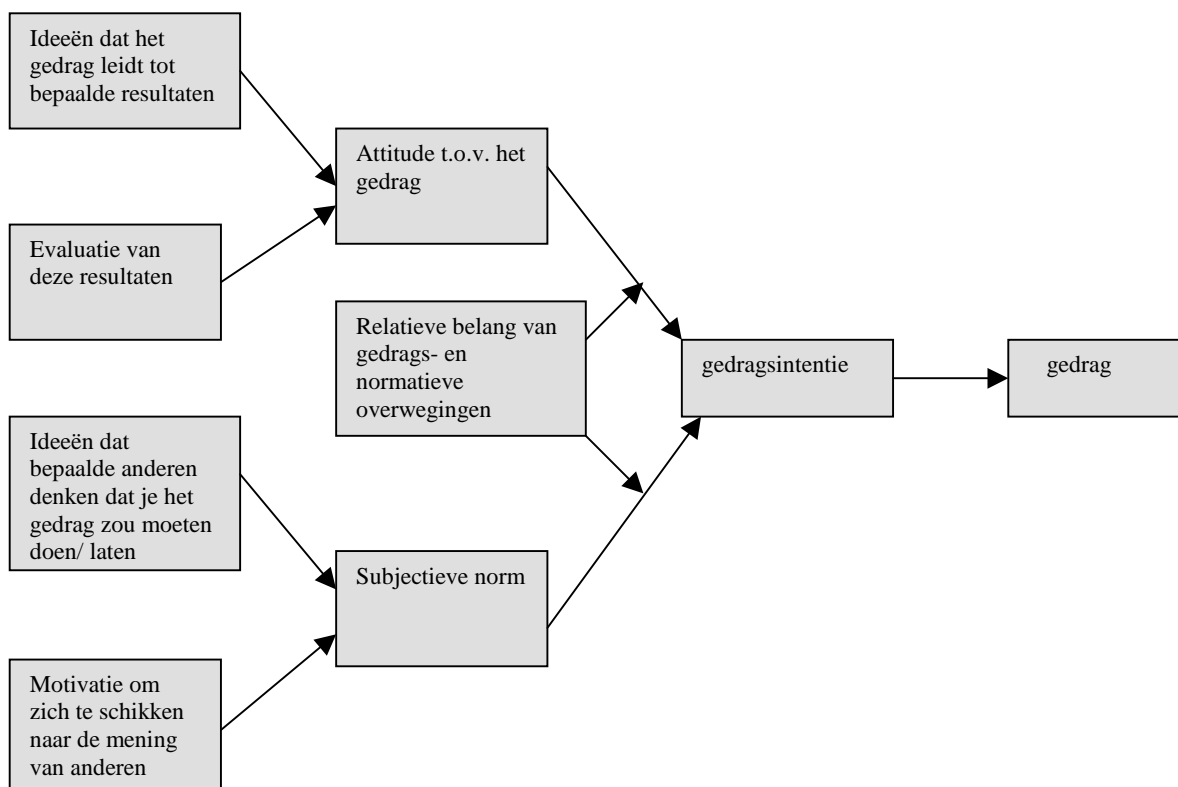
Behalve het geven van (preventieve) voorlichting doet MOA ook regelmatig onderzoek naar voorlichtingsbehoeften en naar de effecten van bepaalde voorlichtingsprogramma's. MOA heeft echter nog geen gegevens beschikbaar die inzicht geven in wat voor kennis asielzoekers precies hebben over HIV en Aids en hoe culturele achtergronden een rol kunnen spelen bij Aids-voorlichting. Met het onderzoek dat hieronder beschreven wordt, wordt getracht daaraan een bijdrage te kunnen leveren, zodat het Aids-voorlichtingmateriaal van MOA in de toekomst beter aansluit bij de behoeften van de doelgroep.

2. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk zal allereerst gekeken worden naar de determinanten die van invloed zijn op het (menselijk) gedrag. Vervolgens zal het begrip *persuasieve voorlichting* belicht worden. Daarna zal aandacht besteed worden aan culturele achtergronden en machtsrelaties tussen mannen en vrouwen. Ten slotte wordt stil gestaan bij het probleem van sociale wenselijkheid in survey-onderzoek.

2.1 Gedragsdeterminanten

Het ultieme doel van Aids-voorlichting is uiteraard het beïnvloeden van het gedrag. Perloff (2001, p. 17 en 18) bespreekt de Theory of Reasoned Action (TRA), ontwikkeld door Ajzen & Fishbein (1980). Deze theorie zegt dat gedrag het beste voorspeld wordt door de gedragsintentie. Deze laatste wordt op zijn beurt weer beïnvloed door de attitude, de subjectieve norm en de eigen-effectiviteit. Attitude kan omschreven worden als iemands oordeel dat het vertonen van een bepaald gedrag goed of slecht is en is opgebouwd uit twee componenten: *ideeën dat het gedrag leidt tot bepaalde resultaten* en *evaluatie van deze resultaten*. De subjectieve norm is tevens opgebouwd uit twee componenten: *ideeën dat bepaalde anderen denken dat je het gedrag zou moeten doen/ laten* en *de motivatie om zich te schikken naar de mening van bepaalde anderen*. Al deze componenten kunnen dus invloed hebben op de gedragsintentie. Binnen dit model is kennis het beste terug te vinden onder “ideeën dat het gedrag leidt tot bepaalde resultaten.” In schema ziet het er zo uit:



Figuur 1: De Theory of Reasoned Action van Ajzen en Fishbein. Overgenomen uit Perloff (2001, p.19).

Kok (1992) bespreekt deze theorie ook, maar noemt deze het Model van Beredeneerd Gedrag¹. Deze naam zou misverstanden kunnen oproepen, omdat de lezer bij het woord “beredeneerd” zou kunnen denken dat het hier altijd om rationeel gedrag gaat. Kok benadrukt dat dit niet is wat bedoeld wordt met de term beredeneerd gedrag. Beredeneerd gedrag hoeft niet altijd verstandig en rationeel gedrag te zijn, maar kan ook volkomen irrationele en onverstandige redenen hebben. Waar het om gaat is dat de persoon zelf denkt dat die redenen goed zijn. Desondanks wordt er in de TRA geen aandacht besteed aan emotionele en psychologische factoren. Perloff (2001, p.31) zegt dat juist bij seksueel gedrag deze factoren veel invloed kunnen hebben. Voorbeelden van emotionele en psychologische factoren zijn lust, eenzaamheid, verhogen van eigendunk, behoefte aan intimiteit en behoefte aan ontspanning. In de TRA zijn dergelijke factoren niet terug te vinden, terwijl ze wel van invloed zijn op het uiteindelijke gedrag.

Er zijn nog meer gedragsdeterminanten die niet aan bod komen in bovenstaand model van de TRA. Het is daarom zinvol om de theorie uit te breiden met twee componenten: self-efficacy en obstakels. Dit zijn namelijk ook hele goede gedragsvoorspellers, zoals Van Dyk (2001a, p. 87 en 88) uitlegt. Self-efficacy (eigen effectiviteit) is het vertrouwen dat iemand heeft dat hij/zij in staat is om het gewenste gedrag uit te voeren. Mensen met een high self-efficacy zijn meer gemotiveerd om nieuwe situaties en nieuw gedrag te beheersen en zijn meer consequent in hun pogingen om bepaalde doelen te bereiken dan mensen met een low self efficacy. Onderzoek wijst uit dat low self-efficacy positief correleert met hoogrisico gedrag in seksuele relaties en met een terughoudendheid om dat gedrag te veranderen. (Van Dyk, 2001a, p. 87)

Met obstakels wordt het volgende bedoeld: volgens Van Dyk (2001a, p. 87 en 88) kan een positieve intentie/ attitude/ subjectieve norm/ self-efficacy jegens een bepaald gedrag onderdrukt worden als een persoon zijn enthousiasme verliest om dat gedrag over te nemen vanwege veronderstelde obstakels en moeilijkheden. Deze kunnen van emotionele en/of psychologische aard zijn. Van Dyk geeft een aantal voorbeelden van obstakels:

- Mensen zullen geen condooms gebruiken als ze het stressvol vinden om hiermee te beginnen of om dit te blijven doen.
- Intolerantie van de maatschappij jegens bepaalde vormen van veilige seks kan het moeilijker maken voor sommigen om hun gedrag te veranderen.
- Een sekspartner die veilige seks niet stimuleert of zelfs afwijst.
- Een gebrek aan goede communicatieve vaardigheden kan veilige seks in de weg staan. Veel mensen hebben er moeite mee om over condooms te beginnen met een partner.
- Mensen weten soms niet goed hoe om te gaan met een partner die weigert condooms te gebruiken.
- Het is erg moeilijk voor mensen om hun gedrag te veranderen als hen geen alternatief gedrag voorgesteld wordt.
- Een fatalistische kijk op het leven kan verandering in seksueel gedrag verhinderen. Bijvoorbeeld: “Als ik besmet word met HIV, kan ik nog vele jaren leven. Maar als ik straks word teruggestuurd naar mijn land van herkomst, ben ik mijn leven meteen al niet meer zeker.”
- Het gebruik van alcohol en drugs staan verantwoordelijke beslissingen dikwijls in de weg.

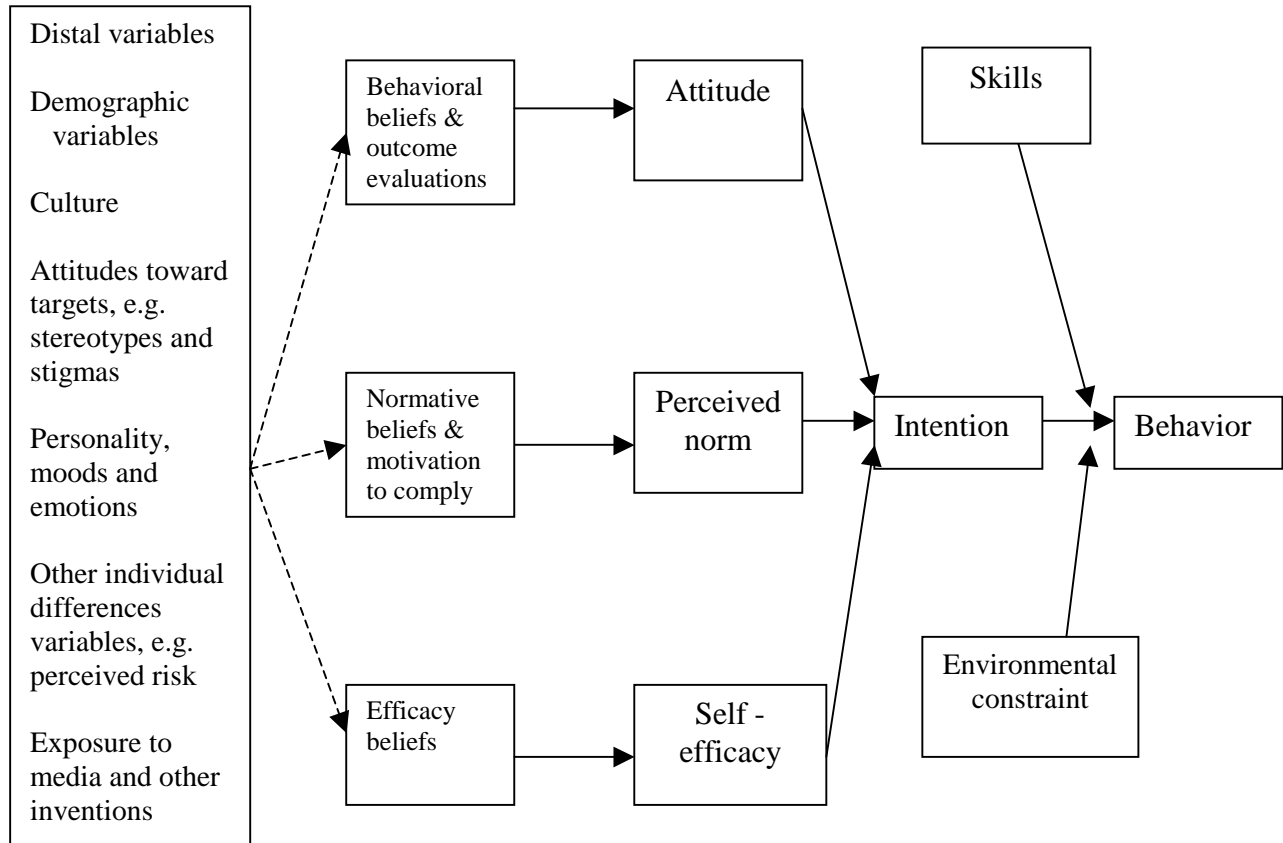
De uitgebreide TRA laat zien dat er vele determinanten zijn die invloed hebben op het gedrag. Kennis, houding, subjectieve norm en eigen-effectiviteit spelen allen een rol. Het is belangrijk

¹ Het gaat hier om een letterlijke vertaling van de Theory of Reasoned Action van Fishbein en Ajzen. Kok verwijst bij de bespreking van het Model van Beredeneerd Gedrag namelijk naar deze auteurs.

om hiervan bewust te zijn bij Aids-voorlichting. Kok (1992) noemt als veelgemaakte fout bij gezondheidsvoorlichting de gedachte dat kennis voldoende is om het gedrag te veranderen. Maar zelden is het zo dat kennis alleen een gedragsverandering kan bereiken (p. 13). Vaak weten mensen heel goed dat onveilig vrijen risico's met zich meebrengt, maar blijven ze dit doen, bijvoorbeeld omdat ze het idee hebben niet in staat te zijn te beginnen met het gebruiken van condooms. Een belangrijk advies dat Kok in dit kader geeft is: "Ga altijd eerst zorgvuldig na wat de redenen zijn van de doelgroep voor het ongewenste en gewenste gedrag en baseer de interventie daarop." (p. 14).

Fishbein & Yzer (2003) hebben een vollediger en recenter model ontwikkeld van de Theory of Reasoned Action, te weten het Integrative Model of Behavioral Prediction. Hierin zijn alle bovengenoemde componenten (attitude, subjectieve norm, eigen effectiviteit (self-efficacy) en obstakels) opgenomen. Bovendien heeft het model ruimte voor nog meer gedragsdeterminanten. Het is dus een zeer uitgebreid model.

Figuur 2 toont dit Integrative Model of Behavioral Prediction. De subjectieve norm uit de TRA is hier *perceived norm* genoemd en wordt bepaald door *normative beliefs* en *motivation to comply*. Deze zijn hetzelfde als *ideeën dat bepaalde anderen denken dat je het gedrag zou moeten doen/ laten* en *de motivatie om zich te schikken naar de mening van bepaalde anderen*, zoals ze in de TRA zijn genoemd. Ook de *behavioral beliefs* en *outcome evaluations* zijn hetzelfde als *ideeën dat het gedrag leidt tot bepaalde resultaten* en *evaluatie van deze resultaten*. Het gedrag is onder andere afhankelijk van *skills* en *environmental constraint*. Deze twee samen kunnen obstakels genoemd worden, maar zijn hier gescheiden omdat *environmental constraints* buiten de persoon vallen en *skills* binnen de persoon.



Figuur 2: Integrative Model of Behavioral Prediction van Fishbein & Yzer (2003, p. 167).

Volgens Fishbein en Yzer is het dankzij veel onderzoek zeker dat de gedragsintentie direct beïnvloed wordt door attitudes, subjectieve normen en eigen effectiviteit. Dat deze op hun beurt weer beïnvloed worden door gedrags-, normatieve - en effectiviteitsideeën, staat ook vast. Maar op wat voor manier de variabelen in de linkerkolom van het model invloed uitoefenen op de gedragsintentie, is nog niet helemaal duidelijk. Die invloed is niet direct, vandaar dat zij “distal variables” worden genoemd en met een stippellijn zijn weergegeven.

Fishbein & Yzer (2003) zeggen dat als een persoon een sterke intentie heeft om een bepaald gedrag te vertonen, hij/zij beschikt over de vaardigheden (skills) om dat gedrag te vertonen en hij/zij geen barrières (environmental constraints) tegenkomt, de persoon het gedrag naar alle waarschijnlijkheid ook inderdaad zal uitvoeren. Fishbein en Yzer (2003) stellen verder nadrukkelijk dat een persoon of een groep personen die de intentie hebben om bijvoorbeeld condooms te gebruiken maar dit niet doen vanwege barrières of een gebrek aan vaardigheden, heel andere voorlichting nodig hebben dan een persoon of een groep personen die geen of weinig intentie hebben om condooms te gaan gebruiken. In het eerste geval dient bij voorlichting de nadruk gelegd te worden op skills en environmental constraints. In het tweede geval echter, dient de voorlichting zich te richten op attitude, subjectieve norm en/of eigen effectiviteit. Daarbij dient allereerst het relatieve belang van deze drie determinanten worden bepaald. Bij de ene groep mensen kan het wel of niet uitvoeren van een bepaald gedrag voornamelijk worden bepaald door de attitude, terwijl bij een andere groep mensen het wel of niet uitvoeren van datzelfde gedrag bepaald wordt door de eigen effectiviteit (of door de subjectieve norm). Fishbein & Yzer (2003): “Thus, before developing communications to change intentions, it is important to first determine the degree to which that intention is under attitudinal, normative, or self-efficacy control in the population in question.” (p. 167). Kok (1992) zegt in dit verband dat onderzoekers niet zelf kunnen bepalen wat voor de doelgroep de redenen voor een bepaald gedrag zijn. Dat is iets wat eerst aan de doelgroep gevraagd dient te worden. (p. 22). Als men bijvoorbeeld een campagne verzint die gericht is op attitudebeïnvloeding, terwijl de werkelijke reden voor het ongewenste gedrag te maken heeft met sociale druk, dan heeft zo’n campagne geen zin.

Bij het Integrative Model of Behavioral Prediction dienen twee opmerkingen geplaatst te worden. De eerste is dat het model uitgaat van de gedragsintentie van één persoon, terwijl er bij seksueel gedrag twee partijen betrokken zijn. Dit heeft tot gevolg dat het individu niet in z’n eentje beslist over het te vertonen gedrag. Of er veilig gevreeën wordt, hangt dus niet louter af van de gedragsintentie van één individu. Iemand kan bijvoorbeeld de intentie hebben om condooms te gebruiken, maar als de partner dat niet wil en deze partner is dominantier dan de ander, dan resulteert dat toch in onveilig gedrag. In § 2.6 zal blijken dat in arme landen het meestal de man is die de dienst uitmaakt. Deze opmerking geeft aan, net zoals Fishbein en Yzer zelf zeggen, dat er tussen de gedragsintentie en het gedrag nog veel zaken een rol spelen.

De tweede opmerking is dat het model de indruk wekt dat gedragsverandering altijd vooraf gegaan wordt door veranderingen in attitude, subjectieve norm en/of eigen-effectiviteit. Volgens Van Woerkum & Van Meegeren (1999) hoeft dit echter niet zo te zijn. Het kan ook zijn dat mensen naar hun gedrag kijken en daaruit afleiden wat hun attitude is (p. 93). Als iemands gedrag niet overeenkomt met zijn of haar attitude, treed er cognitieve dissonantie op. Dit kan tot gevolg hebben dat een persoon zijn of haar gedrag aanpast; het kan echter ook gebeuren dat die persoon in plaats van zijn/haar gedrag, zijn/haar attitude aanpast. Deze twee opmerkingen zijn nauwelijks punten van kritiek te noemen, maar eerder aandachtspunten. Het Integrative Model of Behavioral Prediction kan veel van het menselijk gedrag verklaren.

2.2 *Persuasieve voorlichting*

Pas als eenmaal duidelijk is geworden waarom mensen een bepaald gedrag vertonen, kan de volgende vraag gesteld worden: hoe is dat gedrag te veranderen? Hier (en niet eerder) dient voorlichting een rol te gaan spelen. Dit onderzoek heeft onder andere als doel inzicht te verkrijgen in de gedragdeterminanten van bepaalde groepen asielzoekers. Het ontwikkelen van goede voorlichting die aansluit bij de bevindingen van dit onderzoek, is de logische volgende stap. Daarom is het nuttig om stil te staan bij het begrip voorlichting.

Voorlichting is vaak een vorm van persuasieve communicatie. Het is moeilijk om een onderscheid te maken tussen persuasieve voorlichting en andere vormen van persuasieve communicatie. Volgens Van Woerkom & Van Meegeren (1999) lijken commerciële reclamecampagnes en voorlichtingscampagnes vaak sprekend op elkaar. Het enige duidelijke verschil is waarschijnlijk dat voorlichting (meestal) in het belang van de ontvanger of van het collectief is. De auteurs definiëren persuasieve voorlichting daarom als: “een boodschap in het belang van een ontvanger of collectief, die erop gericht is de respons van een ontvanger, of ontvangers te vormen, te bekrachtigen of te verminderen.” (p. 82).

Persuasieve voorlichting wordt dus ingezet om één of meerdere gedragsdeterminanten te beïnvloeden. Dit is een zeer complexe zaak. Zo kunnen mensen met dezelfde attitude ten opzichte van een bepaald gedrag toch anders reageren op dezelfde voorlichtingsboodschap. Dit komt omdat mensen voorlichting verschillend kunnen verwerken. Het *Elaboration Likelihood Model* (ELM) van Petty & Cacioppo (1986) zegt dat persuasieve boodschappen centraal en/of perifeer verwerkt worden. Iemand die een boodschap centraal verwerkt, denkt goed inhoudelijk na over de gegeven argumenten en weegt deze kritisch tegen elkaar af. Iemand die een boodschap perifeer verwerkt, denkt veel minder na over de inhoud van de boodschap maar laat zich meer leiden door bijvoorbeeld de vorm van de boodschap, de betrouwbaarheid van de bron en hoe andere mensen erover denken. Mensen die betrokken zijn bij het onderwerp, gemotiveerd zijn en vaardig zijn, zullen veel sneller een boodschap centraal verwerken. Mensen gaan dus pas over zaken nadenken als ze in staat zijn en gemotiveerd zijn dat te doen. Het onderscheid tussen de twee manieren van verwerking betekent niet dat ze elkaar wederzijds uitsluiten. Meestal verwerken mensen een boodschap voor een deel centraal, en voor een deel perifeer.

Hoeken (1998, p. 93) schrijft over consequentiebetrokkenheid. Dit sluit zeer nauw aan bij het ELM van Petty & Cacioppo. Consequentiebetrokkenheid verwijst naar de betrokkenheid die ontstaat als mensen er veel belang bij hebben een correcte attitude te hebben. Naarmate de gevolgen van een bepaald gedrag groter worden, is iemand meer gemotiveerd om het juiste gedrag te vertonen. Iemand zal bijvoorbeeld meer gemotiveerd zijn de juiste beslissing te nemen als het gaat om het kopen van een auto dan om het kopen van een tandenborstel. Hoeken legt uit dat een hogere consequentiebetrokkenheid de motivatie verhoogt om een correcte attitude te hebben. De beste garantie voor een correcte attitude is een zorgvuldige afweging van de argumenten die gegeven worden om het product aan te schaffen of om het gewenste gedrag te vertonen. Dit betekent dat een hogere consequentiebetrokkenheid zou moeten leiden tot een hogere motivatie om de argumenten zorgvuldig af te wegen. Je kunt er dus vanuit gaan dat mensen met een hoge consequentiebetrokkenheid een boodschap centraal verwerken.

Dit is interessant wanneer het gaat om Aids-voorlichting, omdat voorlichters er wellicht bewust of onbewust van uitgaan dat iedereen een hoge consequentiebetrokkenheid heeft: het

gaat hier tenslotte om een dodelijke ziekte. Het zou dus kunnen dat er bij Aids-voorlichting meestal ingespeeld wordt op de centrale route (dit houdt dus in dat er inhoudelijke argumenten gegeven worden). De vraag rijst echter of dit altijd zonder meer effectief is: er zijn namelijk ongetwijfeld een heleboel mensen die juist een lage consequentebetrokkenheid hebben, omdat zij vinden dat het risico van Aids-verspreiding niet op hen van toepassing is, of omdat ze zich niet in staat voelen iets te veranderen aan hun huidige gedrag. Voorlichters moeten dus niet rekening houden met wat voor attitudes, subjectieve normen, eigen effectiviteit etc. een rol spelen, maar ook met de mate van betrokkenheid van de doelgroep bij het onderwerp.

Van Woerkom & Van Meegeren (1999) zijn van mening dat attitudeverandering via de centrale route duurzamer is dan attitudeverandering via de perifere route (p. 97). Het is daarom van belang om het bewustzijn, de aandacht, de motivatie en de betrokkenheid van een laaggemotiveerde doelgroep te vergroten, vóórdat er gestreefd wordt naar het beïnvloeden van de gedragsdeterminanten. Het is echter verre van eenvoudig om iemands motivatie en betrokkenheid te vergroten. Daarom kan het zinvol zijn om, zolang mensen (nog) niet betrokken zijn bij een onderwerp, ook in te spelen op de perifere route. Volgens Perloff (2001) is het belangrijk dat gemotiveerde mensen voorlichting krijgen die gericht is op verwerking via de centrale route, terwijl minder gemotiveerde mensen meer hebben aan voorlichting die gericht is op verwerking via de perifere route. Er kunnen dan gaandeweg, als de doelgroep meer betrokken raakt, steeds meer inhoudelijke argumenten gegeven worden (p. 81).

Het gebruik van *fear appeals* is het laatste aspect van persuasieve voorlichting waar op deze plek aandacht aan besteed dient te worden. Ik wil hier aandacht aan besteden omdat fear appeals vaak ingezet worden bij Aids-voorlichting en deze, mits goed gebruikt, bijzonder effectief kunnen zijn. Perloff (2001, p.75) omschrijft een fear appeal als volgt: “a persuasive communication that tries to scare people into changing their attitudes by conjuring up negative consequences that will occur if they do not comply with the message recommendations.” Perloff zegt dat er onenigheid heerst over de vraag of fear appeals het beoogde effect hebben: de één gelooft dat fear appeals werken, terwijl de ander juist beweert dat mensen in paniek kunnen raken door fear appeals. Volgens Perloff wijst onderzoek uit dat fear appeals alleen werken wanneer er naast de negatieve consequenties (threat component) van een bepaald gedrag ook suggesties worden gegeven om deze negatieve consequenties te voorkomen (efficacy component).

Niet alleen threat en efficacy componenten dienen op een juiste manier gebruikt te worden bij fear appeals. Ook de culturele achtergrond van de doelgroep is hierbij van belang. Murray-Johnson et al. (2001) deden twee experimenten waarin dezelfde fear appeal op twee verschillende manieren werd gebracht: bij de ene variant werden de gevolgen van HIV en Aids voor het individu benadrukt en bij de andere variant de gevolgen voor de groep, bijvoorbeeld de familie. Het eerste experiment bracht niet de informatie waarop men gehoopt had. Daarom werd er een tweede experiment gedaan. Bij dit tweede experiment werden Amerikaanse en Taiwanese studenten als proefpersonen geselecteerd. Vooraf werd gedacht dat de Amerikanen meer individualistisch georiënteerd zouden zijn en daarom meer overtuigd zouden raken van de variant waarin de gevolgen van HIV en Aids voor het individu benadrukt werden. Bij de Taiwanese werd verondersteld dat zij meer collectivistisch georiënteerd waren en daarom het meest overtuigd zouden raken van de variant waarin de gevolgen voor de groep benadrukt werden. Verrassend genoeg bleek deze voorspelling slechts ten dele te kloppen. Het bleek correct dat collectivistische groepen meer overtuigd raakten door de

collectivistische variant en individualistische groepen meer door de individualistische variant, maar de aanname dat Amerikanen meer individualistisch georiënteerd zouden zijn en de Taiwanese meer collectivistisch, bleek onjuist. Murray-Johnson et al. (2001) stellen daarom dat het belangrijk is om bij het gebruik van fear appeals rekening te houden met de culturele achtergrond van de doelgroep, maar dat men voorzichtig moet zijn met het vooraf conclusies trekken over wat die culturele achtergrond is. Voorlichters moeten hiervan op de hoogte zijn en hier rekening mee houden.

Overigens wijst Kok (1992, p. 28 en 29) erop dat voorlichting niet de enige manier is waarmee geprobeerd kan worden om gedrag te veranderen. Ook voorzieningen en regulering zijn van belang. Als mensen via voorlichting opgeroepen worden om condooms te gebruiken, moeten die wel gemakkelijk en goedkoop verkrijgbaar zijn. Binnen het Integrative Model of Behavioral Prediction van Fishbein & Yzer (2003) vallen voorzieningen en reguleringen onder *environmental constraints*. Daarnaast zegt Kok dat voorlichting gericht moet zijn op de lange termijn. Wanneer er positieve resultaten geboekt worden op korte termijn, betekent dit geenszins dat de voorlichting kan stoppen. Vaak vallen mensen na verloop van tijd weer terug in hun oude gewoontes.

2.3 *Het belang van cultuur*

Onder de “distal variables” van het Integrative Model of Behavioral Prediction is ook een plek gereserveerd voor cultuur. Culturele achtergronden spelen een belangrijke rol bij het menselijk gedrag, zeker bij gevoelige onderwerpen als Aids en seksualiteit. Onderzoek van Hoeken (1998), De Mooij (1998) en Hoeken & Korzilius (2001) toont aan dat het zinvol is om bij persuasieve teksten rekening te houden met de culturele achtergrond van de doelgroep. Aids-voorlichtingsteksten vallen in de categorie persuasieve teksten. Wilson & Miller (2003) benadrukken dat Aids-voorlichtingcampagnes die geen rekening houden met de culturele achtergrond van de doelgroep geen of soms zelfs een averechts effect kunnen hebben.

Volgens Hofstede (1991) vormen waarden de kern van een cultuur. Voorbeelden van waarden zijn onafhankelijkheid, vrijheid, schoonheid, traditie, hedonisme, veiligheid, vriendschap, etc. Hoeken (1998) zegt dat mensen niet zo zeer verschillende waarden hebben, maar dat mensen verschillen in het belang dat zij hechten aan de waarden. Voor de ene persoon of voor de ene groep kan de waarde traditie belangrijker zijn dan de waarde vernieuwing. Het belang dat verschillende personen hechten aan bepaalde waarden, is vaak onbewust en onbespreekbaar. Voor buitenstaanders is het niet direct zichtbaar. Overigens verschillen mensen niet alleen in het belang dat zij hechten aan waarden, maar ook in de betekenis die zij eraan geven. Zo kan ieder mens of groep mensen de waarde vrijheid anders interpreteren.

Overigens dienen waarden niet verward te worden met attitudes. Waarden liggen op een veel dieper niveau dan attitudes; attitudes zijn dikwijls gebaseerd op waarden (zie ook Hoeken, 1998, p. 31 – 34). Daarom is de determinant *cultuur* in het Integrative Model of Behavioral Prediction vóór houding/ attitude geplaatst.

Het zou onverstandig zijn om te schrijven over het belang van cultuur bij Aids-voorlichting zonder een duidelijke definitie te geven van het begrip cultuur. Gudykunst & Mody (2002) omschrijven cultuur als “... a consensus about the meanings of symbols, verbal and non-verbal, held by the members of a community.” (p. 277). Wilson & Miller (2003, p.185)

noemen twee auteurs (Brown, 1991 en Sheer, 1994; aangehaald in Wilson & Miller, 2003) die de belangrijkste kenmerken van cultuur in kaart hebben gebracht:

- een cultuur is een abstract idee gecreëerd door mensen;
- cultuur wordt aangeleerd in sociale interacties die de toon zetten voor gedrag en die gedrag beïnvloeden;
- cultuur wordt uitgedrukt in waarden, overtuigingen, attitudes en normen die ontstaan als groepen zich aanpassen aan hun omgeving;
- cultuurtradities worden van generatie op generatie overgegeven.

Hofstede (1991, p. 16) heeft de volgende definitie: “[Cultuur] is de collectieve mentale programmering die de leden van één groep of categorie mensen onderscheidt van die van andere.”

Het is niet nodig om een oordeel uit te spreken over wat de beste definitie is. Elke hier genoemde omschrijving geeft op haar eigen manier een goed inzicht in wat er bedoeld wordt wanneer men spreekt over het begrip cultuur.

2.4 *De rol van culturele achtergronden bij Afrikanen*

Aangezien er erg veel HIV en Aids geconstateerd wordt bij Afrikaanse en Russisch-sprekende asielzoekers (zie boven), is het een goed idee om meer te weten te komen over de culturele oriëntatie van deze groepen. De culturele achtergrond speelt immers een rol bij de uiteindelijke gedragsintentie. Wat betreft culturele achtergronden bij Afrikanen is het werk van de al eerder genoemde Van Dyk (2001a en 2001b) belangrijk. Zij schrijft dat veel Afrikanen traditionele normen, waarden, gewoontes en gebruiken hebben die zeer verschillen van westerse opvattingen. Afrikanen hebben een unieke kijk op de wereld die te lang is genegeerd door de westerse wereld. Aids-preventieprogramma's zijn meestal gebaseerd op westerse principes, zonder dat er een poging is gedaan om traditionele Afrikaanse gewoontes en tradities te begrijpen en/of te integreren. Volgens Van Dyk heeft Aids-voorlichting gericht aan Afrikanen alleen kans op slagen wanneer er kennis is van en rekening gehouden wordt met traditionele Afrikaanse gewoontes en gebruiken.

Van Dyk schrijft dat ondanks de verschillen die er bestaan in de vele traditionele Afrikaanse culturen, er een dominante sociaal-religieuze filosofie is die gedeeld wordt door alle zwarte Afrikanen, ook door vele "verwesterde" Afrikanen in de steden. Het is daarom mogelijk om te spreken van een algemene Afrikaanse kijk op de wereld, zoals men ook spreekt van een Westers of Oosters perspectief. Daarnaast wijst Van Dyk erop dat in de hedendaagse overtuigingen van veel Afrikanen ook elementen uit de westerse cultuur te herkennen zijn.

Van Dyk geeft voorbeelden van deze typisch Afrikaanse kijk op de wereld. Zo komt het geloof in hekserij veelvuldig voor. Traditionele Afrikanen geloven niet in toeval of lot, maar vragen zich bij ziekte of pech af waarom en van wie ze die gekregen hebben. De meeste Afrikanen geloven dat een ziekte een directe oorzaak heeft en een indirecte, persoonlijke oorzaak. Van Dyk (2001a) zegt dat veel traditionele zwarte Afrikanen heel goed weten dat de directe oorzaak van het krijgen van Aids het hebben van onveilige seks is, maar dat zij tegelijkertijd geloven dat de indirecte, persoonlijke oorzaak te wijten kan zijn aan hekserij. Het kan zijn dat de geest van een overleden persoon boos is en daarom deze ziekte op hem of haar afvuurt. Op p.116 schrijft Van Dyk: “Experience has taught AIDS educators working in Africa that to ignore and ridicule traditional witchcraft beliefs has reverse effects on their

HIV/AIDS prevention programmes. These beliefs should rather be taken into account and integrated into HIV/AIDS prevention programmes.”

Een ander belangrijk cultureel aspect is het belang van het krijgen van kinderen. Hierover schrijft Van Dyk dat het voor traditionele Afrikanen extreem belangrijk is om persoonlijke onsterfelijkheid te krijgen via hun kinderen. Men gelooft dat men na de dood alleen voortleeft indien men herinnerd wordt door de familie. Om na de dood vergeten te worden, is de grootste straf voor een traditionele Afrikaan. Daarom staan velen erop om toch kinderen te krijgen ook al weten ze dat ze besmet zijn met HIV.

Culturele normen en waarden kunnen het gebruik van condooms tegengaan. Van Dyk (2001b) geeft het voorbeeld van het met name in Rwanda wijd verbreide geloof dat condooms “the gift of self” blokkeren. “The gift of self” representeert de uitwisseling van lichaamssappen tijdens de geslachtsgemeenschap, wat als noodzakelijke voorwaarde geldt in een goede en gezonde relatie. Meer algemeen komen de opvattingen dat condooms de vruchtbaarheid tegengaan en dat ze allerlei ziektes kunnen veroorzaken, veelvuldig voor.

Ook het belang van de groep kan niet worden onderschat. In westerse culturen staat het individu dikwijls centraal; die moet zich ontplooiën en ontwikkelen. In vele Afrikaanse culturen is het individu echter ondergeschikt aan de groep. Zo’n groep kan de familie zijn, een dorp of een stam. Volgens Van Dyk kan de traditionele Afrikaan niet alleen bestaan: zijn/haar identiteit wordt geheel ontleend aan zijn/haar collectieve bestaan. Leclerc-Madlala (1997) beschrijft de in Zuid-Afrika veel gebruikte term “unbuntu”. Deze term geeft wat meer inzicht in de collectieve oriëntatie van Afrikanen. Unbuntu staat voor gemeenschapszin, broederschap, samen delen en respect voor elkaar. Volgens Leclerc-Madlala lijkt het erop dat dit principe soms negatief kan uitpakken in combinatie met de Aids-epidemie. Er heerst een gevoel van “we lijden òf allemaal wel, òf allemaal niet”. Leclerc-Madlala vermoedt dat sommige met het HI-virus besmette Afrikanen het als hun taak zien om het virus te verspreiden om zo de last, de uitzichtloosheid en de dood te delen met elkaar.

Ten slotte schrijft van Dyk dat voorlichtingsprogramma's niet mogen vergeten hoe belangrijk traditionele helers en medicijnmannen (sangomas) gevonden worden door traditionele Afrikanen. Veel Afrikanen gaan voor één en dezelfde ziekte zowel naar een westerse als een traditionele arts: de eerste om de directe oorzaak te bestrijden en de tweede voor de indirecte oorzaak. Van Dyk benadrukt dat Aids-preventieprogramma's in Afrika alleen succesvol zijn met de hulp van deze traditionele helers en medicijnmannen, omdat zij autoriteit hebben in hun gemeenschap. Op p. 126 schrijft Van Dyk dat 80% van de mensen in Afrika sangomas bezoeken voor hun gezondheidsbehoeften. Deze helers zijn op de hoogte van de maatregelen die getroffen moeten worden om AIDS te bestrijden en zijn bereid deze te communiceren naar hun patiënten toe. Verder blijkt dat Aids-preventieprogramma's waarin traditionele helers betrokken waren, buitengewoon positieve resultaten hebben geboekt.

Van Dyk beargumenteert dat het geen zin heeft om bovengenoemde praktijken en tradities te bekritisieren en/of af te keuren. Het is nogal onwetend en zelfs arrogant om te denken dat diepgewortelde tradities en cultuurkenmerken veranderd kunnen worden met voorlichting. Perloff (2001) schrijft in dit verband: “In most instances, the best way to change behavior is not to moralize about it but to understand things from the individual’s perspective and help the person make needed changes.” (p. 48). Attitudes zijn nog wel met effectieve voorlichting te beïnvloeden; culturele waarden niet. Zoals aan het begin van § 2.3 is gezegd, liggen waarden veel dieper dan attitudes. Aids-voorlichting zou zich niet moeten richten op het

veranderen van culturele waarden. In plaats daarvan is het noodzakelijk om kennis te hebben en bewust te zijn van de normen en waarden van de doelgroep en die zo veel mogelijk te verweven met voorlichting. Hiertoe presenteert Van Dyk (2001b) het P-E-N model, met behulp waarvan culturele attitudes en gedrag ten opzichte van gezondheid gecategoriseerd kunnen worden als positief (P), exotisch (E) of negatief (N).

Volgens het P-E-N model zijn *positieve* attitudes en gedrag gewoontes en tradities die gunstig zijn voor de bestrijding van HIV/Aids en die daarom gestimuleerd moeten worden. Voorbeelden zijn geen seks voor het huwelijk, tijdens de menstruatie, direct na een geboorte, met weduwen (de man kan aan Aids zijn overleden), met vrouwen die een abortus of miskraam hebben gehad, en het praktiseren van seks waarbij niet gepenetreerd wordt. *Exotische* attitudes en gedrag kunnen in de ogen van westerlingen misschien vreemd en onbekend zijn, maar zijn niet gevaarlijk en dienen derhalve gerespecteerd te worden. Voorbeelden zijn ceremonies, besnijdingsrituelen voor jongens en polygame huwelijken waarbij de groep trouw is aan elkaar en waarbij niemand in de groep geïnfecteerd is. *Negatieve* attitudes en gedrag ten slotte, kunnen wél verdere verspreiding van HIV in de hand werken en daarom moeten pogingen gedaan worden om die te veranderen. Voorbeelden hiervan zijn het hebben van meerdere sekspartners, reinigingsrituelen zoals in Zambia en Botswana waar een weduwe seks moet hebben met een familielid van haar overleden man om haar zo te reinigen van de geest van haar man, en het praktiseren van “droge seks” door vrouwen om het genot van hun partners te vergroten. Van Dyk (2001a, p. 130) drukt dit uit als: “to clean the temple for creation from undesirable vaginal secretions”.

Men kan zich afvragen in hoeverre traditionele Afrikaanse gewoontes en gebruiken nog aanwezig zijn bij Afrikanen die niet in meer Afrika wonen, maar bijvoorbeeld in Nederland. Van Niekerk (1996) legt uit dat er vele “verwesterde” Afrikanen zijn met een westerse opleiding en/of baan, van wie ten onrechte verondersteld wordt dat zij er tevens geheel westerse waarden op na houden. Het tegendeel is waar, betoogt Van Niekerk. Ook “verwesterde” Afrikanen houden dikwijls vast aan traditionele normen, waarden, gewoontes en gebruiken.

Ook de resultaten van een onderzoek van Jansen (2003) duiden in die richting. Jansen legde 30 in Nederland wonende Ghanezen een vragenlijst voor over Aids en Aids-preventie. Daarin waren drie stellingen opgenomen over traditionele Afrikaanse overtuigingen zoals van Dyk die beschrijft. De respondenten konden op een vijfpuntsschaal aangeven in hoeverre ze het ermee eens waren:

- Some people think that pregnant women should have sex, because a man’s semen would be good for the growth of the baby.
- Some people think that women should have sex to remain fertile. I share this opinion.
- A man’s semen is good for a woman’s health.

Het bleek dat er genoeg samenhang was tussen deze drie stellingen om ze samen te voegen tot een nieuwe variabele, die Jansen *ANTA O* (Al dan Niet Traditionele Afrikaanse Overtuigingen) noemde. De helft van de 30 respondenten bleek traditioneel te “scoren”, in die zin dat zij het eens of zeer eens waren met de bovenstaande drie vragen. Opvallend waren de statistisch significante relaties tussen hoge *ANTA O*-scores en opvattingen over genezingskansen en medische raadpleging. De proefpersonen met hoge *ANTA O*-scores waren het vaak eens met de stelling dat Aids genezen kan worden. Daarnaast gaven zij aan dat als zij Aids zouden hebben, ze zowel een westerse als een traditionele arts zouden bezoeken. Jansen schrijft daarover dat dit overeenstemt met de opmerkingen van Van Dyk (2001b): “many

Africans will have a mix of traditional African beliefs and Western beliefs” (p. 65) en “many black people [...] consult both traditional healers and biomedical professionals [...]” (p. 61). Wat verder opviel, was dat er geen samenhang bleek te zijn tussen *ANTA O*-scores en proefpersoonkenmerken zoals opleiding en leeftijd.

Ook El-Karimy et al. (2001) zijn van mening dat er bij Aids-voorlichting rekening gehouden dient te worden met culturele achtergronden van de doelgroep. In een onderzoek naar risicoperceptie en seksuele relaties onder Afrikaanse migranten in Amsterdam concluderen de auteurs: “wil men een grotere bewustwording van het risico op HIV en een grotere persoonlijke verantwoordelijkheid voor ziektepreventie bewerkstelligen, dan zou een nieuwe aanpak van voorlichting aansluiting moeten bieden met traditionele standpunten en feitelijk gedrag in plaats van deze zonder meer te verwerpen.” (p. 301). El-Karimy rapporteert over een aantal gewoontes die Van Dyk ook noemt, zoals “droge” seks, het idee dat ziek worden een straf is van een hogere macht en een weerstand tegen het gebruik van condooms. Ook bleek dat polygamie voorkomt, hoewel een stuk minder openlijk dan oorspronkelijk in het land van herkomst het geval was. Condooms werden door de proefpersonen geassocieerd met onbetrouwbaarheid. Condooms impliceren overspel en vrij seksueel gedrag. Het bij je dragen van condooms wekt de indruk van promiscuïteit; iets wat met name voor vrouwen als ongepast wordt gezien.

Een belangrijke conclusie van El-Karimy was dat hoewel de proefpersonen over het algemeen beschikten over voldoende kennis over hoe HIV verspreid wordt, zij HIV niet zagen als een bedreiging voor zichzelf. Het hebben van wisselende contacten of onbeschermd seks werd niet algemeen erkend als risicogedrag.

Het werk van Van Niekerk (1996), Jansen (2003) en El-Karimy et al. (2001) maakt het aannemelijk om te veronderstellen dat ook Afrikaanse asielzoekers die woonachtig zijn in Nederland, traditionele Afrikaanse culturele achtergronden zouden kunnen hebben, en dat daar bij Aids-voorlichting aan die groep rekening mee gehouden zou moeten worden. Toch is het zaak voorzichtig te zijn met de aanname dat Afrikanen in Nederland er traditionele Afrikaanse waarden op na houden. Want natuurlijk is er vanaf het moment dat men in Nederland komt sprake van een bepaalde mate van integratie. Ook zou het kunnen zijn dat asielzoekers in centrale opvang nog weer verschillen van “verwesterde” Afrikanen, die “vrij” in Nederland leven en meer in contact komen met de Nederlandse samenleving. Het is interessant om na te gaan in hoeverre traditionele overtuigingen aanwezig zijn en in hoeverre ze een rol spelen bij kennis en houdingen ten opzichte van HIV en Aids.

2.5 *De rol van culturele achtergronden bij Russisch-sprekenden*

Er is maar erg weinig onderzoek gedaan naar de culturele achtergronden van mensen uit de voormalige Sovjet Unie. Dit komt waarschijnlijk doordat de grenzen van het land tientallen jaren gesloten zijn geweest. Zelfs echte cultuurspecialisten zoals Hofstede (2001), Hall & Hall (1990) en Gudykunst & Mody (2002) hebben in hun uitgebreide, invloedrijke, vergelijkende waardenonderzoeken geen verwijzingen naar Russen opgenomen. Trompenaars (1993) heeft in zijn onderzoek naar cultuurdimensies wél Russen ondervraagd, maar hij heeft zich vooral bezig gehouden met de vraag hoe cultuurverschillen zich manifesteren in het bedrijfsleven; een zeer interessante kwestie maar voor Aids-voorlichting niet direct relevant. Bovendien zijn de resultaten van Trompenaars enigszins verouderd. Zijn boek werd meer dan 10 jaar geleden gepubliceerd. Het onderzoek dat daaraan vooraf ging heeft 15 jaar geduurd. Gegeven het feit

dat culturen niet statisch zijn maar juist dynamisch en veranderlijk, zullen Trompenaars' uitkomsten van toen niet meer volledig toepasbaar zijn tot op de dag van vandaag. Dit geldt extra voor een land als Rusland, dat in een enorme politieke, economische en sociale omwenteling verkeert. Een omwenteling van dien aard heeft uiteraard een enorme invloed op de cultuur van het land.

Ook literatuur waarin de relatie tussen effectieve Aids-voorlichting en culturele kenmerken van Russisch-sprekenden ter sprake komt, is slechts sporadisch te vinden. Uitzonderingen zijn Realo & Goodwin (2003), Goodwin et al. (2002) en Goodwin et al. (2003). Zo schrijven Realo & Goodwin (2003) over de relatie tussen allocentrisme en seksueel gedrag. Allocentrisme correspondeert met de cultuurdimensie collectivisme. De auteurs beschrijven allocentrisch georiënteerde personen als mensen die traditie hoog in het vaandel hebben staan, geneigd zijn autoriteit te accepteren, redelijk traditioneel zijn en moeite hebben met veranderingen (p. 691). Realo & Goodwin ondervroegen 503 respondenten uit Estland, Georgië, Hongarije, Polen en Rusland over hun seksuele gedrag. Ook werd gemeten hoe deze scoorden op een allocentrisme-schaal. Het bleek dat allocentrische respondenten minder rapporteerden over het hebben van verschillende sekspartners en over het hebben (of gehad hebben) van een SOA, meer in de veronderstelling waren op de hoogte te zijn van de HIV-status van hun partners en zich minder een risicogroep voor het oplopen van HIV voelden dan de respondenten die laag scoorden op de allocentrisme-schaal. Allocentrisme speelde dus een rol bij het seksuele gedrag van de proefpersonen (of bij het rapporteren daarover).

Goodwin et al. (2002) onderzochten de relatie tussen waarden en seksueel gedrag bij zakenmensen, dokters en verpleegsters uit Estland, Georgië, Hongarije, Polen en Rusland. Zakenmensen en medici werden gezien als risicogroepen: de eerste groep vanwege z'n mobiliteit en relatief hoge inkomen; de tweede groep vanwege de slechte omstandigheden in de ziekenhuizen. Een aantal waarden (te weten *openheid voor veranderingen* versus *behoudendheid*, en *behoefte om te presteren* versus *transcendentie*) werden gekoppeld aan de bereidheid van proefpersonen om condooms te gebruiken, aan het aantal SOA's dat de respondenten in het verleden hadden gehad, en aan het aantal sekspartners van de respondenten. Het bleek dat de waarden een rol speelden bij het seksuele gedrag: die proefpersonen die hoog scoorden op *openheid voor veranderingen* en *behoefte om te presteren* bleken hoger-risico gedrag te vertonen. Verder bleek risicogedrag het hoogst te zijn onder de Russen en het laagst onder de Polen. Bovendien bleek 20% van de Russische dokters risicovol gedrag te vertonen. Dit is verrassend omdat het hier gaat om hoog opgeleide, bevoegde medici. Polen is een typisch allocentrisch land, wat het laag-risico gedrag wellicht kan verklaren. Immers, zoals in de vorige alinea beschreven staat, het lijkt erop dat allocentrisme correspondeert met laag of lager risico gedrag (Realo & Goodwin, 2003). Goodwin et al. (2002) concluderen dat waarden geïntegreerd zouden moeten worden met aids-voorlichting. In culturen waar bijvoorbeeld macht en prestatie belangrijk is, zouden voorlichtingsboodschappen moeten aansluiten bij deze waarden.

Een soortgelijk onderzoek is uitgevoerd door Goodwin et al. (2003). Net als bij het hier boven beschreven onderzoek, werden medici en zakenmensen (511 in totaal) uit Estland, Georgië, Hongarije, Polen en Rusland ondervraagd. De bedoeling was om na te gaan hoe er in de verschillende landen gedacht wordt over Aids. De respondenten kregen een vragenlijst voorgelegd over het ontstaan en de verspreiding van Aids, over risicogroepen en over de rol van de overheid bij de zorg voor HIV-geïnfecteerden. Daarnaast moesten de respondenten zoveel mogelijk woorden opschrijven die in hen opkwamen bij het horen van het woord Aids.

Van de vijf nationaliteiten betrokken in het onderzoek, vonden de Russen het minste dat HIV/Aids een serieus probleem is en het minste dat Aids iets met hen te doen had. Dertig procent van de Russen vond dat de ernst van de ziekte overdreven wordt, terwijl tegelijkertijd een ongeveer even groot percentage van de Russen Aids associeerde met hopeloosheid. Hoewel de auteurs aangeven dat meer onderzoek noodzakelijk is, kunnen zij wel alvast concluderen dat de ziekte in de verschillende landen anders wordt beleefd en geïnterpreteerd.

Deze onderzoeken geven een eerste inzicht in hoe culturele achtergronden een rol spelen bij mensen uit Centraal- en Oost-Europa. Grootschaligere en specifiekere onderzoeken zouden preciezer moeten uitwijzen welke waarden een rol spelen bij het seksueel gedrag van mensen uit de voormalige Sovjet Unie en op welke manier zij dat doen. Kennis hierover zal inzicht kunnen geven in effectieve Aids-voorlichting aan die groep. Helaas is er verder maar weinig onderzoek te vinden waarin de combinatie van Aids-voorlichting en culturele achtergronden bij Russisch-sprekenden belicht wordt. Er is derhalve dringend behoefte aan meer onderzoek over dit onderwerp.

Bij gebrek aan de aanwezigheid van meer onderzoek, zal hier worden volstaan met een korte beschrijving van de huidige politieke en economische situatie van de voormalige Sovjet Unie. Rusland (officieel: de Russische Federatie) vormde van 1917 tot 1991 de kern van de Sovjet Unie. In de Wikipedia encyclopedie staat dat de voormalige Sovjet Unie sinds 1990 in een enorme omwenteling verkeert van een communistische staat naar een democratisch, kapitalistisch land. Rusland is nu een officiële democratie met vrije verkiezingen en een meerpartijenstelsel. Sociaal-economisch gezien heeft deze politieke omwenteling de verhoudingen radicaal veranderd en heeft die (nog) geen grotere welvaart gebracht voor de gehele bevolking. Het land is bezig met het zoeken naar een vorm van democratie die z'n (economische) vruchten afwerpt. Op de website van de CIA (Central Intelligence Agency) staat dat het er gelukkig op lijkt dat, na een aantal crises, de economie zich nu versterkt met een groei van 6% per jaar (van 1999-2002). Dit heeft de interesse gewekt van investeerders. Toch blijft het land kampen met ernstige problemen. De Russische industrie heeft dringend behoefte aan modernisatie, er heerst een slecht handelsklimaat, er zijn weinig goede banken en er is veel corruptie. Het Bruto Nationaal Product per hoofd was \$9.700 in 2002 (vergelijk Nederland: \$27.200 in 2002). Verder leeft 25% van de Russen onder de armoedegrens.

Dat deze slechte economische omstandigheden in Rusland een voedingsbodem zijn voor de verspreiding van HIV en Aids lijkt geen twijfel. Hoe culturele achtergronden zich daarbij manifesteren, is vooralsnog een kwestie die niet voldoende uitgediept is. Wel kan men zich afvragen of bepaalde Afrikaanse culturele achtergronden die Van Dyk (2001a en b) noemt, óók een rol spelen bij mensen uit de voormalige Sovjet Unie. Zo kan het zijn dat het belang van het krijgen van kinderen, het bezoeken van alternatieve genezers, en "the gift of self" niet alleen voor Afrikanen van belang zijn, maar ook voor Russisch-sprekende mensen. Het is interessant om na te gaan in hoeverre deze aspecten typisch Afrikaans zijn en in hoeverre ze ook van toepassing kunnen zijn op mensen uit de voormalige Sovjet Unie.

2.6 *Machtsrelaties tussen mannen en vrouwen*

Naast de hierboven uiteengezette culturele achtergronden kunnen ook machtsrelaties tussen mannen en vrouwen een belangrijke verklaring vormen voor het seksuele gedrag van veel asielzoekers. Binnen het Integrative Model of Behavioral Prediction vallen machtsrelaties tussen mannen en vrouwen onder de noemer *Culture*.

De ervaringen van MOA wijzen erop dat bij asielzoekers de man over het algemeen een machtspositie ten opzichte van de vrouw heeft. Mannen hebben de touwtjes in handen. Van mannen wordt verwacht zich macho te gedragen en bij seks het initiatief te nemen. Vrouwen behoren zich veel passiever en ingetogener op te stellen. Praten over seks ligt meestal moeilijk. Wanneer deze mensen in Nederland terechtkomen en hier asiel aanvragen, zijn zij vaak verward door de totaal andere manier waarop Nederlandse mannen en vrouwen met elkaar omgaan.

In dit verband is het interessant wat Huijbregts (2002) schrijft over seksuele voorlichting aan ama's (alleenstaande minderjarige asielzoekers). Zij bericht over de ervaringen van groepsleiders van ama's in Rotterdam. De groepsleiders zijn van mening dat ama's een reëler beeld zouden moeten krijgen van seksualiteit in Nederland. Nederlandse vrouwen gedragen zich in de ogen van ama's erg vrij. Mannelijke ama's interpreteren dat vaak als "makkelijk te krijgen". Ook de televisie (bijvoorbeeld uitdagende clips bij TMF en MTV) draagt bij aan het beeld dat ama's hebben van een buitengewoon open en vrij seksueel gedrag in Nederland. Om ama's te laten nadenken over relaties en om hen meer duidelijk te maken over hoe men in Nederland denkt over seks, is een speciaal voorlichtingsprogramma ontwikkeld. Dit programma richt zich behalve de technische aspecten van Aids-voorlichting vooral op vriendschap en relaties en blijkt, gezien het grote aantal vragen van ama's tijdens bijeenkomsten, aan te slaan. De groepsleiders concluderen: "Voor een succesvolle seksuele begeleiding is aandacht voor de manier waarop jongens en meisjes met elkaar omgaan zeker zo belangrijk als aandacht voor de technische aspecten van veilige seks." (Huijbregts, 2002, p.12).

Het werk van Bok (1997) geeft ook inzicht in de machtsverhoudingen tussen Afrikaanse mannen en vrouwen. Hij deed een studie naar hoe machtsverhoudingen en masculiniteit in Tanzania geïntegreerd kunnen worden met HIV/Aids-voorlichting. Allereerst legt Bok het onderscheid uit tussen geslacht en gender. Geslacht refereert naar de biologische verschillen tussen man en vrouw; gender naar de sociale, culturele en psychologische verschillen (p. 10). Iedere cultuur heeft haar eigen invulling van wat het betekent om man of vrouw te zijn, maar die invulling wordt vaak ten onrechte bestempeld als biologisch bepaald. Ook de ziekte Aids wordt als iets biologisch (en dus medisch) gezien, terwijl het ook een cultureel fenomeen is.

Gender (onderverdeeld in masculiniteit en feminimiteit) is dus een culturele constructie. In Tanzania is er onder de ouderen een andere constructie van masculiniteit dan onder de jongeren. De ouderen vinden over het algemeen dat een man goede *tabia* moet hebben en beperkte *tamaa* (p. 36). *Tabia* verwijst naar de moraliteit, de persoonlijkheid en de aard van een persoon. *Tabia* wordt meestal in verband gebracht met werk en seks. Iemand met goede *tabia* is in staat om hard te werken en heeft seksuele energie. Hard werken maakt een man moe en zorgt ervoor dat hij zijn seksuele energie goed besteedt; dat wil zeggen aan zijn partner en niet aan andere vrouwen. *Tamaa* betekent het diepe verlangen naar iets wat men niet heeft. Het heeft een negatieve connotatie, maar iedere persoon heeft wel een zekere mate van *tamaa* nodig om goed te kunnen functioneren.

De jongeren hebben een andere constructie van masculiniteit, wat betekent dat zij andere ideeën hebben over hoe een man zich behoort te gedragen. Onder hen heerst veel meer een drang om zich te bewijzen. Er is een grote groepsdruk. Hoewel de meeste jongeren op de hoogte zijn van de consequenties van onbeschermd seks, vertonen velen toch dit gedrag. Dit komt volgens Bok omdat seks een manier is om indruk te maken op leeftijdsgenoten (p. 37).

Seks hebben met meerdere meisjes geldt als een bewijs van mannelijkheid. Machogedrag is normaal en wordt verwacht van de jongens. Meisjes stemmen toe in het hebben van seks omdat ze wel eens willen zien wat er allemaal waar is van het opscheppgedrag van de jongens (ze kunnen echter niet openlijk toegeven aan seks). Daarbij komt dat meisjes bang zijn om aangezien te worden voor iemand met Aids als zij seks weigeren (dit wordt ook genoemd door Leclerc-Madlala, 1997, p. 368). Stoer machogedrag houdt ook in dat mannen roepen dat zij zelf geen gevaar lopen om Aids te krijgen. Risicogedrag is een manier om meisjes te imponeren. Risicogedrag wordt nog meer versterkt door de connotaties die condooms oproepen. Condoomgebruik wordt geassocieerd met een gebrek aan vertrouwen, wat een teken is van slechte tabia.

Hoewel de ouderen anders denken over masculiniteit en seksueel gedrag dan de jongeren, valt op dat bij beide visies de vrouwen een ondergeschikte rol toebedeeld is (p.19). Vrouwen behoren bij een kennismaking niet het initiatief te nemen. Doen zij dit wel dan lopen zij het risico voor prostituee aangezien te worden of voor iemand met een geslachtsziekte. Onder de jongeren mag een meisje dat geïnteresseerd is in een jongen wel subtiele signalen afgeven, zoals glimlachen naar de man in kwestie of via een omweg (vrienden) met hem communiceren. Het is echter niet gepast om verder te gaan dan dit. De man is degene die de leidende rol dient te vervullen en die in de relatie overheerst. Vrouwen zijn vaak niet in de positie om eisen te stellen, bijvoorbeeld de eis om condooms te gebruiken. Daarnaast is het zowel voor de ouderen als voor de jongeren niet geaccepteerd dat een vrouw een man onderhoudt: de man is degene die dient te zorgen voor de vrouw. Vrouwen zijn daarom dikwijls financieel afhankelijk van mannen.

Volgens Bok is het vooral in de stedelijke gebieden waar de meer moderne invulling van masculiniteit wortel schiet. In Tanzania wordt een goede begeleiding van de jongeren als een taak van de ouderen gezien. Dit gaat echter op het platteland, waar meer traditionele ideeën de overhand hebben, veel gemakkelijker dan in de stad. In de steden staan de jongeren open aan een mengelmoes van verschillende stammen, opvattingen en tradities. Er is veel minder sociale controle waardoor jongeren minder snel door de ouderen worden aangesproken op hun gedrag. Jongeren in de steden voelen vaak een spanning doordat zij te maken hebben met de twee verschillende opvattingen van masculiniteit (p. 38). Een soortgelijke situatie is voor te stellen wanneer jonge Tanzanianen naar Europa (bijvoorbeeld Nederland) komen. Ook hier hebben zij immers te maken met verschillende visies over hoe mannen en vrouwen zich behoren te gedragen. In Nederland wordt anders gedacht over seksualiteit en vooral over hoe vrouwen zich mogen gedragen. Dit kan jonge Afrikanen in verwarring brengen en, zoals Huijbregts (2002) laat zien, dit is inderdaad het geval. Het zou goed kunnen dat dit risicovol seksueel gedrag in de hand werkt.

Met name in de steden waar de sociale controle voor een groot gedeelte wegvalt, is het volgens Bok de taak van de ouders geworden om hun kinderen voor te lichten over seksualiteit, in plaats van de taak van de gehele gemeenschap zoals oorspronkelijk het geval was. Maar ouders vinden het moeilijk om over dit onderwerp te praten met hun kinderen. Daar komt bij dat de ouders vaak niet op de hoogte zijn van het (seksuele) gedrag van hun kinderen. Affaires en ontmoetingen worden geheim gehouden. Pas als een relatie een meer stabiel karakter krijgt, is er ruimte voor openheid. Zelfs als ouders met hun kinderen praten over deze zaken, wordt er niet altijd geluisterd. De meer moderne constructie van masculiniteit brengt ook met zich mee dat kinderen minder respect hebben voor het gezag van hun ouders. Ook wat dit betreft is een soortgelijke situatie voor te stellen bij Tanzanianen in

Nederland: net als in de stedelijke gebieden in Tanzania, vindt ook in Nederland geen sociale controle door een uitgebreide gemeenschap plaats.

Wood et al. (1998) gaan nog een stap verder dan Huijbregts (2002) en Bok (1997). Zij zeggen dat Afrikaanse vrouwen niet alleen een ondergeschikte positie vervullen, maar dat zij ook veelvuldig te maken hebben met geweld in hun relaties. In een kwalitatieve studie onder Xhosa-meisjes in het township Khayelitsha in Kaapstad, gaven bijna alle ondervraagden aan regelmatig seks gehad te hebben tegen hun zin. Zij doen dit uit angst om anders mishandeld te worden. Van de 24 ondervraagden gaven er 22 toe meer dan eens geslagen te zijn door hun partner. De overige twee waren door hun partner bedreigd met mishandeling. De mannen bepalen wanneer, hoe vaak en op wat voor manier er seks plaatsvindt. Bovendien bleek dat de respondenten het gewelddadig gedrag van hun partners zó normaal vonden, dat sommigen het zagen als uitingen van liefde. Onderwerping aan de man werd gezien als de juiste reactie op geweld. Verder waren de vrouwen ervan overtuigd dat hun vriendjes van hen hielden omdat ze geld en cadeautjes van hen ontvangen. Zij zeiden ook dat gedwongen seks met je partner nooit verkrachting genoemd kan worden omdat je nu eenmaal met hem samen bent. De proefpersonen hadden niet de intentie om weg te gaan bij hun partners, omdat zij in dat geval vreesden dat hun vriend hen uit boosheid nog meer zou mishandelen. Ook hadden ze angst voor de financiële gevolgen en voor een sociaal isolement.

Een aantal van de ondervraagde meisjes gaf aan ook mishandeld te zijn door hun partners toen die merkten dat ze in een kliniek informatie hadden ingewonnen over anticonceptiemiddelen. Volgens hun vriendjes veroorzaken deze onvruchtbaarheid en gehandicapte kinderen. Het moge duidelijk zijn hoe moeilijk het voor deze vrouwen zou zijn om met hun partners over condoomgebruik te beginnen, als “onzichtbare” voorbehoedmiddelen al onbespreekbaar zijn. Ook Leclerc-Madlala (1997) stelt dat ongelijke man-vrouw machtsverhoudingen een belangrijke reden zijn voor voortdurend hoogrisico gedrag. Zij rapporteert overigens ook over het geweld waarmee Afrikaanse vrouwen (in dit geval Zulu-meisjes uit Kwazulu-Natal) geconfronteerd worden.

Wood et al. (1998) rapporteren niet alleen over hun eigen bevindingen, maar halen ook een veelheid aan auteurs aan met soortgelijke resultaten. Sommige van deze auteurs hebben net als Wood naar de situatie van Zuid-Afrikaanse vrouwen gekeken; maar anderen hebben onderzoek uitgevoerd in onder andere Uganda, Kenia, Tanzania en Zambia. Het lijkt dus aannemelijk dat gewelddadige relaties voorkomen in heel sub-Sahara Afrika. Er dient daarom rekening gehouden te worden met de mogelijkheid dat vrouwelijke Afrikaanse asielzoekers in het verleden of zelfs nog op dit moment met geweld te maken hebben gehad.

Er is voor zover bekend geen onderzoek gedaan over machtsrelaties tussen Russisch-sprekende mannen en vrouwen. Er is echter wel veel onderzoek te vinden naar de positie van vrouwen in het algemeen in economisch achtergestelde gebieden. Gupta & Weiss (1993) beschrijven de bevindingen van “the Women and AIDS program”, uitgevoerd door *the International Center for Research on Women (ICRW)*. Dit onderzoek geeft inzicht in het seksuele leven van vrouwen in ontwikkelingslanden. Het rapporteert over 17 onderzoeksprojecten in 13 landen uit Afrika, Azië en Latijns-Amerika. Het blijkt dat vrouwen vaak een lage economische, educatieve en sociale status hebben in landen waar armoede heerst en politieke en economische instabiliteit is. Dit maakt hen afhankelijk van mannen. De resultaten laten problemen zien die deze vrouwen hebben:

- Onwetendheid en misverstanden over het gebruik van condooms (bijvoorbeeld het idee dat condooms vast kunnen komen te zitten in de baarmoeder waardoor men geen kinderen meer kan krijgen).
- Het eigen seksuele gedrag en dat van de partner wordt niet gekoppeld aan risicogedrag.
- Condooms reduceren het genot.
- Het is moeilijk om met de partner te communiceren over trouw en condoomgebruik. Dit kan resulteren in lichamelijk geweld. Op het praten over seks (inclusief het gebruik van condooms) rust überhaupt een taboe.
- Condooms impliceren vreemdgaan en een gebrek aan vertrouwen.
- Het is sociaal geaccepteerd dat mannen meerdere sekspartners hebben.
- De overtuiging dat abdominale pijn nu eenmaal het lot is van de vrouw.
- Het is ongepast dat vrouwen hun mannen vragen naar hun seksuele gedrag.
- Het is moeilijk voor een vrouw om open te zijn als zij een SOA of HIV heeft, omdat dit geassocieerd wordt met ontrouw en promiscuïteit.

De eerste drie punten hebben met name te maken met gebrek aan kennis en opleiding; de andere punten zijn echter overduidelijk te relateren aan ongelijke machtsverhoudingen tussen mannen en vrouwen. Vrouwen hebben moeite om hun stem te laten horen om allerlei redenen.

Volgens Ward (1993) maakt de ongelijke verdeling in opleiding, gezondheidszorg, eigendom en rechten vrouwen nog afhankelijker dan ze al zijn. Verder zegt zij dat Aids niet altijd de hoogste prioriteit heeft voor vrouwen in economisch achtergestelde gebieden. Voor hen is Aids het zoveelste levensbedreigende fenomeen, te vergelijken met andere, al bestaande, ernstige (gezondheids)problemen zoals weinig geld, slechte voeding, barre economische vooruitzichten, zorgen over de kinderen en slechte gezondheidszorg. Ook Leclerc-Madlala (1997) rapporteert over vrouwen met een soortgelijke attitude: "There was an overall strong sense in which HIV infection became 'yet another nail in the coffin', adding one more burden to the weight of their daily struggle."

De praktijk komt overeen met de hierboven gegeven beschrijvingen. De ervaringen van MOA wijzen op ongelijke man-vrouw verhoudingen bij asielzoekers, wat het gebruik van condooms in de weg staat. Kocken et al. (2003) en Van der Burgt et al. (1999, p. 202 en verder) schrijven dat vrouwen vaak een lage sociale status hebben en daardoor moeilijk het onderwerp met hun partners ter discussie kunnen stellen. Binnen het gezin is het niet vanzelfsprekend om openlijk te spreken over seksualiteit. Ook blijkt dat veel asielzoekers andere prioriteiten hebben dan veilig vrijen: het verkrijgen van een verblijfstatus, het verwerken van mogelijke trauma's die opgelopen zijn in het land van herkomst, het leren van Nederlands etc. (Van der Burgt, et al., 1999, p. 204).

Gezien de ernst van de economische en politieke omstandigheden waarin de Russische Federatie en veel gebieden die voorheen deel uit maakten van de Sovjet Unie (met name in Tsjetsjenië is de situatie schrijnend) zich op dit moment bevinden, en gezien het feit dat vrouwen in economisch achtergestelde gebieden vaak een minderheidspositie ten opzichte van de man bekleden, mag worden aangenomen dat ook in de voormalige Sovjet Unie vrouwen een lagere sociale positie bekleden dan mannen, met alle gevolgen voor de verspreiding van Aids van dien.

2.7 *Het probleem van sociale wenselijkheid*

Bij vragen over houding en gedrag met betrekking tot seksualiteit speelt het probleem van sociale wenselijkheid een rol. Bosman & Buunk (1982) beschrijven een onderzoek uitgevoerd door Kinsey waarbij de mannelijke respondenten veel vaker dan de vrouwelijke aangaven voor- of buitenechtelijke seks te hebben gehad. Hier zijn gangbare verklaringen voor te geven. Het kan bijvoorbeeld zijn dat mannen vaak voor- of buitenechtelijke seks hebben met vrouwen voor wie deze seks niet voor- of buitenechtelijk is: weduwen, gescheiden vrouwen en prostituees. Een andere verklaring is dat er een kleine groep vrouwen is met een extreem hoge frequentie. Maar zelfs wanneer deze factoren uitgeschakeld werden, bleven er grote discrepanties bestaan tussen de antwoorden van mannen en vrouwen. Derhalve kon niet anders geconcludeerd worden dan dat de antwoorden van de proefpersonen beïnvloed werden door sociale wenselijkheid.

Bij het onderzoek van Van Loon & Deven (1979) kon nog veel duidelijker aangetoond worden dat sociale wenselijkheid van belang is. Zij deden een studie naar de effecten van sociale wenselijkheid in de rapportage van de gewenste coïtusfrequentie van de partner. Proefpersonen werd gevraagd naar hun gewenste coïtusfrequentie. Daarnaast moesten zij aangeven wat volgens hen de gewenste coïtusfrequentie van hun partner was. Vooraf werd verwacht dat het tegen de traditionele seksuologische ideologie zou zijn als een vrouw een hogere frequentie zou wensen dan de man. Op basis van de door henzelf gewenste frequentie werden de echtparen in drie groepen verdeeld: een groep waarin beide partners dezelfde frequentie wensten, een groep waarin de man een hogere frequentie wenste, en een groep waarin de vrouw dat deed. In deze laatste groep gaven zowel de mannen als de vrouwen aan dat hun partners ongeveer dezelfde frequentie wensten als zijzelf, terwijl in werkelijkheid de door de vrouwen gewenste frequentie bijna twee maal zo hoog was. Kortom: de proefpersonen in deze groep hadden het niet over de feitelijk door hun partner gewenste frequentie, maar pasten hun antwoorden aan de heersende seksuele opvattingen aan.

Uit deze onderzoeken valt te concluderen dat sociale wenselijkheid een wezenlijk probleem vormt bij vragen over seksueel gedrag. Hier dient rekening mee gehouden te worden bij het opstellen van vragen naar het seksuele gedrag van proefpersonen. Gelukkig zijn er reeds jaren geleden technieken ontwikkeld om sociaal wenselijke antwoorden tegen te gaan. Een zeer belangrijk figuur op dit terrein is Edwards (1957) geweest. Hij ontwikkelde een zogenaamde Social Desirability Scale, of kortweg SD-scale. Edwards ging ervan uit dat de neiging van een proefpersoon om zichzelf gunstiger te doen voorkomen dan eigenlijk het geval is, een karaktereigenschap van die persoon reflecteert. Dit betekent dat het geven van een sociaal wenselijk antwoord geen eenmalige toevalligheid is, maar een structureel voorkomende eigenschap. Edwards adviseerde om in elke vragenlijst een aantal controlevragen op te nemen met uiteenlopende antwoordmogelijkheden: zowel sociaal wenselijke als sociaal onwenselijke. Het meest sociaal wenselijke antwoord dient een antwoord te zijn dat hoogstwaarschijnlijk nooit daadwerkelijk van toepassing kan zijn op de proefpersoon (bijvoorbeeld de stelling “ik ben altijd beleefd”). Respondenten die toch zulke antwoordmogelijkheden selecteren, zijn er kennelijk op gebrand om zichzelf gunstiger te doen voorkomen dan zij in werkelijkheid zijn. Deze respondenten zullen ook op de andere vragen de neiging hebben om sociaal wenselijk te antwoorden. De score op de controlevragen kan worden gebruikt om het effect van sociale wenselijkheid bij de overige vragen te corrigeren.

De laatste jaren is er flink wat kritiek geweest op dergelijke SD-scales. Zo menen Dijkstra et al. (2001) dat het onjuist is te veronderstellen dat mensen systematisch òf wel, òf niet sociaal

wenselijke antwoorden geven. De schrijvers toonden aan dat dit afhangt van hoe sociaal wenselijk bepaalde antwoorden in de ogen van een proefpersoon zijn. Bijvoorbeeld het antwoord *ja* op het item “heeft u ooit (al is het maar zo klein als een pen of een button) iets meegenomen dat niet van u is?”, is in de ogen van sommigen misschien erg onwenselijk, maar voor anderen helemaal niet. Dus als twee personen deze vraag verschillend beantwoorden, wil dit niet zeggen dat ze verschillen in hoe gunstig ze zichzelf willen presenteren, maar dat ze verschillende ideeën hebben over hoe (on)wenselijk zulk gedrag is. Dijkstra et al. (2001) zijn van mening dat SD-scales onbruikbaar zijn en dat er dringend behoefte is aan vernieuwde SD-scales. Voor zover bekend, zijn deze er nog niet.

Tegenwoordig proberen onderzoekers met behulp van goede vraagstellingen sociaal wenselijke antwoorden zoveel mogelijk tegen te gaan. Korzilius (2000) geeft als tip dat via een omweg, door het stellen van indirecte vragen, vaak de werkelijke meningen van respondenten naar boven gehaald kunnen worden. Hij geeft het voorbeeld van een onderzoeker die het functioneren van de directie wil bevragen. Een indirecte vraag is in dit verband: “Stel dat u op een feestje iemand ontmoet met een vergelijkbare functie als die van u. Hij toont interesse in uw organisatie en vraagt zich af of het wellicht voor hem interessant is om er te gaan solliciteren. Zou u hem dat dan aanraden?” (p. 72). Een andere tip die Korzilius geeft, is het verpakken van een vraag in de vorm van een casus. In zo’n geval gaat de vraag over een fictieve maar vergelijkbare situatie: “Stel dat een manager in een functioneringsgesprek de persoonlijke omstandigheden van een werknemer aan de orde stelt. Vindt u dat deze manager het recht heeft om dit onderwerp te bespreken?” (p. 72). Omdat deze vragen niet rechtstreeks naar de problematiek verwijzen, zullen de respondenten eerder geneigd zijn om eerlijke antwoorden te geven. Het stellen van indirecte vragen en het construeren van casussen lijkt derhalve de beste oplossing voor het probleem van sociale wenselijkheid.

3. Doel van het onderzoek en onderzoeksvragen

In de inleiding is gesteld dat standaard Aids-voorlichting aan Nederlanders niet dezelfde effecten bereikt bij asielzoekers. Middels een uitgebreide literatuurstudie is getracht na te gaan waar Aids-voorlichting dan wel aan moet voldoen om positieve resultaten te boeken bij deze groep. Uiteindelijk is het doel van Aids-voorlichting altijd het beïnvloeden van het gedrag. Daarom is er allereerst gekeken naar de determinanten die het gedrag beïnvloeden. Hierbij is er naast gedragsdeterminanten zoals houding, subjectieve norm en eigen-effectiviteit, behoefte om inzicht te verkrijgen in het kennisniveau van asielzoekers over het HI-virus en Aids, omdat er nog onduidelijkheid heerst over de aard en omvang van de Aids-problematiek onder asielzoekers. Voorts is betoogd dat er nog meer gedragsdeterminanten dan alleen attitude, subjectieve norm en eigen effectiviteit zijn die van invloed zijn op het gedrag. Zo is het zinvol om na te gaan hoe culturele kenmerken een rol spelen bij Aids-voorlichting aan asielzoekers. Daarnaast is er bij deze groep sprake van geheel andere machtsrelaties tussen mannen en vrouwen dan in Nederland. Het zou kunnen dat asielzoekers in de war raken van hoe Nederlandse mannen en vrouwen met elkaar omgaan. Al deze aspecten samen kunnen meer inzicht geven in het seksuele gedrag van asielzoekers. Zodra er meer inzicht is in het gedrag, kan het voorlichtingsmateriaal daarop aangepast worden. Daarmee wordt een bijdrage geleverd aan het uiteindelijke doel van Aids-voorlichting, namelijk het beïnvloeden van gedrag.

Uit de literatuurstudie blijkt dat Afrikaanse asielzoekers en asielzoekers uit de voormalige Sovjet Unie grote risicogroepen vormen. Daarom zullen deze twee groepen in het onderzoek betrokken worden. De Afrikaanse asielzoekers in dit onderzoek bestaan uit Angolezen en mensen uit Sierra Leone, omdat hier de meeste asielzoekers vandaan komen. Het selecteren van één van de twee nationaliteiten zou te weinig proefpersonen opleveren, vandaar dat beide landen geselecteerd zijn. Het selecteren van meer dan één nationale groep kan gerechtvaardigd worden door wat Van Dyk (2001a en 2001b) schrijft over het bestaan van een dominante sociaal-religieuze Afrikaanse visie die gedeeld wordt door alle sub-Sahara Afrikanen (zie § 2.3). De tweede groep, de asielzoekers uit de voormalige Sovjet Unie, bestaat uit Russen, Tsjetsjenen, Oekraïners, Wit-Russen, Georgiërs, Armenen en mensen uit Azerbeidzjan. Dit is een vrij heterogene groep. Het selecteren van slechts één van deze etnische groepen zou te weinig proefpersonen opleveren. Met erkenning van onderlinge verschillen, is de verwachting dat er ook algemene uitspraken gedaan kunnen worden over deze verschillende Russisch-sprekende groepen.

Uit de geschetste probleemsituatie kan de volgende centrale vraag afgeleid worden:

Het verkrijgen van inzicht in die aspecten van het seksuele gedrag van Angolese, Sierraleoonse en Russisch-sprekende asielzoekers in Nederland die relevant zijn voor het optimaliseren van Aids-voorlichting aan die groepen.

Een antwoord op deze centrale vraag draagt bij aan het doel van het onderzoek, namelijk:

Door het vergroten van inzicht in het seksuele gedrag van Angolese, Sierraleoonse en Russisch-sprekende asielzoekers in Nederland adviezen kunnen geven over Aids-voorlichting aan die groepen.

De centrale vraag kan geconcretiseerd worden in de volgende onderzoeksvragen:

1. Wat voor kennis hebben Angolese, Sierraleonse en Russisch-sprekende asielzoekers over HIV en Aids?

2. Wat voor houdingen, subjectieve normen en eigen-effectiviteit hebben Angolese, Sierraleonse en Russisch-sprekende asielzoekers ten opzichte van het voorkómen van HIV/Aids?

3. In hoeverre zijn Afrikaanse traditionele culturele overtuigingen die relevant zijn voor Aids-voorlichting aanwezig bij Angolese en Sierraleonse asielzoekers?

- *In hoeverre zijn deze overtuigingen typisch Afrikaans?*
- *In hoeverre zijn deze overtuigingen ook aanwezig bij Russisch-sprekende asielzoekers?*

4. Wat voor beeld hebben Angolese, Sierraleonse en Russisch-sprekende asielzoekers van hoe Nederlandse mannen en vrouwen met elkaar in seksuele relaties omgaan?

- *Hoe behoren, in de ogen van Angolese, Sierraleonse en Russisch-sprekende asielzoekers, mannen en vrouwen zich in seksuele relaties te gedragen?*
- *Hoe staan Angolese, Sierraleonse en Russisch-sprekende asielzoekers tegenover de manier waarop Nederlandse mannen en vrouwen met elkaar omgaan in seksuele relaties?*

Zoals gesteld in § 2.6, is het mogelijk dat asielzoekers verward raken door de manier waarop Nederlandse mannen en vrouwen in relaties met elkaar omgaan. Mogelijk verschilt deze manier erg van de manier waarop de geselecteerde groepen asielzoekers met elkaar omgaan. Inzicht hierin levert belangrijke informatie op voor Aids-voorlichting aan die groepen. Daarmee wordt met de beantwoording van onderzoeksvraag 4 een bijdrage geleverd aan het doel van het onderzoek. Overigens zijn machtsrelaties tussen mannen en vrouwen in het Integrative Model of Behavioral Prediction, zoals besproken in § 2.1, het beste onder te brengen onder de noemer cultuur.

Het gehele onderzoek is vooral exploratief van aard, omdat er nog weinig inzicht is in aspecten die van invloed kunnen zijn op het seksuele gedrag van Afrikaanse en Russisch-sprekende asielzoekers. Dit onderzoek probeert daar een eerste inzicht in te geven. De onderzoeksvragen zijn beschrijvende vragen, omdat deze gericht zijn op het vóórkomen kennis, gedragsdeterminanten, traditionele Afrikaanse overtuigingen en man-vrouw verhoudingen. Welke kennis, gedragsdeterminanten, traditionele Afrikaanse overtuigingen en man-vrouw verhoudingen dat zijn ligt al vast.

4. Methode

4.1 Respondenten

In het onderzoek werden twee verschillende groepen asielzoekers betrokken, die een vragenlijst voorgelegd kregen over onderwerpen die met Aids-verspreiding, seksualiteit en menselijke relaties te maken hadden. De eerste groep was er een van 51 Afrikaanse asielzoekers, bestaande uit Angolezen en Sierraleonen. De tweede groep bestond uit 49 Russisch-sprekende asielzoekers, afkomstig uit Rusland, Armenië, Azerbeidzjan, Oekraïne, Georgië, en Wit-Rusland. Deze twee groepen zullen in het vervolg simpelweg aangeduid worden als Afrikanen en Russisch-sprekenden. De respondenten waren in de leeftijd van 16 tot 35 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 25.91 jaar (mediaan 25, modus 20). Er deden in totaal 58 mannen mee en 42 vrouwen.

De proefpersonen werden geselecteerd uit de zeven asielzoekerscentra die Brabant en Zeeland rijk zijn, te weten Burg-Haamstede, Middelburg, Etten-Leur, Oisterwijk, Grave, Dongen en Helmond. In totaal woonden er in deze AZC's 201 Angolezen en Sierraleonen tussen de 16 en 35 jaar. Hiervan zijn er 150 geselecteerd om deel te nemen aan het onderzoek, met een uiteindelijke respons van 51 personen. In deze 7 AZC's woonden 135 Russisch-sprekende asielzoekers tussen de 16 en 35 jaar. Deze zijn allemaal geselecteerd, met een uiteindelijke respons van 49.

De Afrikaanse groep bestond uit 31 mannen en 20 vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 24.45 (mediaan 23, modus 20). Gemiddeld verbleven zij al zo'n drie à vier jaar in Nederland. Vrijwel allen (94.1%) waren laag opgeleid. Respondenten vielen in deze categorie als zij geen school hadden genoten, of slechts lagere school (gedeeltelijk of geheel). Van middelhoog opgeleid niveau waren diegenen die middelbare school, mts of mbo hadden gedaan (al dan niet afgerond). Hoogopgeleiden ten slotte, waren respondenten die hoger onderwijs zoals hbo of universiteit hadden gedaan. Zoals gezegd waren verreweg de meeste Afrikaanse respondenten laag opgeleid. 5.9% was gemiddeld opgeleid en geen van de Afrikanen viel in de categorie hoog opgeleid. Een ruime meerderheid van 70% kwam oorspronkelijk van het platteland. De burgerlijke staat van de Afrikaanse proefpersonen was als volgt: 60% was alleenstaand; 20% had een vaste relatie; 16% was getrouwd; 4% was weduwe/weduwenaar en geen van de respondenten was gescheiden. De meesten (45.1%) hadden geen kinderen, maar er was toch ook een aanzienlijk aantal van 27.5% dat één kind had (twee kinderen: 19.6% en drie kinderen: 7.8%). Bijna allen voelden zich horend bij een godsdienst: 43.1% was moslim en 54.9% was christelijk. Slechts 2% gaf aan niet-gelovig te zijn. Bijna niemand had familie (zoals ouders, broers, zussen, ooms, tantes etc) hier in Nederland; 5.9% had dat wel. Tot slot ging 43.1% van de Afrikaanse proefpersonen in hun vrije tijd om met (autochtone) Nederlanders, tegenover 56.9% die dat niet deed. Vrije tijd betekent in dit verband de tijd die asielzoekers niet op school doorbrengen, op het werk (asielzoekers mogen een aantal uren per maand werken) of op afspraak met iemand van een instelling voor asielzoekers (bijvoorbeeld het COA of de MOA).

De gemiddelde leeftijd van de Russisch-sprekenden was 27.43 jaar (mediaan 28, modus 35). Deze groep bestond uit 27 mannen en 22 vrouwen. Zij waren sinds 4 à 5 jaar in Nederland. Het opleidingsniveau liet een ander patroon zien dan bij de Afrikanen: 75.5 viel in de categorie gemiddeld opgeleid. Daarnaast waren er ook hoog opgeleiden: 20.4%. Laag opgeleid was 4.1% van de Russisch-sprekenden. Anders dan bij de Afrikanen leefden de

meesten (72.9%) in het land van herkomst in de stad. De meesten waren getrouwd (47.9%) of hadden een vaste relatie (14.6%). Alleenstaand was 35.4% en 2.1% was gescheiden. Niemand was weduwe of weduwnaar. Net als bij de Afrikanen hadden de meeste Russisch-sprekende respondenten (42.9%) geen kinderen, maar het hebben van één of twee kinderen kwam ook veel voor, namelijk in respectievelijk 22.4% en 24.5% van de gevallen (drie kinderen: 6.1%; 4 kinderen: 2% en 5 kinderen: 2%). Bij de Russisch-sprekenden was er een groter aantal dat niet behoorde tot een godsdienst: 12.2%. Verder was 81.6% christelijk en 6.1% moslim. 83.7% had geen familie in Nederland en 77.1% ging in de vrije tijd om met autochtone Nederlanders.

4.2 Materiaal

De proefpersonen kregen een vragenlijst voorgelegd, die mondeling werd afgenomen. Alles bijeen omvatte de vragenlijst 43 vragen. Allereerst werd geïnformeerd naar een aantal persoonsgegevens, namelijk: land van herkomst, leeftijd, geslacht, moedertaal, vanaf welk jaar in Nederland, wat voor en aantal jaren onderwijs, stedelijke of rurale afkomst, burgerlijke staat, kinderen, familie in Nederland, geloofsovertuiging en of de proefpersoon in zijn/haar vrije tijd met (autochtone) Nederlanders omgaat.

Daarna volgden 7 vragen die erop gericht waren de kennis van de respondenten over Aids-verspreiding te toetsen. De proefpersonen konden op deze vragen antwoorden door middel van drie antwoordcategorieën: *ja*, *nee* en *weet niet*. Voor de onderzoeker bestond er echter nog een vierde antwoordmogelijkheid, namelijk *onbespreekbaar*, in te vullen indien één of meerdere vragen te veel weerstand zouden oproepen bij de respondent. De respondent zelf werd echter niet op de hoogte gebracht van het bestaan van deze vierde antwoordcategorie. Uiteindelijk is nooit gebruik gemaakt van de onzichtbare vierde antwoordmogelijkheid. Het bleek dat geen enkele vraag zoveel weerstand opriep, dat men geen antwoord meer wilde geven.

De vragen die na de 7 kennisvragen volgen (8 t/m 29), waren geformuleerd als stellingen waarbij de respondenten op een vijfpunts Likertschaal konden aangeven in hoeverre ze het eens zijn met elke stelling. De antwoordmogelijkheden varieerden van helemaal niet mee eens tot helemaal mee eens. De laatste vraag (vraag 30) stelde de kwestie aan de orde bij wie men te rade zou gaan, mocht men Aids hebben. Er waren dus in totaal, afgezien van de vragen naar persoonsgegevens, 8 vragen en 22 stellingen. De respondenten kregen een kaartje uitgedeeld met daarop de vijf antwoordcategorieën (vertaald) waaruit men bij de stellingvragen kon kiezen, opdat men altijd zijn/haar keuzemogelijkheden voor zich kon zien. Het bleek dat vijf antwoordmogelijkheden iets te veel van het goede was. De respondenten vonden het lastig om te moeten kiezen tussen vijf mogelijkheden en hadden moeite met het verschil tussen “helemaal mee eens” en “mee eens” of “helemaal niet mee eens” en “niet mee eens”. Daarom werden de antwoordmogelijkheden consequent en vanaf het begin vereenvoudigd tot een drietal: mee eens, neutraal, niet mee eens.

Van de vragen die verpakt waren in een stelling waren vraag 9, 14, 16, 18, 24 en 29 erop gericht om meer te weten te komen over houdingen ten opzichte van het voorkómen van HIV/Aids. Stelling 13 en 23 maten subjectieve normen, stelling 20 en 27 maten eigen effectiviteit, stelling 11, 12, 15, 17, 19, 22, 25 en 28 maten man-vrouw relaties en stelling 10, 21, 26 en vraag 30 ten slotte, maten traditionele Afrikaanse overtuigingen. Van deze laatste vier waren er drie overgenomen van Jansen (2003), namelijk de stellingen dat het sperma van

de man goed is voor de gezondheid van de vrouw en voor de ontwikkeling van de foetus, en de vraag of men, als men Aids zou hebben, naar een westerse dokter zou gaan, een traditionele, allebei of geen arts. Stelling 8, *Aids kan genezen worden*, was gericht op het toetsen van kennis en was als enige van de kennisvragen in de vorm van een stelling geformuleerd. Om sociaal wenselijke antwoorden zoveel mogelijk tegen te gaan, werd een aantal van de stellingen opgezet als een casus.

Omdat niet alle asielzoekers de Nederlandse taal voldoende machtig zijn om dergelijke vragen te beantwoorden, werd besloten de asielzoekers te ondervragen in hun moedertaal. De vragenlijst werd vertaald in het Portugees (voor de Angolese proefpersonen), in het Engels (voor de Sierraleonense proefpersonen) en in het Russisch. De Portugeese en Russische vertalingen werden gedaan door een tweetalige Nederlands-Portugees en Nederlands-Russisch en zijn beide nagekeken door een professionele tolk. De Engelse vertaling is gedaan door de onderzoeker en is daarna geperfectioneerd door twee docenten Engels van de afdeling Bedrijfscommunicatie, Katholieke Universiteit Nijmegen. Engels was nooit de moedertaal van de Sierraleonense respondenten. In Sierra Leone wordt een veelheid aan talen gesproken zoals Crio, Fula, Temne en Madingo. Er waren helaas geen tolken en/of vertalers beschikbaar in deze talen. Daarom werd ervoor gekozen om de Sierraleonen te ondervragen in het Engels, omdat deze taal ook een belangrijke taal is in Sierra Leone en een groot aantal inwoners het Engels redelijk goed beheerst. In bijlage 1, 2, 3 en 4 is de complete (Nederlandse) vragenlijst terug te vinden, alsmede de Engelse, Portugeese en Russische vertalingen.

De respondenten werden uitgenodigd om mee te doen aan het onderzoek middels een brief. Deze uitnodigingsbrief werd doorgenomen door de afdeling communicatie van de MOA, die met zinnige aanpassingen kwam. Op deze manier werd zorg gedragen voor een optimaal communicatieve brief. Vervolgens werd deze gelezen door een klein aantal asielzoekers (die de Nederlandse taal goed beheersten) met dezelfde nationaliteit als de groepen die geselecteerd waren. Zij konden waardevolle informatie geven over de vraag of de brief begrijpelijk genoeg was en de juiste toon hanteerde. Zo was de brief aanvankelijk vrij kort, met als belangrijkste inhoud het verzoek aan de lezer om deel te nemen aan een onderzoek over Aids-voorlichting. Een aantal van de asielzoekers die het concept van de brief te lezen kregen, gaven als commentaar dat zij niet met het onderzoek mee zouden doen op basis van deze brief, omdat ze vonden al alles over Aids te weten. Daarom werd de brief uitgebreid met meer informatie waarom het van belang was om mee te doen aan het onderzoek: niet om de lezer uit te leggen over Aids, maar juist om hem/haar de kans te geven de onderzoekers te verduidelijken hoe hij/zij over het onderwerp dacht. Op basis van de suggesties van deze asielzoekers en van de afdeling communicatie, werd een definitieve versie van de uitnodigingsbrief geschreven.

Deze definitieve versie werd vertaald in het Portugees, het Engels en het Russisch. De vertalers van de vragenlijst namen ook deze brief voor hun rekening. De Engelse vertaling is wederom gedaan door de onderzoeker en is nagekeken door een native speaker. De vertaalde versies van de brief werden een week tot twee weken van tevoren opgestuurd naar de geselecteerde asielzoekers. In de brief stond nadrukkelijk dat het ging om het verbeteren van de hulpverlening, en niet om mensen te controleren of terecht te wijzen.

Ten slotte werd de brief niet ondertekend door de gebruikelijke sociaal verpleegkundigen van de MOA. Dit had namelijk de indruk kunnen wekken dat het ging om een persoonlijk medisch onderzoek, wat mensen ervan had kunnen weerhouden om te komen. Om die reden werd er voor gekozen om de brief te ondertekenen met het management van MOA: een

bekende naam, maar niet de gebruikelijke om te onderstrepen dat het om een op zichzelf staand onderzoek ging.

De uitnodigingsbrief en de Engelse, Portugese en Russische vertaling daarvan, zijn te vinden in respectievelijk bijlage 5, 6, 7 en 8.

4.3 *Uitvoering*

In ieder AZC werd één dag doorgebracht om de vragenlijst af te nemen. Telkens werd een ruimte op het betreffende AZC gereserveerd waar de respondenten ondervraagd konden worden. Het reserveren van een ruimte op de AZC's werd gedaan om de omgeving zo neutraal mogelijk te houden en om het aantal aanwezigen bij een interview te beperken, opdat men vrijuit zou kunnen praten. In de praktijk bleek dat de asielzoekers over het algemeen niet kwamen opdagen voor hun afspraak, ook al hadden zij van tevoren een brief ontvangen met daarin de plaats en tijd. Daarom gingen we langs de kamers van de geselecteerde asielzoekers. Als we aanklopten, weigerden mensen bijna nooit om mee te doen. In plaats van op de gereserveerde ruimte in de AZC's, werden de vragenlijsten dus veelal op de kamers van de bewoners zelf afgenomen. Dat toch niet alle 150 aangeschreven Afrikanen en alle 135 Russisch-sprekenden zijn ondervraagd, maar respectievelijk 51 en 49, kwam doordat mensen zeer dikwijls niet thuis waren, inmiddels verhuisd waren, teruggekeerd waren naar het land van herkomst, in de illegaliteit verdwenen waren of het Engels niet voldoende beheersten. Wat dat laatste betreft: zoals gezegd werden de Sierraleoonse respondenten in het Engels ondervraagd. Omdat Engels niet de moedertaal was van deze respondenten, waren er sommigen die deze taal niet goed beheersten. Was dit het geval, dan werd de afname van de vragenlijst gestaakt. Alleen die Sierraleoonse respondenten die voldoende Engels spraken om de vragen goed te begrijpen, zijn uiteindelijk geselecteerd.

Vanwege mogelijk analfabetisme werd de vragenlijst mondeling afgenomen. De afname had dus de vorm van een gesprek. Deze gesprekken duurden 15 tot 20 minuten. De vragenlijsten werden afgenomen door de onderzoeker; echter een deel (namelijk 37 van de 100) is afgenomen door een sociaal verpleegkundige van MOA. Bij de afname van de Russische en Portugese vragenlijsten was, behalve de respondent en de onderzoeker of de sociaal verpleegkundige, ook een tolk aanwezig. Voor de afname van de Engelse versie van de vragenlijst was geen tolk nodig. In deze gevallen las de onderzoeker of de sociaal verpleegkundige zelf de vragen voor. Bij ieder gesprek waren dus maximaal drie personen aanwezig. Een enkele keer was er ook een klein kindje aanwezig bij het gesprek: dit werkte echter niet verstorend voor het verloop van het gesprek.

De tolken lazen de vooraf vertaalde vragenlijsten voor aan de respondent, luisterden naar het antwoord en vertaalden dat voor de onderzoeker. Deze laatste noteerde het antwoord. Door de vragenlijst vooraf al vertaald te hebben, kreeg elke respondent exact dezelfde vragen voorgeschoteld. Eventuele interpretatieverschillen door het werken met vele verschillende tolken werden op deze manier voorkomen.

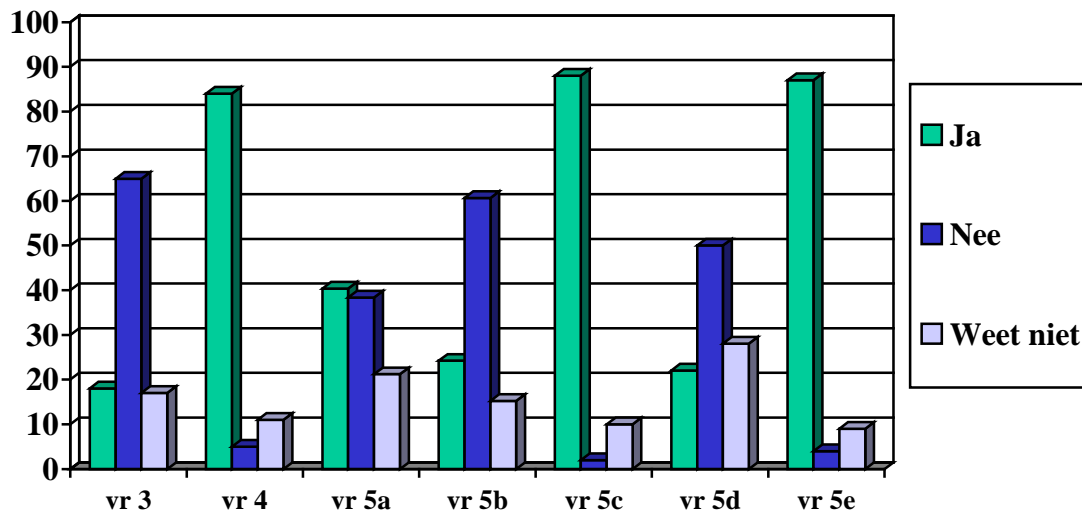
5. Resultaten

5.1 Kennis over HIV en Aids

De 14 vragen die gericht waren op het testen van de kennis van de respondenten over HIV/Aids werden samengevoegd tot één nieuwe variabele, die KENNIS werd genoemd. Op deze variabele kon men een score behalen tussen de 0 en de 14 (0 = alles fout, 14 = alles goed). Respondenten kregen 0 punten voor een vraag wanneer zij die fout beantwoordden of het antwoord niet wisten. Per juist beantwoorde vraag kon men 1 punt halen. Aangezien er in totaal 14 kennisvragen waren, kon men een maximale score behalen van 14 punten. Binnen deze variabele werden op basis van de mediaanscore (= 10) twee waarden onderscheiden: weinig kennis (score van 0 t/m 10; N = 56) en meer kennis (score van 11 t/m 14; N = 44).

De respondenten uit de voormalige Sovjet Unie bleken meer kennis te hebben dan de Afrikaanse ($F(1,97) = 7.35, p < 0.01$). De Russisch-sprekenden hadden een gemiddelde van 10.2 (sd 2.3) en de Afrikanen van 8.5 (sd 3.7). Het totale gemiddelde was 9.3.

Grafiek 1a: Antwoorden (in percentages) op de kennisvragen van de Afrikanen en Russisch-sprekenden



Vraag 3: Is het aan iemand te zien of hij/zij HIV heeft?

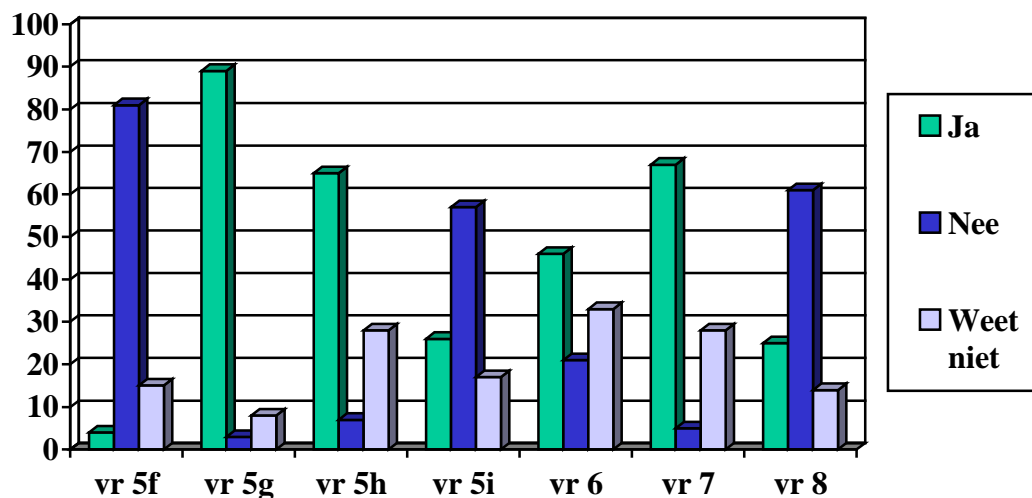
Vraag 4: Kan een persoon die HIV heeft dat doorgeven aan iemand anders?

Vraag 5: Kan iemand HIV krijgen door:

- **5a: insectenbeten?**
- **5b: gezamenlijk gebruik van drinkbekers?**
- **5c: bloedcontact?**
- **5d: gezamenlijk gebruik van het toilet?**
- **5e: geslachtsgemeenschap zonder condoom?**

Hoewel de gemiddelde kennis hoger was onder de Russisch-sprekenden dan onder de Afrikanen, vallen de gemiddeldes van beide groepen in de categorie “weinig kennis”. In de grafieken 1a en 1b valt af te lezen dat de respondenten weliswaar bijna allemaal wel gehoord hadden van Aids en over het algemeen wel wisten dat HIV een besmettelijke ziekte is (84% van de ondervraagden), maar er bleken misvattingen te bestaan over hoe HIV doorgegeven kan worden. Hoewel de meesten correct aangaven dat HIV verspreid wordt via bloedcontact (88%), onbeschermde geslachtsgemeenschap (87%) en het delen van naalden bij drugsgebruik (89%), waren velen van mening dat ook insectenbeten (40%), gezamenlijk gebruik van drinkbekers (24%) gezamenlijk gebruik van het toilet (22%), iemand aanraken (4%) en tongzoenen (26%) mogelijke manieren zijn om geïnfecteerd te raken. Verder dacht 18% dat je aan de buitenkant kan zien of iemand HIV geïnfecteerd is en twijfelde 17% hieraan. Daarnaast wist slechts 65% van de ondervraagden dat het virus ook via orale seks zonder condoom overgedragen kan worden en heerste er twijfel over de vraag of HIV via borstvoeding en tijdens de bevalling overgedragen kan worden. Wat betreft borstvoeding wist slechts 46% dat HIV op deze manier doorgegeven kan worden; 54% dacht van niet of twijfelde hieraan. 67% wist dat HIV tijdens de bevalling overgedragen kan worden, een aanzienlijk percentage van 33% dacht van niet of wist het niet. Over de genezingskansen ten slotte, bestonden tevens misvattingen: maar liefst een kwart van de ondervraagden was ervan overtuigd dat Aids te genezen is. 14% twijfelde hierover.

Grafiek 1b: Vervolg antwoorden (in percentages) op de kennisvragen van de Afrikanen en Russisch-sprekenden



Vraag 5: Kan iemand HIV krijgen door:

- 5f: iemand aan te raken?
- 5g: het delen van naalden bij drugsgebruik?
- 5h: orale seks zonder condoom
- 5i: tongzoenen

Vraag 6: Kan HIV via borstvoeding doorgegeven worden van moeder op kind?

Vraag 7: kan HIV tijdens de bevalling doorgegeven worden van moeder op kind?

Vraag 8: Aids kan genezen worden.

Als men kijkt naar de afzonderlijke scores van de Russisch-sprekende en Afrikaanse asielzoekers, dan valt op dat de Russisch-sprekenden significant beter scoorden op de vraag of een persoon met HIV dit door kan geven aan iemand anders ($F(1.98) = 7.35, p < 0.01$). Ook wisten zij vaker dan de Afrikanen dat HIV wèl via geslachtsgemeenschap zonder condoom ($F(1.98) = 4.11, p < 0.05$) en via het delen van naalden bij drugsgebruik ($F(1.98) = 4.83, p < 0.05$) verspreid kan worden, en niet via aanraking ($F(1.98) = 4.97, p < 0.05$). Ook wisten de Russisch-sprekende respondenten vaker ($F(1.98) = 4.98, p < 0.05$) dat het virus tijdens de bevalling doorgegeven kan worden van moeder op kind. Hierbij dient echter wel duidelijk aangetekend te worden dat zelfs bij de Russisch-sprekenden er 22.4% (tegenover 43.1% bij de Afrikanen) was dat dit niet wist of zelfs dacht dat de bevalling geen mogelijke manier van besmetting is.

Bij de Afrikaanse proefpersonen bleek hun kennis met geen enkel persoonskenmerk samen te hangen, zelfs niet met opleidingsniveau. Nu is dit laatste niet zo verwonderlijk, omdat er weinig variatie zat in het opleidingsniveau. Verreweg het grootste gedeelte (94.1%) was laag opgeleid.

Voor de Russisch-sprekende respondenten gold dat er geen samenhang was tussen kennis en persoonskenmerken als leeftijd, geslacht, verblijfsduur in Nederland, stedelijke of rurale afkomst, burgerlijke staat, geloofsovertuiging, familie in Nederland en wel of geen omgang met Nederlanders. Er bleek wel samenhang te zijn tussen kennis en opleidingsniveau. De hoger opgeleiden scoorden significant hoger ($F(2.46) = 4, p < 0.05$) dan de gemiddeld opgeleiden, met scores op de variabele KENNIS van respectievelijk 11.9 en 9.8. Bovendien scoorden de gemiddeld en hoog opgeleiden beter dan de laag opgeleiden. Dit laatste is echter geen veelzeggend resultaat aangezien er bij de Russisch-sprekende asielzoekers slechts twee mensen laag opgeleid waren.

Opvallend genoeg bleek er ook significante interactie te zijn tussen de kennis van Russisch-sprekende respondenten en het aantal kinderen dat men had. ($F(5.43) = 3.74, p < 0.01$). Echter, bij nadere bestudering bleek hier een eenvoudige verklaring voor te zijn die niets te maken had met eventuele samenhang tussen kennis en aantal kinderen. Er was namelijk een groep van drie Russisch-sprekende proefpersonen met drie kinderen. Toevallig scoorde één persoon in deze groep heel slecht op de variabele kennis met maar één punt. Daardoor had deze groep van drie respondenten een score van 5.3 uit 14 op de variabele KENNIS. Vanwege het grote verschil met de groepen met een ander aantal kinderen, ontstond er een significante p-waarde. Kortom, er kan niets gezegd worden over samenhang tussen kennis en aantal kinderen, althans niet op basis van dit onderzoek.

De 14 kennisvragen werden vooraf gegaan door twee inschattingvragen. Respondenten moesten aangeven of ze zichzelf in staat achtten te kunnen uitleggen wat Aids is en wat HIV is:

- Vraag 1: Als iemand u zou vragen wat Aids is, zou u dat dan kunnen uitleggen?
- Vraag 2: Als iemand u zou vragen wat HIV is, zou u dat dan kunnen uitleggen?

Van de Russisch-sprekende proefpersonen zei 89.9% dat zij kunnen uitleggen wat Aids is; 8.2% zei van niet en 2% twijfelde of ze het goed zouden kunnen uitleggen. Het begrip HIV bleek minder bekend: 53.1 % dacht wel te kunnen uitleggen wat dit is en 34.7% dacht van niet. Er was ook een aantal twijfelaars: 12.2%. Onder de Afrikaanse respondenten heerste meer onbekendheid met het begrip. Een percentage van 66.7% gaf aan te kunnen uitleggen wat Aids is; 31.4 kon het niet en 2% twijfelde. Wat betreft HIV schatte 45.1% zichzelf in staat dit begrip te kunnen uitleggen, tegenover 47.1% die dat niet kon en 7.8% die er aan twijfelde.

De respondenten die het idee hadden te kunnen uitleggen wat Aids is (vraag 1), bleken inderdaad meer kennis te hebben dan diegenen die niet wisten hoe het begrip te verduidelijken of daaraan twijfelden ($F(2.96) = 9.87, p < 0.01$). De proefpersonen die zichzelf in staat achtten om uit te leggen wat Aids is, hadden op de variabele kennis een score van 10.0 uit 14. De proefpersonen die vonden dat zij niet konden uitleggen wat Aids is, scoorden 6.7 uit 14. Omdat er slechts twee personen waren die niet wisten of ze goed konden uitleggen wat Aids is, valt over de score van de respondenten in deze categorie weinig te zeggen.

Hetzelfde patroon is zichtbaar bij de tweede inschattingsvraag: *Als iemand u zou vragen wat HIV is, zou u dat dan kunnen uitleggen?* Ook hier bleken diegenen die dachten goed te weten wat HIV is, meer kennis te hebben (score van 10.6 uit 14) dan de respondenten die zichzelf niet in staat achtten uit te kunnen leggen wat HIV is (score van 8.3 uit 14) ($F(2.96) = 9.28, p < 0.01$).

Hoewel de respondenten die van zichzelf dachten de begrippen Aids en HIV goed te kunnen uitleggen, inderdaad meer kennis bleken te hebben dan de proefpersonen die minder overtuigd waren van hun kennis over HIV en Aids, is de score van de eerst-genoemden (10 en 10.6 uit 14) niet bijzonder hoog. Respondenten met een score van 10 werden geclassificeerd als hebbende “weinig kennis” (zie de eerste alinea van deze paragraaf). Kortom, de respondenten hadden een minder strenge maatstaf dan gebruikt wordt in dit onderzoek. Men schatte over het algemeen zijn kennis hoger in dan die daadwerkelijk was.²

5.2 Interne samenhang bij de stellingvragen

De stellingvragen (vragen 9 t/m 29) hadden tot doel verschillende begrippen te meten: eigen effectiviteit, subjectieve norm, traditionele overtuigingen, man-vrouw verhoudingen en houdingen ten opzichte van HIV/Aids en condoomgebruik. Het bleek dat geen van de vragen voldoende samenhang vertoonde om samengevoegd te kunnen worden tot een nieuwe variabele. Het zou logisch geweest zijn als die respondenten die bijvoorbeeld van mening waren dat Aids niet te voorkomen is, zichzelf tevens niet in staat achtten zich te beschermen tegen Aids. Dit bleek in zekere mate wel het geval, maar niet voldoende. Zelfs de vragen over traditionele overtuigingen, die gedeeltelijk overgenomen waren van Jansen (2003) en die in zijn onderzoek wél samenhang bleken te hebben, bleken ditmaal niet voldoende te correleren om samengevoegd te worden. Maar het meest opvallend was het gebrek aan samenhang bij de vragen 11 en 25. Vraag 25 diende als controle van vraag 11:

- Vraag 11: In een relatie dient de man de vrouw te onderhouden.
- Vraag 25: Het is OK als de vrouw in een relatie de man onderhoudt.

Logischerwijs zouden deze twee vragen negatief moeten correleren, echter na omcodering bleek Conbrach's alfa = 0.114 te zijn; veel te weinig voor de vereiste 0.70. Als men kijkt naar de gemiddelden van deze twee vragen, dan blijkt dat die erg dicht bij elkaar liggen: 1.62 voor vraag 11 en 1.77 voor vraag 25. De modus en mediaan zijn gelijk. De scores op de vragen waren dus ongeveer gelijk, maar de individuele antwoorden van de respondenten verschilden.

² Deze conclusie is erg scherp geformuleerd. De respondenten werd niet gevraagd een inschatting te maken van hun kennis. Bij een beoordeling of mensen kunnen uitleggen wat HIV/Aids is, spelen meer factoren een rol dan alleen kennis. Zo kunnen twee personen met evenveel kennis over HIV/Aids toch een andere inschatting maken van in hoeverre zij dit begrip uit kunnen leggen. De ene persoon kan namelijk bescheidener zijn dan de andere. Toch mag verondersteld worden dat dit soort verschillen gecorrigeerd worden door de grootte van de groep ondervraagden. Daarom is de conclusie dat men zijn kennis hoger inschatte dan die werkelijk was, toch terecht.

Nu kan het zo zijn dat vraag 25 verkeerd is begrepen door de respondenten. Tijdens de eerste interviews kwam het herhaaldelijk voor dat men als antwoord op vraag 25 zei: “Ja, daar ben ik het mee eens, want de man kan ziek zijn waardoor de vrouw moet werken.” Hierop werd dan stevast geantwoord dat het niet ging om uitzonderingen maar om wat men gebruikelijk vond in een algemene, normale situatie. Dan bleek meestal dat de proefpersonen toch van mening waren dat de taak van kostwinner in eerste instantie berust bij de man. Omdat dit incident zich vaker voordeed, werd er in het vervolg bij het stellen van vraag 25 al direct bij verteld dat een algemene situatie bedoeld werd. Omdat dit mogelijke interpretatieverschil tussen de onderzoeker en de respondenten al direct gecorrigeerd is, kan het eigenlijk geen verklaring zijn voor het gebrek aan correlatie tussen vraag 11 en vraag 25.

Het feit dat er bij de stellingvragen geen onderlinge samenhang werd gevonden, hoeft geenszins te betekenen dat de vragen niet eenduidig waren of dat de resultaten onbruikbaar zijn geworden. In plaats van variabelen samen te voegen, is elke stellingvraag apart geanalyseerd.

5.3 *Regressie-analyse*

Bij de bespreking van het Integrative Model of Behavioral Prediction van Fishbein & Yzer (2003) in § 2.1, is gesteld dat het relatieve gewicht van de verschillende determinanten in het model bepaald dient te worden. Op deze manier kan nagegaan worden of de gedragsintentie het beste voorspeld wordt door attitudes, subjectieve normen of eigen-effectiviteit. Ook kan nagegaan worden door welke beliefs deze determinanten op hun beurt weer het beste voorspeld worden. Om hierover uitspraken te kunnen doen, is gebruik gemaakt van multiple regressie-analyse.

Uitgaande van het gedrag *condoomgebruik*, vallen vraag 13 (*mijn familie vindt het belangrijk dat ik condooms gebruik*) en vraag 23 (*als mijn vrienden willen dat ik condooms gebruik, dan zou ik dat een goede reden vinden om condooms te gebruiken*) in het Integrative Model of Behavioral Prediction onder normative beliefs. Vraag 27 (*ik ben in staat om me te beschermen tegen Aids*) is duidelijk een eigen effectiviteitsvraag en vraag 20 (*Aids is iets wat een mens overkomt. Ik kan het niet zelf voorkomen*) een efficacy belief. Deze vragen werden als afhankelijke variabelen ingevoerd bij de regressie-analyse.

Alle andere vragen (over kennis, persoonskenmerken, culturele achtergronden, man-vrouw verhoudingen en over houdingen) vallen in het Integrative Model of Behavioral Prediction onder *distal variables* en werden ingevoerd als onafhankelijke variabelen. De vragen over houdingen (vragen 9, 14, 16, 18, 24 en 29) werden in het model niet ingedeeld onder *attitude* of onder *behavioral beliefs*, omdat het geen houdingen zijn ten opzichte van het *eigen* gedrag (condoomgebruik). In plaats daarvan zijn deze vragen òfwel houdingen ten opzichte van seks en aids, òfwel houdingen ten opzichte van condoomgebruik in het algemeen. Zo vragen de stellingen 18, 24 en 29 niet rechtstreeks naar de houding van de ondervraagde ten opzichte van het *eigen* condoomgebruik:

- Vraag 18: Als iemand naar een prostituee gaat, moet hij altijd een condoom gebruiken.
- Vraag 24: Condooms zijn alleen noodzakelijk voor mensen die met veel verschillende mensen seks hebben.
- Vraag 29: Lisa is drie jaar samen met Ron. Ze heeft onlangs voorlichting gehad over Aids en stelt nu voor dat zij en Ron condooms gaan gebruiken. Dit duidt erop dat zij ontrouw is geweest.

Omdat het bij de regressie-analyse de bedoeling was om voorspellers aan te wijzen voor de gedragsintentie condoomgebruik, werden bovengenoemde vragen geassocieerd als distal variables. Verderop in dit hoofdstuk, waar het niet meer specifiek gaat om de *eigen* gedragsintentie van de ondervraagden, worden deze vragen weer gewoon als houdingvragen beschouwd.

De distal variables werden volgens het model van Fishbein & Yzer (2003) verder onderverdeeld in de categorieën *demographic variables*, *culture*, *attitudes toward targets* en *perceived risk*. Per categorie werd nagegaan of hier significante predictoren bij zaten. De significante predictoren van iedere categorie werden uiteindelijk samengenomen in een finale analyse. In bijlage 9 zijn de analyses per categorie terug te vinden. Op deze plek wordt alleen ingegaan op de finale analyse. Het bleek dat bij de Afrikaanse respondenten het kennisniveau ($p < .05$) en vraag 25, *het is OK als de vrouw in een relatie de man onderhoudt*, ($p < .05$) significante voorspellers waren voor vraag 20 (*Aids is iets wat een mens overkomt. Ik kan het niet zelf voorkomen.*). Bij de Russisch-sprekende proefpersonen bleken het opleidingsniveau ($p < .05$), het idee dat het sperma van de man goed is voor de groei van de foetus ($p < .001$) en de overtuiging dat het initiatief bij seks bij de man behoort te liggen ($p < .05$) significante voorspellers van vraag 20. In tabel 1 is dit te zien:

Tabel 1: Distal variables als predictors van vraag 20: *Aids is iets wat een mens overkomt. Ik kan het niet zelf voorkomen.*

		B	Std. Error	Beta
Afrika	Intercept	,689	,954	
	Opleidingsniveau	,839	,545	,211
	Kennisniveau	,648	,263	,331 *
	Vr 25: Het is OK als de vrouw in een relatie de man onderhoudt.	-,331	,152	-,292 *
	Vr 21: Sommige mensen vinden dat zwangere vrouwen seks moeten hebben, omdat het sperma van de man goed is voor de groei van de baby. Dit vind ik ook.	,187	,158	,153
	Vr 12: ... als Diana seks wil met Rob, dan behoort zij te wachten tot Rob het initiatief daartoe neemt.	,124	,128	,128
	Adjusted R-square	,202		
Voormalige Sovjet Unie	Intercept	4,736	,725	
	Opleidingsniveau	-,512	,249	-,255 *
	Kennisniveau	-,333	,229	-,177
	Vr 25: Het is OK als de vrouw in een relatie de man onderhoudt.	-,107	,110	-,114
	Vr 21: Sommige mensen vinden dat zwangere vrouwen seks moeten hebben, omdat het sperma van de man goed is voor de groei van de baby. Dit vind ik ook.	-,570	,151	-,444 ***
	Vr 12: ... als Diana seks wil met Rob, dan behoort zij te wachten tot Rob het initiatief daartoe neemt.	,319	,121	,307 *
	Adjusted R-square	,376		

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Het is op zijn zachtst gezegd opmerkelijk te noemen dat overtuigingen als wie in een relatie de kostwinner dient te zijn, of het sperma van de man goed is voor de groei van de baby en bij wie het initiatief dient te liggen bij seks, een voorspellende invloed hebben op de vraag of Aids iets is wat niet zelf te voorkomen is. Samenhang is nog wel voor te stellen, maar een causaal verband is moeilijk verdedigbaar. Dat deze vragen toch als significante predictoren aangewezen werden, maakt het nog niet zinvol om hier een vergezochte theoretische verklaring voor te zoeken. Eerder lijkt een hernieuwde blik op hoe de vragen van dit

onderzoek ingedeeld zijn in het Integrative Model of Behavioral Prediction van Fishbein & Yzer (2003) noodzakelijk.

Misschien hoorden de vragen toch niet helemaal thuis onder *distal variables* in het model van Fishbein en Yzer. Helaas definiëren of operationaliseren deze auteurs de distal variables niet erg diepgaand. De vragen die gebruikt zijn in dit onderzoek zijn weliswaar nuttige en zinvolle vragen, maar zijn wellicht minder geschikt om als predictoren te dienen. Fishbein & Yzer (2003) zeggen in hun artikel zelf dat de distal variables een indirecte rol spelen bij het beïnvloeden van gedrag (p. 168). Het is nog niet helemaal duidelijk hoe deze variabelen van invloed zijn bij het uiteindelijke gedrag.

Nog aannemelijker is dat er in het huidige onderzoek te veel distal variables waren en te weinig respondenten. Wanneer er een heleboel onafhankelijke variabelen ingevoerd worden bij een relatief kleine groep respondenten, wat het geval was, dan wordt de kans steeds groter dat er een aantal significante predictoren bij zitten. Dit wil nog niet zeggen dat hier belangrijke conclusies uit getrokken kunnen worden. Het lijkt daarom niet gerechtvaardigd om te concluderen dat bij voorlichting nu de nadruk gelegd moet worden op boodschappen over bijvoorbeeld de heilzaamheid van sperma voor de foetus om zo efficacy beliefs te beïnvloeden.

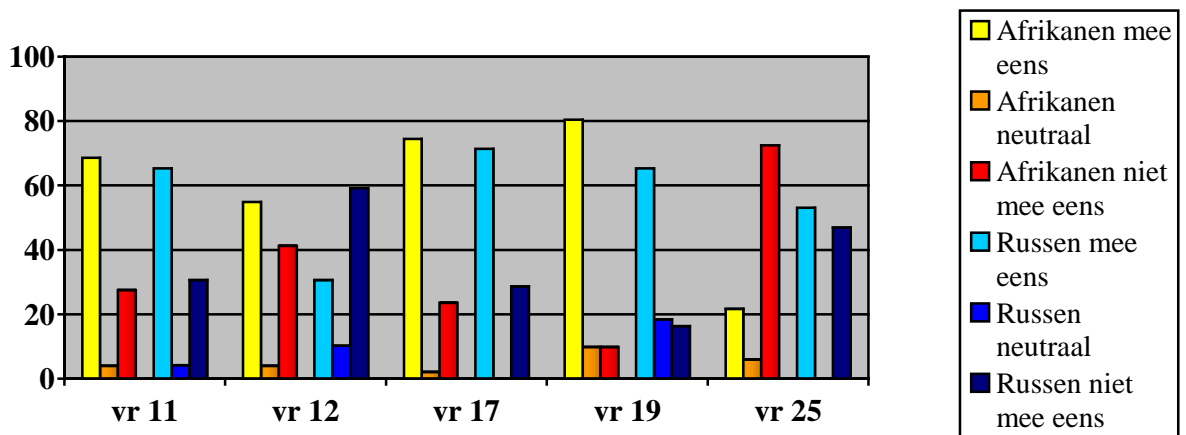
De andere analyses met de vragen 13, 23 en 27 als afhankelijke variabelen leverden òf geen, òf ook onverklaarbare significanties op die inhoudelijk niets met elkaar te maken hebben. Deze zijn wel in bijlage 9 opgenomen, maar worden hier verder niet behandeld.

Aangezien elke vraag afzonderlijk belangrijke informatie op kan leveren voor het verbeteren van voorlichting, wordt in de volgende paragrafen aandacht besteed aan hoe de Afrikanen en Russisch-sprekenden procentueel hebben geantwoord op de stellingvragen (vr 9 t/m 29) afzonderlijk. In bijlage 10 en 11 zijn de exacte percentages terug te vinden. Op deze plek zullen alleen de opvallendste resultaten behandeld worden.

5.4 *De stellingen over man-vrouw verhoudingen*

De vragen over man-vrouw verhoudingen, namelijk de vragen 11, 12, 17, 19 en 25, zijn weergegeven in grafiek 2 bovenaan de volgende pagina. Te zien is dat zowel de Afrikanen als de Russisch-sprekenden in meerderheid (resp. 68.6% en 65.3%) vonden dat de man in een relatie de vrouw dient te onderhouden (vraag 11). De scores zijn nagenoeg gelijk. Een ander patroon is te zien bij vraag 12: *Rob en Diana hebben twee jaar een relatie. Als Diana seks wil met Rob dan behoort zij te wachten tot Rob het initiatief daartoe neemt*. De meeste Afrikaanse respondenten waren het eens met deze stelling (54.9%), terwijl een vergelijkbaar percentage onder de Russisch-sprekende proefpersonen (59.2%) het er juist *niet* mee eens was. Toch was er sprake van een aanzienlijk percentage van Russisch-sprekenden (30.6%) dat inderdaad van mening was dat de vrouw dient te wachten op de man. Vraag 17 luidde als volgt: *Als een vrouw vreemd gaat, is dat even erg als een man die vreemd gaat*. Weliswaar waren de meesten het eens met de stelling, maar er heerste zeker geen overeenstemming: 23.5% van de Afrikanen en 28.6% van de Russisch-sprekenden vond dat het uitmaakt wie er vreemd gaat. Nu is de logische volgende vraag uiteraard wat men erger vindt: een vrouw die vreemd gaat of een man die dat doet. Het antwoord hierop ligt niet besloten in vraag 17. Echter, omdat de vragenlijsten mondeling zijn afgenomen, is meer bekend over de achtergrond van de

Grafiek 2: Antwoorden op de stellingen over man-vrouw verhoudingen



Vraag 11: In een relatie dient de man de vrouw te onderhouden.

Vraag 12: Rob en Diana hebben twee jaar een relatie. Als Diana seks wil met Rob dan behoort zij te wachten tot Rob het initiatief daartoe neemt.

Vraag 17: Als een vrouw vreemd gaat, is dat even belangrijk als een man die vreemd gaat.

Vraag 19: Vrouwen die seks hebben met veel verschillende mannen, zijn verkeerd bezig.

Vraag 25: Het is OK als de vrouw in een relatie de man onderhoudt.

antwoorden van de respondenten. Diegenen die het niet eens waren met stelling 17, zeiden daar zonder uitzondering bij dat het erger is als een vrouw vreemd gaat.

Over vraag 19 was zowel bij de Afrikanen als bij de Russisch-sprekenden meer overeenstemming. Vooral de Afrikanen (maar ook het merendeel van de Russisch-sprekenden) waren van mening dat vrouwen die seks hebben met veel verschillende mannen, verkeerd bezig zijn. Vraag 25 ten slotte, was bijna de tegenpool van vraag 11 en luidde: *Het is OK als de vrouw in een relatie de man onderhoudt*. Vooral de Afrikanen waren het niet eens met deze stelling (72.5%), maar ook veel Russisch-sprekenden (46.9%) konden zich er niet in vinden.

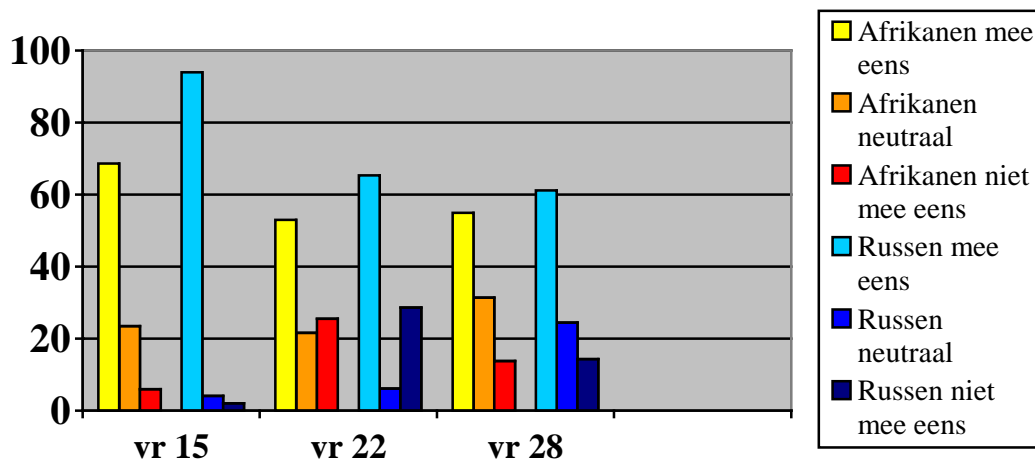
Overigens lieten de vrouwelijke Afrikaanse respondenten bij geen van deze vragen een structureel ander antwoordpatroon zien dan de Afrikaanse mannen. Bij de Russisch-sprekenden echter, accepteerden de vrouwen significant vaker dan de mannen dat een vrouw in een relatie de man onderhoudt: vraag 25 ($F(1.47) = 6.81, p < 0.05$). Bij geen van de andere vragen werden verschillen gevonden in de antwoorden van de mannen en vrouwen.

Er bleek wel samenhang te zijn tussen vraag 11 en 12: Afrikanen die van mening waren dat de man in een relatie financieel voor de vrouw moet zorgen (vraag 11), vonden ook vaak dat de man bij seks de initiatiefnemer behoort te zijn (vraag 12). $\rho = 0.348, p < 0.05$. Verder bleek dat de Afrikaanse respondenten met weinig kennis vaker dan diegenen met meer kennis vonden dat de man in een relatie de kostwinner dient te zijn. Oftewel: de mate van kennis hing samen met vraag 11 ($F(1.49) = 11.38, p = 0.001$). Bij de Russisch-sprekende proefpersonen werden deze correlaties niet gevonden. Bij de andere vragen over man-vrouw verhoudingen werden eveneens geen correlaties gevonden.

De antwoorden op de vragen 15, 22 en 28 zijn grafisch weergegeven in grafiek 3 op de volgende bladzijde. Deze vragen waren erop gericht om meer te weten te komen over wat

Afrikaanse en Russisch-sprekende asielzoekers vinden van de manier waarop Nederlanders in het algemeen, en Nederlandse vrouwen in het bijzonder, met seks en relaties omgaan. Het bleek dat vooral de Russisch-sprekenden hier vrij uitgesproken over waren. Maar liefst 93.9% van deze groep vond dat Nederlanders open zijn over seks (vraag 15). Ook onder de Afrikanen kon 68.6% zich vinden in deze stelling. Op de vraag of men vond dat Nederlanders op een té vrije manier met seks omgaan (vraag 22), gaf 65,3% van de Russisch-sprekenden en 52.9% van de Afrikanen een bevestigend antwoord. Op vraag 28, *Jonge en ongetrouwde Nederlandse vrouwen hebben seks met veel verschillende mannen*, bleek eveneens in meer dan de helft van de gevallen bevestigend te worden gereageerd. Gezien het antwoord op vraag 19 (zie hierboven) kan gesteld worden dat de meeste respondenten gedrag zoals in stelling 28 afkeuren.

Grafiek 3: De antwoorden op de stellingen over Nederlanders



Vraag 15: Nederlanders zijn open over seks.

Vraag 22: Nederlanders gaan op een te vrije manier met seks om.

Vraag 28: Jonge en ongetrouwde Nederlandse vrouwen hebben seks met veel verschillende mannen.

Het bleek die Russisch-sprekende respondenten die in hun vrije tijd omgaan met Nederlanders het vaker eens waren met vraag 28; met andere woorden, vaker vonden dat jonge en ongetrouwde Nederlandse vrouwen er een nogal vrij seksueel leven op na houden ($F(1.46) = 6.02, p < 0.05$). In tabel 2 hieronder is te zien dat er 25 Russisch-sprekende proefpersonen waren die het eens waren met vraag 28 en bij de vragen over persoonskenmerken aangegeven hadden met Nederlanders om te gaan.

Tabel 2: Samenhang onder de antwoorden van de Russisch-sprekende respondenten tussen het wel of niet omgaan met Nederlanders en vraag 28: *Jonge en ongetrouwde Nederlandse vrouwen hebben seks met veel verschillende mannen*.

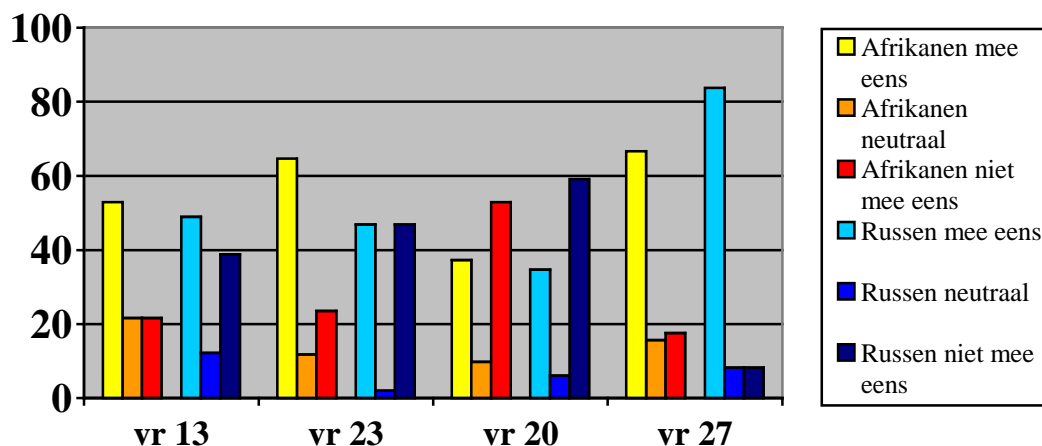
	Mee eens met vraag 28	Neutraal over vraag 28	Niet eens met vraag 28	Totaal
Wel omgaan met Nederlanders	25	9	3	37
Niet omgaan met Nederlanders	4	3	4	11
Totaal	29	12	7	48

Chi-kwadraat (2) = 6.038, $p < 0.05$ (verwachte waarde van 2 cellen < 5)

5.5 De stellingen over subjectieve norm en eigen effectiviteit

In de vragenlijst waren twee stellingen (vraag 13 en 23) opgenomen die tot doel hadden de subjectieve norm van de respondenten te meten. Daarnaast waren er twee stellingen (vraag 20 en 27) die trachtten na te gaan in hoeverre respondenten zichzelf in staat achten zich te beschermen tegen Aids, oftewel de eigen-effectiviteit. De antwoorden van de respondenten zijn geplaatst in grafiek 4. Hierin is te zien dat de respondenten zich wel enigszins iets willen aantrekken van de mening van familie en vrienden. Op de vraag *mijn familie vindt het belangrijk dat ik condooms gebruik* (vraag 13), zei 52.9% van de Afrikanen en 49% van de Russisch-sprekenden ‘ja’. Vraag 23 mat in hoeverre men bereid was zich te schikken naar de mening van belangrijke anderen: *Als mijn vrienden willen dat ik condooms gebruik, dan zou ik dat een goede reden vinden om condooms te gebruiken*. Het merendeel van de Afrikaanse proefpersonen was het hiermee eens, echter bij de Russisch-sprekenden waren precies evenveel mensen het er mee eens als het er mee oneens (46.9%). Er valt op deze plek derhalve geen duidelijk antwoord te geven op de vraag in hoeverre subjectieve normen een rol spelen bij Russisch-sprekende asielzoekers. Verder waren vooral bij de Afrikanen veel ‘neutrale’ antwoorden op de vragen 13 en 23, wellicht een indicatie dat deze vragen moeilijk gevonden werden. De vragen over subjectieve norm (vraag 13 en 23 dus) dienen daarom met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden.

Grafiek 4: antwoorden op vragen over subjectieve norm en eigen effectiviteit.



Vraag 13: Mijn familie vindt het belangrijk dat ik condooms gebruik.

Vraag 23: Als mijn vrienden zouden willen dat ik condooms gebruik, dan zou ik dat een goede reden vinden om condooms te gebruiken.

Vraag 20: Aids is iets wat een mens overkomt. Ik kan het niet zelf voorkomen.

Vraag 27: Ik ben in staat me te beschermen tegen Aids.

Onder de Russisch-sprekende respondenten bleek er een significante interactie te zijn tussen vraag 13 en 23 ($\rho = 0.416$, $p < 0.01$). Wie aangaf dat zijn/haar familie het belangrijk vond dat hij/zij condooms gebruikt (vraag 13), was ook vaak bereid om zich te schikken naar de mening van vrienden (vraag 23). Onder de Afrikaanse respondenten bestond geen correlatie.

De antwoorden op de vragen over eigen-effectiviteit, namelijk de vragen 20 en 27 (zie ook grafiek 4), zijn op z'n minst opvallend te noemen. Aan de ene kant waren zowel bij de Afrikanen als bij de Russisch-sprekenden behoorlijke aantallen van mening dat Aids iets is wat je overkomt en niet te voorkomen is (vraag 20). Weliswaar was de meerderheid het hiermee niet eens, toch was 37.3% van de Afrikanen en 34.7% van de Russisch-sprekenden

het er wèl mee eens. Aan de andere kant voelde verreweg de meerderheid (66.7% bij de Afrikanen en 83.7% bij de Russisch-sprekenden) zich in staat zich te beschermen tegen Aids (vraag 27). Dit is enigszins tegenstrijdig. Ook de resultaten van vraag 16, *Ik ben bang om Aids te krijgen*, zijn in dit verband interessant. Van de Afrikaanse proefpersonen was 78.4% bang om de ziekte te krijgen; van Russisch-sprekenden was dat 61.2%. Dit is verrassend, omdat men dus tegelijkertijd het idee had zich te kunnen beschermen tegen het oplopen van HIV/Aids. Een verklaring voor deze tegenstrijdigheden is wellicht te vinden in het feit dat met name de Russisch-sprekenden bij vraag 16 aangaven bang te zijn om Aids op te lopen in een ziekenhuis via besmette naalden. Het kan dus zijn dat de respondenten vonden dat ze zich wel kunnen beschermen bij seksueel contact, maar niet als men in het ziekenhuis belandt en afhankelijk is van de zorg van het personeel. Maar zelfs met deze verklaring blijft het vreemd dat de vragen 20, 27 en 16 enigszins verwarrende uitkomsten kenden.

Overigens stroken de antwoorden op vraag 27 met wat al eerder is genoemd in § 5.1. Daar werd gesteld dat men zijn kennis hoger inschat dan die in werkelijkheid is. Aangezien de kennis van de respondenten over HIV en Aids over het algemeen redelijk gering was, was het wellicht logisch geweest als men het minder eens was geweest met vraag 27 dan het geval was. Immers, om jezelf te kunnen beschermen tegen het oplopen van HIV/Aids, moet je over voldoende kennis beschikken. De respondenten dachten dus niet alleen meer kennis te hebben dan zij in werkelijkheid hadden, zij dachten tevens beter in staat te zijn zich te beschermen tegen Aids dan echt het geval is. Wel was het zo dat de Afrikaanse respondenten met minder kennis vaker het idee hadden dat ze Aids niet zelf konden voorkomen dan de Afrikaanse respondenten met meer kennis. Er bleek een statistisch significante relatie tussen het kennisniveau en vraag 20. ($F(1,49) = 5.37, p < 0.05$). Deze significante relatie werd tevens gevonden door het berekenen van Chi-kwadraat. Zie tabel 3:

Tabel 3: Samenhang onder de Afrikaanse respondenten tussen kennisniveau en vraag 20: *Aids is iets wat een mens overkomt. Ik kan het niet zelf overkomen.*

	Mee eens met vraag 20	Neutraal over vraag 20	Niet eens met vraag 20	Totaal
Weinig kennis	15	5	13	33
Meer kennis	4		14	18
Totaal	19	5	27	51

Chi-kwadraat (2) = 7.656, $p < 0.05$ (verwachte waarde van 2 cellen < 5)

Likelihood Ratio (2) = 9.274, $p = 0.01$

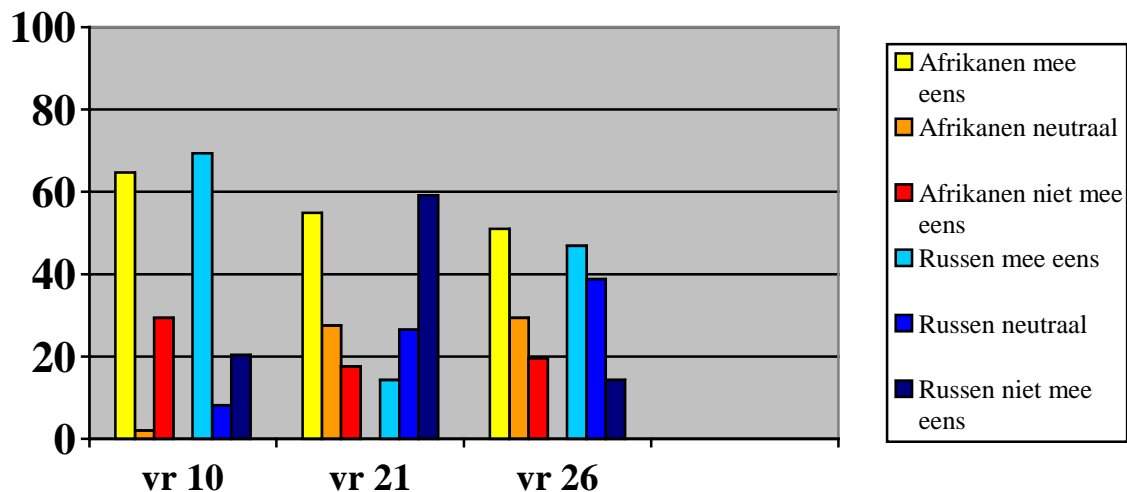
Ook de Russisch-sprekende respondenten met weinig kennis hadden vaker het idee dat Aids niet te voorkomen is, maar deze keer was dat net niet significant: $F(1,47) = 3.93, p = 0.053$. Er was geen statistisch significante relatie tussen het kennisniveau van de respondenten en de andere eigen-effectiviteitsvraag, vraag 27. De twee vragen over eigen effectiviteit correleerden wel onderling: de Afrikaanse respondenten die het oneens waren met vraag 20, waren het vaak eens met vraag 27, met andere woorden: zij die vonden dat Aids wèl te voorkomen is, voelden zich tevens in staat zich te beschermen tegen Aids ($\rho = -0.479, p < 0.001$)

5.6 De stellingen over traditionele Afrikaanse overtuigingen

De vragen 10, 21 en 26 gingen over traditionele Afrikaanse overtuigingen die het gebruik van condooms eventueel in de weg staan. De resultaten staan in grafiek 5. Wat direct opvalt, is dat niet alleen de Afrikanen hoog scoorden bij deze stellingen. De Russisch-sprekenden hielden

er ook traditionele overtuigingen op na. Dit is misschien niet zo verrassend bij vraag 10, *Ik zou deze wereld niet willen verlaten zonder kinderen gekregen te hebben*, omdat deze stelling niet bijzonder typisch traditioneel Afrikaans overkomt. De Russisch-sprekenden hechtten zelfs meer belang aan het krijgen van kinderen dan de Afrikanen. Overigens verschilden mannen en vrouwen niet in het antwoord dat zij gaven op deze vraag. Maar bij de andere twee vragen over traditionele overtuigingen, vraag 21 en 26, geven de antwoorden van de Russisch-sprekenden aan dat dergelijke overtuigingen niet alleen spelen bij Afrikanen. Net iets meer dan de helft van de Afrikanen, 54.9%, was van mening dat het sperma van de man goed is voor de groei van de baby. Een ongeveer even groot percentage (59.2%) van Russisch-sprekende proefpersonen was deze mening niet toegedaan. Toch was 26.5% van de Russisch-sprekenden hier neutraal over en 14.3% was het er zelfs mee eens; geen verwaarloosbaar percentage. Met vraag 26, *Het sperma van de man is goed voor de gezondheid van de vrouw*, waren nog veel meer Russisch-sprekende respondenten het eens: 46.9%. Ook de Afrikaanse proefpersonen konden zich regelmatig vinden in deze stelling: onder 51% leefde deze veronderstelling.

Grafiek 5: Traditionele, culturele overtuigingen



Vraag 10: Ik zou deze wereld niet willen verlaten zonder kinderen gekregen te hebben.

Vraag 21: Sommige mensen vinden dat zwangere vrouwen seks moeten hebben, omdat het sperma van de man goed is voor de groei van de baby. Dit vind ik ook.

Vraag 26: het sperma van de man is goed voor de gezondheid van de vrouw.

Het wel of niet hebben van deze traditionele overtuigingen bleek niet samen te hangen met het opleidings- of kennisniveau van de respondenten. Hoger opgeleiden en/of proefpersonen met meer kennis bezaten deze traditionele overtuigingen niet in meer of mindere mate dan proefpersonen met weinig kennis. Bij de Afrikanen kan het ontbreken van variatie in het opleidingsniveau een verklaring zijn voor het feit dat deze factor geen rol speelde bij het wel of niet hebben van deze overtuigingen. Maar er was onder deze groep wél diversiteit in de mate van kennis, en ook met kennis bleek geen correlatie te zijn. Bovendien was er bij de Russisch-sprekende groep wel verschil in opleidingsniveau (en ook in kennisniveau), terwijl bij deze groep tevens geen correlaties gevonden werden tussen het hebben van traditionele overtuigingen en het kennis- en opleidingsniveau. Deze bevindingen zijn in lijn met Van Niekerk (1996), die betoogt dat traditionele overtuigingen niet exclusief leven onder laag-opgeleide Afrikanen. Ook hoog-opgeleide Afrikanen met een westerse baan houden vaak vast

aan traditionele overtuigingen. Van Niekerk (1996): “Teen die agtergrond van miljoene ‘agtergeblewe’ swart mense word daar van blanke kant dikwels nie rekening gehou nie met die groot getalle swart mense wat in Westerse bane ontwikkel het en hoogs gesofistikeerd is. Wie sulkes ken, maak weer maklik die fout om aan te neem dat hulle geheel en al verwesters het. Inteendeel: Verwestering ‘did not make him any less truly African’” (p. 16).

Onder de Afrikanen werd samenhang gevonden tussen het belang dat men hechtte aan het krijgen van kinderen en tussen de overtuiging dat het sperma van de man goed is voor de ontwikkeling van de foetus. Respondenten die zeker kinderen wilden, waren tevens dikwijls van mening dat sperma goed is voor baby in de buik ($\rho = 0.356$, $p < 0.05$). Verder was er onder de Afrikanen ook een significante relatie tussen vraag 21 en vraag 26: vond men dat het sperma van de man goed is voor de groei van de foetus, dan vond men vaak ook dat het sperma van de man goed is voor de gezondheid van de vrouw ($\rho = 0.512$, $p < 0.001$). Bij de Russisch-sprekende proefpersonen werden deze correlaties niet gevonden.

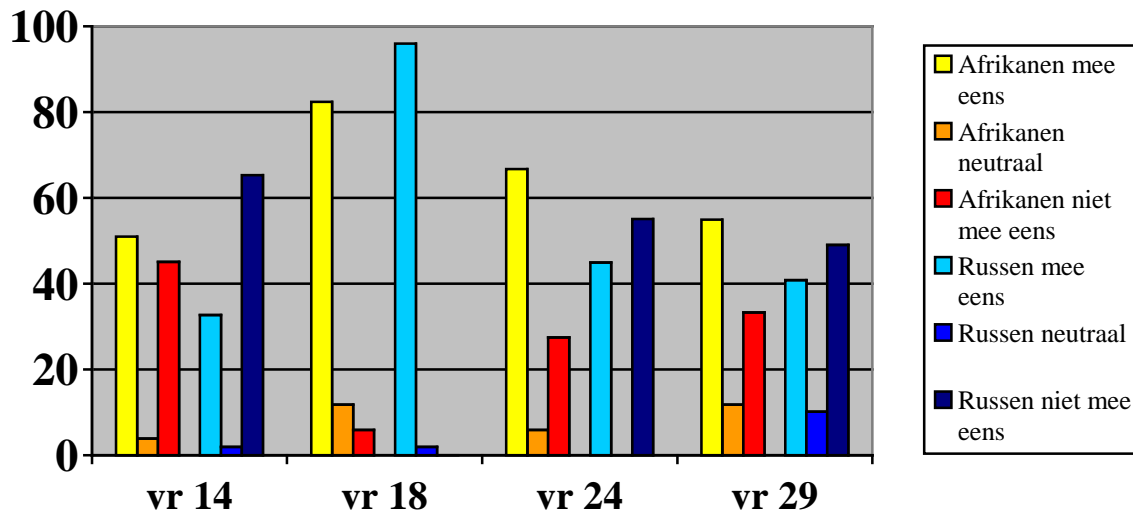
De allerlaatste vraag van de vragenlijst, vraag 30, was niet geformuleerd als een stelling, maar ging na waar de proefpersonen te rade zouden gaan indien zij Aids hadden. Deze vraag moest informatie inwinnen over de populariteit van alternatieve genezers. Zoals eerder genoemd, genieten traditionele artsen volgens Van Dyk (2001a en 2001b) veel aanzien onder Afrikanen en bezoeken veel Afrikanen bij ziekte zowel een traditionele als een westerse arts. Om deze reden had vraag 30 (*Als ik Aids zou hebben, zou ik gaan naar een...*) vier antwoordmogelijkheden: een westerse arts, een traditionele, beide of geen arts. Het bleek dat het overgrote merendeel van de respondenten zou kiezen voor een westerse arts (78.4% van de Afrikanen en 71.4% van de Russisch-sprekenden). Onder de Afrikanen koos 7.8% voor een traditionele arts en 5.9% voor beide. De Russisch-sprekende proefpersonen kozen in 6.1% van de gevallen voor een traditionele arts en een zelfde percentage koos voor zowel een westerse als een traditionele arts. Opvallend was het aantal mensen dat ervoor koos om helemaal niet naar de dokter te gaan: 7.8% van de Afrikanen en 16.3% van de Russisch-sprekenden zou geen enkele arts bezoeken.

5.7 De stellingen over houdingen t.o.v. condoomgebruik, seksuele relaties en Aids

Grafiek 6 geeft de resultaten weer van de vragen over houdingen die respondenten hadden ten opzichte van condoomgebruik, seksuele relaties en Aids. Onder de Afrikanen was een krappe meerderheid van 51% het eens met vraag 14, *Het is niet gepast om met mijn partner open over seks te praten*. Onder de Russisch-sprekenden was dit percentage aanzienlijk lager, namelijk 32.7%. De meeste Russisch-sprekenden (65.3%) vonden het wél gepast om open over seks te praten met de partner. Over vraag 18 heerste meer overeenstemming: *Als iemand naar een prostituee gaat, moet hij altijd een condoom gebruiken*. 82.4% van de Afrikanen en 95.9% van de Russisch-sprekenden was deze mening toegedaan. Op vraag 24 gaven de twee groepen respondenten weer wel uiteenwijkende antwoorden. Van de Afrikanen vond meer dan de helft, 66.7%, dat condooms alleen noodzakelijk zijn voor mensen die met veel verschillende mensen seks hebben. Iets minder dan de helft van de Russisch-sprekenden, 44.9%, had dezelfde mening. Vraag 29 ten slotte, luidde als volgt: *Lisa is drie jaar samen met Ron. Ze heeft onlangs voorlichting over Aids gekregen en stelt nu voor dat zij en Ron condooms gaan gebruiken. Dit duidt erop dat zij ontrouw is geweest*. Vooral de Afrikanen (54.9%), maar toch ook een redelijk deel van de Russisch-sprekende respondenten (40.8%) waren het eens met deze stelling.

De antwoorden van de Russisch-sprekende ondervraagden op vraag 24 en vraag 29 bleken te correleren. Vond men dat condooms alleen noodzakelijk zijn indien men wisselende seksuele contacten had, dan vond men ook vaak dat de Lisa in de casus van vraag 29 ontrouw was geweest ($\rho = 0.297, p < 0.05$).

Grafiek 6: houdingen t.o.v. seks en het gebruik van condooms



Vraag 14: Het is niet gepast om met mijn partner open over seks te praten.

Vraag 18: Als iemand naar een prostituee gaat, moet hij altijd een condoom gebruiken.

Vraag 24: Condooms zijn alleen noodzakelijk voor mensen die met veel verschillende mensen seks hebben.

Vraag 29: Lisa is drie jaar samen met Ron. Ze heeft onlangs voorlichting over Aids gekregen en stelt nu voor dat zij en Ron condooms gaan gebruiken. Dit duidt erop dat zij ontrouw is geweest.

5.8 Correlaties tussen de stellingen over houdingen en man-vrouw verhoudingen

Vraag 19, *Vrouwen die seks hebben met veel verschillende mannen zijn verkeerd bezig*, bleek te correleren met twee vragen die houdingen t.o.v. seks en condoomgebruik maten, te weten vraag 14 en vraag 29. Vraag 14 luidde: *Het is niet gepast om met mijn partner open over seks te praten*. Er bestond een negatieve, significante correlatie tussen vraag 19 en vraag 14 ($\rho = -0.383, p < 0.01$). Vond men dat vrouwen inderdaad verkeerd bezig zijn indien zij seks hebben met veel verschillende mannen, dan was men van mening dat het wèl gepast is om met de partner open over seks te praten. Vond men echter dat vrouwen met dergelijk gedrag niet verkeerd bezig zijn, dan vond men het niet gepast om met de partner open over seks te praten. Vraag 19 correleerde positief met vraag 29: $\rho = 0.306, p < 0.05$. Keurde men het af als vrouwen veel wisselende partners hebben, dan was men meestal ook van mening dat een vrouw die in een vaste relatie na een aantal jaren condooms wil gaan gebruiken, waarschijnlijk vreemd is gegaan.

Vraag 29 correleerde trouwens ook in negatieve zin met vraag 17: $\rho = -0.377, p < 0.01$. Vond men dat wanneer een vrouw in een vaste relatie condooms wil gaan gebruiken, dit niet duidt op ontrouw van haar kant, dan was men vaak van mening dat vreemdgaan even erg is ongeacht of dat door een man of door een vrouw gedaan wordt. Vond men dat zoiets wèl op

ontrouw duidde, dan vond men ook dat het uitmaakt wie er vreemd gaat. Overigens werden al deze correlaties alleen onder de antwoorden van de Afrikaanse respondenten aangetoond. Onder de Russisch-sprekenden werd geen samenhang gevonden tussen deze vragen.

Tussen vraag 24 en vraag 25 en tussen vraag 24 en 26 ten slotte, werd ook nog samenhang geconstateerd. Ook hier ging het alleen om samenhang onder de antwoorden van de Afrikaanse proefpersonen. Vonden respondenten het OK als een vrouw in een relatie de man onderhoudt (vr 25), dan waren zij het meestal *niet* eens met de stelling dat condooms alleen noodzakelijk zijn voor mensen die met veel verschillende mensen seks hebben (vr 24). Was men het echter juist *wel* eens met laatstgenoemde stelling, dan kon men zich er meestal niet in vinden als een vrouw in een relatie de man onderhoudt ($\rho = -0.292$, $p < 0.05$). Vraag 24 en 26, correleerden ook: $\rho = 0.342$, $p < 0.05$. Was men het eens met vraag 24, dan had men ook vaak de overtuiging dat het sperma van de man goed is voor de gezondheid van de vrouw (vr 26).

6. Conclusies en discussie

In dit hoofdstuk zal per onderzoeksvraag conclusies getrokken worden. Ook zal ingegaan worden op de vraag wat de resultaten betekenen voor het effectiever maken van voorlichting. Maar allereerst wordt hier aandacht besteed aan de mogelijke invloed van selectieve respons, de afname in een niet-neutrale omgeving en de kleine aantallen ondervraagden.

Wat betreft de mogelijke invloed van selectieve respons: aangezien de meeste asielzoekers niet kwamen opdagen voor hun afspraak om mee te doen aan het onderzoek, werden zij op hun kamers bezocht om daar ondervraagd te worden (zie § 4.3). Zodoende spraken we steeds alleen die mensen die op dat moment niet op school waren, niet aan het werk waren, etc. Het kan zijn dat er een selectie zat in de mensen die we thuis troffen. Het is moeilijk te zeggen of dit invloed gehad heeft op de resultaten. Als er voldoende mensen waren gekomen op hun afspraak, dan was er ook selectieve respons geweest: namelijk tussen zij die wel, en zij die niet op kwamen dagen. Verder kan het zo zijn dat de afname in een niet-neutrale omgeving invloed heeft gehad op de antwoorden van de respondenten. De meeste werden immers bij hen thuis ondervraagd. In elk geval was er nooit een extra persoon aanwezig (behalve soms een baby of een heel klein kindje). Toch kan het zijn dat de ondervraagden in hun eigen omgeving anders antwoordden dan zij gedaan zouden hebben in de ruimte op het AZC die eigenlijk voor deze gesprekken gereserveerd was. Nogmaals, dit soort dingen zijn moeilijk te voorkomen en het is achteraf moeilijk na te gaan of, en zo ja hoe, dit invloed heeft gehad op de resultaten.

Uiteindelijk zijn er 100 personen ondervraagd: 51 Afrikanen en 49 Russisch-sprekenden tussen de 16 en 35 jaar. In totaal woonden er in de zeven AZC's die geselecteerd werden in dit onderzoek 201 Angolezen en Sierraleonen en 135 Russisch-sprekenden tussen de 16 en 35 jaar. Volgens Korzilius (2000) moeten er in ieder geval 132 mensen ondervraagd worden bij een totale populatie van 200 man om een representatieve steekproef te hebben waarbij uitspraken gedaan kunnen worden over de gehele populatie. Hierbij wordt een norm gehanteerd van 5% nauwkeurigheid. Bij een totale populatie van 135 man, dienen tenminste 97 personen ondervraagd te worden. Het ondervragen van zulke aantallen was dit onderzoek absoluut niet haalbaar. De asielzoekers bleken veel te moeilijk te bereiken om er zoveel te kunnen ondervragen. Er zullen hier derhalve alleen conclusies getrokken worden over de ondervraagde asielzoekers. Het relatief kleine aantal respondenten is er waarschijnlijk ook debet aan dat de regressie-analyse niet de beoogde resultaten opleverde.

6.1 Onderzoeksvraag 1: kennis

De kennis onder Afrikaanse en Russisch-sprekende asielzoekers over hoe HIV/Aids verspreid wordt, is niet voldoende. Meer dan in een gebrek aan kennis hoe HIV verspreid wordt, ligt het probleem vooral bij een gebrek aan kennis over hoe deze ziekte *niet* verspreid wordt. De ondervraagden gaven dikwijls aan insectenbeten, gezamenlijk gebruik van drinkbekers en toilet, aanrakingen en tongzoenen als mogelijke manieren van infectie te beschouwen. Ook was men regelmatig van mening een HIV-geïnfecteerd persoon aan de buitenkant te kunnen herkennen. De meeste respondenten waren wel goed op de hoogte van de werkelijke manieren van besmetting, namelijk onbeschermd seks, bloedcontact en het delen van naalden. Toch is het betreurenswaardig dat er zelfs bij deze vragen geen unanimititeit was. Ook was men minder goed op de hoogte van de andere besmettingswegen: via orale seks zonder condoom, via

borstvoeding en tijdens de bevalling. Over de genezingskansen van Aids waren de meningen verdeeld. Een aanzienlijk aantal was van mening dat de ziekte te genezen is.

De Russisch-sprekende respondenten wisten beter dan de Afrikanen hoe HIV verspreid wordt. De Russisch-sprekenden wisten vaker dan de Afrikanen dat HIV besmettelijk is, dat het virus doorgegeven kan worden via geslachtsgemeenschap, via het delen van naalden en tijdens de bevalling. Ook wisten zij vaker dan de Afrikanen dat HIV niet doorgegeven kan worden door een besmet iemand aan te raken. Toch heersten er ook onder de Russisch-sprekende respondenten veel misverstanden en hebben beide groepen proefpersonen grondige bijspijking nodig over de manieren waarop HIV zich verspreidt.

Het lijkt erop dat de respondenten het idee hadden meer over HIV en Aids te weten dan daadwerkelijk het geval was. Wellicht schatten ze hun kennis dus te hoog in. Wel was het zo dat diegenen die aangaven goed te kunnen uitleggen wat HIV en Aids is, ook meer kennis hadden dan diegenen die minder zeker waren een goede uitleg te kunnen geven van de ziekte. Toch was ook de kennis onder eerstgenoemden onder de maat.

Onder de groep ondervraagde Afrikanen werd er geen samenhang gevonden tussen de mate van kennis en persoonskenmerken zoals leeftijd, geslacht, verblijfsduur in Nederland, opleidingsniveau. Nu is dat laatste gemakkelijk te verklaren, gegeven het feit dat er weinig variatie was in het opleidingsniveau van de Afrikaanse respondenten: bijna allen waren laag opgeleid. Onder de groep Russisch-sprekenden werd alleen samenhang gevonden tussen het kennisniveau en het opleidingsniveau. Hoger en gemiddeld opgeleiden scoorden hoger dan lager opgeleiden.

Terugkomend op de eerste onderzoeksvraag:

Wat voor kennis hebben Angolese, Sierraleonese en Russisch-sprekende asielzoekers over HIV en Aids?,

kan geconcludeerd worden dat de genoemde groepen asielzoekers niet alleen te weinig kennis, maar ook en vooral foutieve kennis hebben over de manieren waarop HIV overgedragen wordt. Schrijvers van aids-voorlichtingsteksten aan deze groepen dienen zich hier bewust van te zijn. Het lijkt een goed idee om, behalve duidelijk te maken wat mogelijke manieren van besmetting zijn, in Aids-voorlichtingsmateriaal meer nadruk te leggen op de manieren waarop HIV niet overgedragen kan worden. Ook moet meer nadruk gelegd worden op geboorte en borstvoeding als mogelijke manieren van besmetting. Ten slotte moet zeer duidelijk gesteld worden, dat een persoon met HIV niet aan de buitenkant te herkennen is.

Men kan zich afvragen of het erg is dat de ondervraagden dachten dat er veel meer manieren zijn waarop HIV doorgegeven wordt (aanrakingen, insectenbeten, gezamenlijk gebruik van toilet en drinkbekers, tongzoenen). Je zou kunnen stellen dat zolang men óók op de hoogte is van de werkelijk manieren van besmetting, men zich toch goed kan beschermen. Toch is het van groot belang om de asielzoekers te vertellen over wat geen manieren van besmetting zijn. Ideeën dat aanrakingen, insectenbeten, zoenen, gezamenlijk gebruik van drinkbekers en toilet het virus kunnen doorgeven, kunnen leiden tot extra stigmatisering en/of uitstoting van mensen met Aids. Bovendien kunnen zulke overtuigingen leiden tot extra angst voor de ziekte. Wellicht werkt het gebruik van fear appeals in voorlichting dan minder goed. Als men al heel erg bang is om Aids te krijgen, dan is een fear appeal misschien minder overtuigend. Misschien is men in zo'n geval zelfs geneigd om de fear appeal te negeren, omdat men bijvoorbeeld het gevoel heeft dat het aanraken van een met HIV besmet persoon wel erg

moeilijk te voorkomen is. In § 2.2 is uitgelegd dat fear appeals niet werken als mensen niet weten hoe negatieve consequenties van een bepaald gedrag voorkomen kunnen worden.

6.2 *Gebrek aan interne samenhang*

De vragen die niet gericht waren op het toetsen van kennisvragen, maar informatie dienden in te winnen over houdingen, subjectieve normen, eigen effectiviteit, man-vrouw verhoudingen en culturele achtergronden waren geformuleerd als stellingen. Er zijn verschillende verklaringen te bedenken waarom deze vragen minder samenhang vertoonden dan verwacht. Het kan zijn dat het werken met verschillende tolken toch invloed heeft gehad op de manier van vragen stellen, ondanks het feit dat gewerkt is met vooraf vertaalde vragenlijsten. Soms moesten vragen verduidelijkt worden en iedere tolk doet dat natuurlijk op zijn/haar eigen manier. Desondanks lijkt het niet waarschijnlijk dat de verschillende tolken totaal verschillende strekkingen van de vragen overgebracht hebben. Met iedere tolk werd namelijk de vragenlijst vooraf doorgesproken.

Het kan ook zijn dat het werken met twee afnemers van de vragenlijst voor verschillende interpretaties van de vragen heeft gezorgd. Een aantal vragenlijsten zijn niet afgenomen door de onderzoeker, maar door een sociaal verpleegkundige van MOA. Wanneer een vraag verduidelijkt moest worden, kan het zijn dat de één deze net iets anders uitlegde dan de ander. Dit kan invloed hebben op de antwoorden van de respondenten. Toch lijkt ook dit niet al te waarschijnlijk, aangezien de sociaal verpleegkundige op de hoogte was van dit onderzoek en wist hoe de vragen geïnterpreteerd dienden te worden.

De meest voor-de-hand liggende verklaring lijkt te zijn dat de respondenten het te moeilijk vonden om op deze manier over gevoelige onderwerpen te praten als ziekte, dood, seks en relaties. Misschien hadden de ondervraagden er moeite mee om open en eerlijk te antwoorden en gaven zij daarom soms tegenstrijdige antwoorden. Het kan ook zijn dat de vragen niet zo eenduidig waren als vooraf gedacht en gehoopt, waardoor de ondervraagden ze niet helemaal goed begrepen of anders interpreteerden dan bedoeling was. Toch had de onderzoeker die indruk niet tijdens de gesprekken. Maar wellicht wilde men niet laten merken dat men de vraag niet begreep en koos men ervoor om meer willekeurig te antwoorden. Een andere mogelijkheid is dat de vragen inhoudelijk minder overeenkomen dan van tevoren gedacht en verwacht. Het kan ook zijn dat men moeite had met de antwoordcategorieën: helemaal mee eens tot helemaal niet mee eens. Dit lijkt een plausibele verklaring, aangezien de vijf antwoordmogelijkheden vanaf het begin door de onderzoeker vereenvoudigd moesten worden tot drie mogelijkheden. Het lijkt zinvol om bij eventueel vervolgonderzoek na te gaan of het werken met open vragen meer diepgaande antwoorden oplevert. Er zou dan gewerkt kunnen worden met een kwalitatieve methode van onderzoek. Het nadeel hiervan is wel dat er veel minder mensen ondervraagd kunnen worden, waardoor uitspraken over de gehele populatie per definitie onmogelijk worden.

Waarschijnlijk zal een combinatie van de in de vorige alinea genoemde verklaringen ervoor gezorgd hebben dat de resultaten minder onderlinge samenhang dan verwacht lieten zien. Nu is het zeker niet zo dat een gebrek aan onderlinge correlatie betekent dat de resultaten van de stellingvragen onbruikbaar geworden zijn. Gemiddelden en correlaties berekenen van elke vraag afzonderlijk levert net zo goed zinvolle informatie op.

6.3 *Onderzoeksvraag 2: houdingen, subjectieve normen en eigen-effectiviteit*

Wat betreft houdingen van de respondenten ten opzichte van het voorkomen van het oplopen van HIV/Aids en ten opzichte van (seksuele) relaties, lijkt het erop dat de respondenten opvattingen hebben die het gebruik van condooms in de weg kunnen staan. Men vindt dat condooms gebruikt dienen te worden bij prostitutiebezoek, bij mensen met wisselende seksuele contacten maar niet in vaste relaties. Geheel in lijn met eerder onderzoek zoals besproken in de literatuurstudie van dit rapport, wordt condoomgebruik geassocieerd met promiscuïteit en prostitutie; als iets wat niet past in een vaste relatie. Bij de Afrikanen bleek dit idee sterker aanwezig te zijn dan bij de Russisch-sprekenden, maar bij allebei de groepen wezen de cijfers in deze richting. Bovendien was het voor vele respondenten moeilijk om te praten over seks. De helft van de Afrikanen en een derde van de Russisch-sprekenden vond het niet gepast om met de partner open over seks te praten. Dit maakt het nog lastiger om te beginnen over het gebruik van condooms. Men loopt dan bovendien nog de kans verdacht te worden van ontrouw.

In hoeverre de druk van anderen, oftewel de subjectieve norm, een rol speelt bij beslissingen over wel of geen condoomgebruik is op basis van dit onderzoek niet helemaal duidelijk geworden. Ongeveer de helft van de ondervraagden gaf aan dat hun familie het belangrijk vindt dat hij/zij condooms gebruikt. Veel Afrikanen waren bereid zich iets aan te trekken van de mening van belangrijke anderen; onder de Russisch-sprekenden waren de meningen daarover verdeeld. Bij de vragen over subjectieve normen waren vrij veel proefpersonen neutraal. Dit geeft wellicht aan dat men niet weet hoe familie en vrienden denken over condoomgebruik; het kan echter ook betekenen dat men de vragen moeilijk vond. Concluderend lijkt het erop dat in elk geval bij de Afrikaanse proefpersonen de sociale druk een rol speelt: men voelt druk van anderen en is bereid zich daaraan aan te passen. Bij de Russisch-sprekenden lijkt druk van anderen ook enigszins een rol te spelen, maar blijft het onduidelijk hoe men omgaat met die druk.

De eigen-effectiviteit, de inschatting of men zich in staat voelt zich het gewenste gedrag uit te voeren, blijkt ook van invloed te zijn bij het voorkomen om besmet te raken. Een enigszins fatalistische houding onder de ondervraagden is wel te bespeuren. Een derde van de Afrikanen en even groot deel van de Russisch-sprekenden vond dat Aids niet te voorkomen is. Deze overtuiging was minder aanwezig onder de respondenten met meer kennis over HIV/Aids. Het kan zijn dat een dergelijke fatalistische houding condoomgebruik ontmoedigt. Tegelijkertijd voelde een grote meerderheid zich in staat zich te beschermen tegen HIV/Aids. Dat strookt niet helemaal met het voorgaande. Men was ook bang om Aids te krijgen, wat tevens enigszins tegenstrijdig is als men wel het idee heeft zich te kunnen beschermen tegen HIV/Aids. Misschien dat men zo bang was om Aids te krijgen, omdat men meende dat er zoveel manieren zijn om geïnfecteerd te raken (tongzoenen, insectenbeten, gezamenlijk gebruik van toilet, etc). Het blijft dan wel raar waarom de grote meerderheid zich in staat voelde zich te wapenen tegen Aids. Aangezien men zijn kennis hoger inschat dan die daadwerkelijk is, is het mogelijk dat men hier beter toe in staat denkt te zijn dan werkelijk het geval is. Immers, om jezelf goed te kunnen beschermen tegen Aids is kennis daarover noodzakelijk.

Samenvattend kan gezegd worden dat de respondenten bang zijn om Aids te krijgen, soms een enigszins fatalistische houding hebben ten opzichte van het oplopen van Aids, en zich vermoedelijk meer in staat achten zich te beschermen tegen Aids dan ze werkelijk kunnen.

Om terug te komen op onderzoeksvraag 2:

Wat voor houdingen, subjectieve normen en eigen-effectiviteit hebben Angolese, Sierraleonse en Russisch-sprekende asielzoekers ten opzichte van het voorkómen van HIV/Aids?

Ontwerpers van Aids-voorlichtingsmateriaal moeten zich bedenken dat Angolese, Sierraleonse en Russisch-sprekende asielzoekers condooms kunnen associëren met prostitutie, promiscuïteit en ontrouw. Bovendien is het voor deze mensen moeilijk om over dit soort onderwerpen te praten. Het is dus zaak om je, als ontwerper van Aids-teksten, bewust te zijn van deze overtuigingen. De vraag is of hier in huidig voorlichtingsmateriaal überhaupt aandacht aan besteed wordt. Voorlichters moeten zich afvragen of het zin heeft deze asielzoekers te proberen te overtuigen van het belang van het gebruik van condooms. Bovengenoemde overtuigingen die het gebruik van condooms tegen gaan, zijn misschien wel zo sterk aanwezig dat zij nauwelijks te veranderen zijn. Daarom moet nagegaan worden of het niet verstandiger is om in voorlichting de nadruk te leggen op andere manieren van veilig gedrag, bijvoorbeeld het hebben van één sekspartner. Los van de resultaten van dit onderzoek, maar op basis van de literatuurstudie van deze scriptie, kan gesteld worden dat VETC'ers (Voorlichters in Eigen taal en Cultuur) waarschijnlijk waardevolle tips kunnen geven over hoe de voorlichting aan te passen aan bestaande overtuigingen. Verder dienen voorlichters zich te realiseren dat de ondervraagde groepen asielzoekers wellicht gevoelig zijn voor groepsdruk. Ten slotte moeten de asielzoekers meer bewust worden gemaakt van de mate waarin zij zelf in staat zijn zich te beschermen tegen Aids. De asielzoekers moeten een eerlijke inschatting leren maken over hun eigen-effectiviteit.

6.4 *Onderzoeksvraag 3: traditionele Afrikaanse overtuigingen*

De resultaten van de vragen over traditionele Afrikaanse overtuigingen wijzen erop dat deze overtuigingen inderdaad de ideeën over condoomgebruik kunnen beïnvloeden. Het belang van het krijgen van kinderen is erg groot, zowel onder de mannelijke als onder de vrouwelijke respondenten. Dat betekent niet automatisch dat men ook volgens oud Afrikaans geloof vindt dat men na de dood alleen voorleeft indien men herinnerd wordt door het nageslacht, maar het legt in elk geval wel uit waarom óók mensen met HIV erop staan om kinderen te hebben. Omdat het belang van kinderen krijgen zo groot is, is het een goed idee om in voorlichtingsmateriaal te benadrukken dat men met Aids –met behulp van bepaalde medicijnen- toch gezonde kinderen kan krijgen.

De helft van de Afrikaanse respondenten vond dat het sperma van de man goed is voor de gezondheid van de vrouw en voor de groei van de foetus. Bovendien waren deze opvattingen niet alleen de Afrikanen toegegaan: bijna de helft van de Russisch-sprekende respondenten vond dat het sperma goed is voor de gezondheid van de vrouw. Ook was er geen negeerbaar aantal Russisch-sprekenden dat vond dat sperma goed is voor de groei van de baby. Ten slotte vonden de Russisch-sprekenden het belang van het krijgen van kinderen zelfs nog groter dan de Afrikanen dat vonden. Er bleek niet echt bijzondere populariteit te bestaan voor het bezoeken van traditionele artsen: het merendeel zou een westerse arts bezoeken in geval van ziekte. Bovendien correleerde deze vraag niet met de andere vragen over traditionele overtuigingen.

Terugkomend op onderzoeksvraag 3,

In hoeverre zijn Afrikaanse traditionele culturele overtuigingen die relevant zijn voor Aids-voorlichting aanwezig bij Angolese en Sierraleonse asielzoekers?

- *In hoeverre zijn deze overtuigingen typisch Afrikaans?*
- *In hoeverre zijn deze overtuigingen ook aanwezig bij Russisch-sprekende asielzoekers?*

mag op basis van deze uitkomsten geconcludeerd worden dat traditionele Afrikaanse overtuigingen zeker aanwezig zijn onder de Afrikaanse respondenten, en bovendien dat deze niet exclusief onder Afrikanen voorkomen. Dit soort overtuigingen zijn van het grootste belang bij Aids-voorlichting. Mensen die vinden dat het sperma van de man goed is voor de gezondheid van de vrouw en voor de groei van de foetus, zullen niet snel geneigd zijn om condooms te gaan gebruiken. Hetzelfde geldt voor mensen die hoe dan ook kinderen willen krijgen. Het zou fout zijn om te denken dat dit soort overtuigingen wel verdwijnen naarmate men langer in Nederland is, of naarmate men meer kennis krijgt over HIV/Aids. Deze overtuigingen bleken niet afhankelijk te zijn van kennis of opleidingsniveau.

Net als is gesteld bij de beantwoording van onderzoeksvraag 2, geldt ook hier dat voorlichters zich moeten afvragen of het zin heeft om mensen te over te halen om consequent condooms te gebruiken. In hoofdstuk 2 is al gesteld dat diepgewortelde overtuigingen zoals bovengenoemde bijzonder moeilijk -zo niet onmogelijk- te veranderen zijn.

Voorlichtingscampagnes die dat wel als doel hebben, zullen waarschijnlijk weinig bereiken. Voorlichters dienen op de hoogte te zijn van het bestaan van dergelijke traditionele overtuigingen die het gebruik van condooms in de weg staan en dienen deze niet zonder meer te verwerpen. In plaats daarvan lijkt het slimmer om deze overtuigingen juist te integreren met Aids-voorlichting en tegelijkertijd andere manieren dan condoomgebruik te benadrukken als bescherming tegen het oplopen van HIV. Ook hier geldt dat VETC'ers waarschijnlijk bijzonder waardevolle informatie kunnen geven over het verweven van dergelijke overtuigingen in voorlichting.

6.5 *Onderzoeksvraag 4: man-vrouw verhoudingen*

De laatste onderzoeksvraag diende inzicht te verkrijgen in man-vrouw verhoudingen bij asielzoekers en hoe men in dat verband tegen Nederlanders aankijkt:

Wat voor beeld hebben Angolese, Sierraleonse en Russisch-sprekende asielzoekers van hoe Nederlandse mannen en vrouwen met elkaar in seksuele relaties omgaan?

- *Hoe behoren, in de ogen van Angolese, Sierraleonse en Russisch-sprekende asielzoekers, mannen en vrouwen zich in seksuele relaties te gedragen?*
- *Hoe staan Angolese, Sierraleonse en Russisch-sprekende asielzoekers tegenover de manier waarop Nederlandse mannen en vrouwen met elkaar omgaan in seksuele relaties?*

Het blijkt dat de ondervraagde asielzoekers vrij traditioneel denken over man-vrouw verhoudingen. De asielzoekers zijn vooral duidelijk over wie de kostwinner behoort te zijn: zowel mannen als vrouwen vinden dat de man in de eerste plaats degene is die het geld binnen brengt en zorgt voor zijn gezin. De Russisch-sprekende vrouwelijke respondenten vonden het iets vaker normaal dat de vrouw die rol op zich neemt, maar toch was er geen twijfel over mogelijk wat het heersende idee hierover was. Dit is opvallend gezien het grote aantal werkende vrouwen in Oost-Europa. De helft van de Afrikanen en een derde van de Russisch-sprekenden vond dat de man bij seks het initiatief behoort te nemen. Kortom, de man behoort in de relatie de leider te zijn, en de vrouw de meer afhankelijke. Van vrouwen wordt

bovendien verwacht zich kuis te gedragen. Het is gemakkelijk voor te stellen hoe moeilijk het moet zijn voor deze vrouwen om te beginnen over condoomgebruik. Hoewel de meerderheid vreemdgaan van mannen net zozeer afkeurde als vreemdgaan van vrouwen, vond toch ongeveer een kwart van de Afrikanen en een kwart van de Russisch-sprekende dat hier verschil in zit. Verder vond bijna iedereen dat vrouwen verkeerd bezig zijn als zij veel losse seksuele contacten hebben.

Het beeld dat de ondervraagden hebben van hoe Nederlandse mannen en vrouwen in relaties met elkaar omgaan, verschilt nogal van hun eigen ideaalbeeld. Men vond dat Nederlanders open zijn over seks, en het merendeel vond dat Nederlanders zelfs té vrij en open met seks omgaan. Daarnaast was het merendeel van mening dat jonge en ongetrouwde Nederlandse vrouwen er een vrij en ongebonden seksueel leven op na houden. Russisch-sprekenden die in hun vrije tijd omgaan met Nederlanders, waren het hier nog sterker mee eens. Opvallend was dat vooral de Russisch-sprekenden vonden dat Nederlanders en vooral Nederlandse vrouwen vrij en ongedwongen met seks omgaan. Misschien hadden zij deze meningen niet meer dan de Afrikaanse respondenten, maar ze waren er in ieder geval uitgesprokener over.

Er heerst onder de Afrikaanse en Russisch-sprekende asielzoekers een man-vrouw beeld dat mogelijk afwijkt van het beeld dat Nederlanders hebben. Het is denkbaar dat asielzoekers niet zo goed weten hoe hier mee om te gaan en beginnen te denken dat men in Nederland een buitengewoon lage seksuele moraal hanteert. Het is aan te raden om hier in Aids-voorlichtingsmateriaal aandacht aan te besteden. Er zou bijvoorbeeld uitgelegd kunnen worden wat voor ideeën men in Nederland hierover heeft, zodat voor asielzoekers meer duidelijk wordt over de achtergrond hiervan. In Aids-teksten zou op z'n minst aandacht besteed moeten worden aan de verschillende machtsposities van mannen en vrouwen in relaties. Het is een idee om, voor zover dit niet al gebeurt, voor mannen en vrouwen apart voorlichtingsmateriaal te maken of om bij groepsvoorlichting mannen en vrouwen apart voor te lichten. Zonder aanwezigheid van het andere geslacht, heeft men misschien het gevoel opener te kunnen praten over man-vrouw verhoudingen.

Tot slot mag en moet op basis van de resultaten van dit onderzoek gesteld worden dat de ondervraagde Angolese, Sierraleonse en Russisch-sprekende asielzoekers hun eigen specifieke ideeën hebben over basale onderwerpen als seks, relaties, condoomgebruik en gezondheid. Het zou vanzelfsprekend moeten zijn dat hier in Aids-voorlichtingsmateriaal rekening mee gehouden wordt. Deze groepen asielzoekers zouden niet in aanraking moeten komen met voorlichting gericht aan Nederlanders, maar met voorlichting die toegespitst is op hun achtergronden, overtuigingen en ideeën. Schrijvers van Aids-teksten, voorlichters en iedereen die met deze groepen asielzoekers in aanraking komt, dienen zich te realiseren dat wanneer je deze asielzoekers vertelt dat condooms een uitstekende bescherming vormen tegen het oplopen van HIV, dit niet betekent zij die dan ook gaan gebruiken. Andere overtuigingen die veel dieper liggen dan de wetenschap dat condooms bescherming bieden, hebben hier de overhand. Zonder deze overtuigingen belachelijk te maken, moet er een manier te vinden zijn om mensen toch over te halen tot veiliger seksueel gedrag.

6.6 Concrete aanbevelingen voor voorlichting

- Behalve aandacht besteden aan manieren waarop HIV doorgegeven kan worden, meer nadruk leggen op de manieren waarop HIV/Aids *niet* doorgegeven wordt (zoals insectenbeten, gezamenlijk gebruik van toilet en drinkbekers, aanrakingen, tongzoenen);
- Meer aandacht besteden aan het feit dat HIV ook via onbeschermd orale seks, tijdens de bevalling en via borstvoeding overgedragen kan worden;
- Rekening houden met de aanwezigheid van het idee dat condooms niet passen in een vaste relatie, maar geassocieerd worden met promiscuïteit, prostitutie en ontrouw;
- Rekening houden met de mogelijkheid dat sociale druk een rol kan spelen bij de beslissing of men wel of niet condooms zal gebruiken;
- De eigen-effectiviteit (de inschatting van een persoon dat hij/zij in staat is het gewenste gedrag te vertonen) proberen te vergroten;
- Omdat het belang van het krijgen van kinderen erg groot is, benadrukken dat men met Aids toch gezonde kinderen kan krijgen;
- Rekening houden met de aanwezigheid van traditionele Afrikaanse overtuigingen zoals het idee dat het sperma van de man goed is voor de groei van de foetus en goed is voor de gezondheid van de vrouw;
- Op de hoogte zijn van het feit dat bovengenoemde Afrikaanse overtuigingen niet alleen aanwezig zijn onder Afrikaanse asielzoekers, maar ook onder Russisch-sprekenden;
- Houdingen en overtuigingen die het gebruik van condooms in de weg staan niet zonder meer verwerpen. In plaats daarvan wellicht manieren van veilig gedrag anders dan condoomgebruik promoten. Te denken valt bijvoorbeeld aan het richten van de aandacht op het hebben van één sekspartner;
- Aandacht besteden aan de verschillende machtsposities van mannen en vrouwen in relaties;
- Rekening houden met het feit dat vrouwen vaak een ondergeschikte positie ten opzichte van de man vervullen;
- Er bewust van zijn dat de ondervraagde asielzoekers vinden dat Nederlanders, en vooral jonge en ongetrouwde Nederlandse vrouwen, te vrij omgaan met seks. Daarom moet in voorlichting aandacht besteed worden aan hoe men in Nederland over seks en relaties denkt en hoe dit verschilt van de manier waarop de asielzoekers daarover denken.

7. Suggesties voor verder onderzoek

Het belang van Aids-voorlichting waarbij rekening gehouden wordt met de cultuur en de overtuigingen van de doelgroep is in voorgaande hoofdstukken aangetoond.

Vervolgonderzoek zou zich in de eerste plaats moeten richten op hoe de bevindingen van dit onderzoek op een juiste manier geïntegreerd kunnen worden in Aids-voorlichtingsmateriaal. In de laatste paragraaf van het voorgaande hoofdstuk is hiervoor al een aanzet gegeven.

Mogelijke onderzoeksvragen zouden kunnen zijn:

- Welke strategie van voorlichten boekt de beste resultaten?
- Op wat voor manier kunnen voorlichters met dezelfde culturele achtergrond een rol spelen bij de ontwikkeling van nieuw Aids-voorlichtingsmateriaal?
- Op wat voor manier kunnen culturele achtergronden, ideeën over condoomgebruik, en man-vrouw verhoudingen geïntegreerd worden met Aids-voorlichting?

In de tweede plaats is het een goed idee om het huidige onderzoek opnieuw te doen of uit te breiden, vóórdat de bevindingen van dit onderzoek verweven worden met Aids-voorlichting. Een vraag die hierbij wel gesteld moet worden, is of dezelfde vragenlijst gehanteerd zou moeten worden. Het is zinvol om de vragenlijst zo te veranderen, dat er meer interne samenhang ontstaat.

Hetzelfde onderzoek zou ook gedaan kunnen worden onder andere groepen asielzoekers dan Angolese, Sierraleoonse en Russisch-sprekende asielzoekers. Van belang is dan wel dat de respondenten ondervraagd worden in een taal die zij goed beheersen. Een andere mogelijkheid zou zijn om hetzelfde onderzoek uit te voeren met grotere groepen respondenten, opdat de conclusies op een meer algemeen niveau geplaatst kunnen worden en bovendien het uitvoeren van regressie-analyse zinvoller zou zijn. Een praktisch probleem hierbij is wel, dat het bij asielzoekers erg lastig is om van één culturele groep voldoende respondenten te vinden. De afkomst is erg divers en bovendien is het verloop van asielzoekers die komen en gaan vrij snel. Daarom is het wellicht een optie om niet asielzoekers, maar andere groepen allochtonen wonend in Nederland te selecteren als proefpersonen. Verder zou er een groep Nederlandse proefpersonen in het onderzoek betrokken kunnen worden, om na te gaan of hun antwoorden erg verschillen van de antwoorden van andere culturele groepen.

Aangezien dit onderzoek slechts een eerste inzicht heeft opgeleverd in hoe gedragsdeterminanten een rol spelen bij het seksuele gedrag van Angolese, Sierraleoonse en Russisch-sprekende asielzoekers, zou vervolgonderzoek zich kunnen richten op het onderzoeken van slechts één gedragsdeterminant, bijvoorbeeld alléén houdingen, alléén subjectieve normen, alléén eigen effectiviteit, alléén culturele achtergronden. Er kunnen dan veel diepgaandere uitspraken gedaan worden over elke gedragsdeterminant afzonderlijk.

Tot slot kan men zich afvragen of de manier van asielzoekers ondervragen zoals in dit onderzoek is gedaan, de juiste is. Misschien zou kwalitatief onderzoek meer diepgaande informatie opleveren. Er zouden dan open gesprekken gehouden kunnen worden met een aantal asielzoekers. Het nadeel van kwalitatief onderzoek is wel dat met kleine groepen gewerkt wordt en geen uitspraken gedaan kunnen worden over de gehele populatie. Daarom is

het ook een mogelijkheid om eerst een kwalitatief onderzoek uit te voeren, en op basis van de gegevens die dat oplevert een kwantitatief onderzoek te ontwikkelen.

Gezien het belang en de complexiteit van Aids-voorlichting in het algemeen, en Aids-voorlichting aan andere culturele groepen dan Nederlanders in het bijzonder, is vervolgonderzoek op wat voor manier ook zeer de moeite waard.

Literatuur

Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behaviour*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Baltus, G., Van der Ree, J., Roozeman, M. & Weide, J. (2003). *Werkdocument Voorlichting SOA/HIV-preventie. Herziene versie, september 2003*. Zuid-Holland: Medische Opvang Asielzoekers.

Bok, L. (1997). *Adolescents In Death-defying Sex-search. Integrating the Role of Constructions of Masculinity in a HIV/AIDS/STD Education Programme Designed for an Urban Tanzanian Context. A Gender Assessment Study*. Third World Centre/ Development Studies. Faculteit Sociale Wetenschappen: Katholieke Universiteit Nijmegen.

Bosman, J. & Buunk, J. (1982). *Sekseverschillen in seksuele ervaring: sociale wenselijkheid in sociaal seksuologisch onderzoek*. Katholieke Universiteit Nijmegen: Vakgroep Sociale Psychologie.

Central Intelligence Agency & Director of Central Intelligence. 2004. Verkregen van het World Wide Web op <<http://www.cia.gov/cia/publications/factbook/index.html>> op 16 – 02 – 2004.

De Mooij, M. (1998). *Global Marketing and Advertising. Understanding Cultural Paradoxes*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.

Dijkstra, W., Smit, J.H. & Comijs, H.C. (2001). Using Social Desirability Scales in Research among the Elderly. In *Quality and Quantity*, 35, p. 107 – 115.

Edwards, A.L. (1957). *The Social Desirability Variable in Personality Assessment and Research*. New York: Holt, Rinehart and Winstin, Inc.

El-Karimy, E., Gras, M., Varkevisser, C. & Van den Hoek, A. (2001). Risk perception and sexual relations among African migrants in Amsterdam. In *Medische Antropologie*, 13 (2), p. 301 – 322.

Fishbein, M. & Yzer, M. (2003). Using Theory to Design Effective health Behavior Interventions. In *Communication Theory: a journal of the International Communication Association*, vol 13 (2), p. 164 – 183.

GGD Hart voor Brabant. 2003. Verkregen van het World Wide Web op <<http://www.ggdhartvoorbrabant.nl>> op 14 – 12 – 2003.

Goodwin, R., Realo, A., Kwiatkowska, A., Kozlova, A., Nguyen Luu, L. A., & Nizharadze, G. (2002). Values and sexual behavior in Central and Eastern Europe. In *Journal of Health Psychology*, 7, p. 45 - 56.

Goodwin, R., Kozlova, A., Kwiatkowska, A., Nguyen Luu, L. A., Nizharadze, G., Realo, A., Külvet, A., & Rämmer, A. (2003). Social Representations of HIV/AIDS in Central and Eastern Europe. In *Social Science and Medicine*, 56, p. 1373 - 1384.

- Gudykunst, W. & Mody, B. (2002). *Handbook of International and Intercultural Communication*. 2nd. ed. Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.
- Gupta, G.R. & Weiss, E. (1993). Women's Lives and Sex: Implications for Aids Prevention. In *Culture, Medicine and Psychiatry*, 17, p. 399 – 412.
- Hall, E.T. & Hall, M. R. (1990). *Understanding Cultural Differences*. Yarmouth, Maine: Intercultural Press.
- Hoeken, H. (1998). *Het ontwerp van overtuigende teksten. Wat onderzoek leert over de opzet van effectieve reclame en voorlichting*. Bussum: Coutinho.
- Hoeken, H. & Korzilius, H. (2001). Enkele problemen bij experimenteel onderzoek naar de relevantie van cultuurverschillen. In *Tijdschrift voor Taalbeheersing*, 23 (4), p. 339 – 353.
- Hofstede, G. (1991). *Allemaal Andersdenkenden. Omgaan met cultuurverschillen*. Amsterdam: Contact.
- Hofstede, G. (2001). *Cultures Consequences. Comparing Values, Behaviors, Institutions, and Organizations Across Nations*. 2nd. ed. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.
- Huijbregts, V. (2002). Aandacht voor (machts)relaties. Seksuele voorlichting aan ama's. In *Phaxx*, 1, p. 10 – 12.
- Jansen, C. (2003). Be wise – condomise? Over de relevantie van de culturele achtergrond van in Nederland wonende Ghanezen voor voorlichting over HIV/AIDS. In *Tydskrif vir Nederlands & Afrikaans*, 10 (1), p. 137 – 151.
- Kocken, P., Wouter, L., Voorham, T. & De Zwart, O. (2003). *Amor i Salú. Het Rotterdamse communityproject ter bevordering van de seksuele gezondheid van Antillianen en Arubanen*. GGD Rotterdam en omstreken.
- Kok, G. (1992). *Gezondheidsvoorlichting*. Muiderberg: Coutinho.
- Korzilius, H. (2000). *De kern van survey onderzoek*. Assen: Van Gorcum & Comp.
- Leclerc-Madlala, S. (1997). Infect One, Infect All: Zulu Youth Response to the AIDS Epidemic in South Africa. In *Medical Anthropology*, 17, p. 363 – 380.
- Murray-Johnson, L., Witte, K., Liu, W.Y., Hubbell, A.P., Sampson, J. & Morrison, K. (2001). Addressing cultural orientations in fear appeals: promoting AIDS-protective behaviors among Mexican immigrants and African American adolescents and American and Taiwanese college students. In *Journal of Health Communication*, 6, p. 335 – 358.
- Op de Coul, E., Van Valkengoed, I., Van Sighem, A., De Wolf, F. & Van de Laar, M. (2003). *HIV en AIDS in Nederland*. Rapport 441100018/2003, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven. Beschikbaar via:
<http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/441100018.pdf>

Perloff, R. (2001). *Persuading People to have Safer Sex. Applications of Social Science to the AIDS Crisis*. London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Petty, R.E. & Cacioppo, J.T. (1986). *Communication and persuasion; central and peripheral routes to attitude change*. New York: Springer.

Realo, A., & Goodwin, R. (2003). Family-related allocentrism and HIV risk behavior in Central and Eastern Europe. In *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 34, p. 690 - 701.

Stichting Aids Fonds. 2003. Verkregen van het World Wide Web op <<http://www.aidsfonds.nl>> op 14 – 12 – 2003.

Stichting SOA bestijding. 2003. Verkregen van het World Wide Web op <<http://www.soa.nl>> op 14 – 12 – 2003.

Trompenaars, F. (1993). *Riding the Waves of Culture: Understanding Cultural Diversity in Business*. London: Nicholas Brealey Publishing Ltd.

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) & World Health Organization (WHO) (2003). *AIDS epidemic update*. Verkregen van het World Wide Web op <<http://www.unaids.org/Unaid/EN/Resources/Publications/Corporate+publications/AIDS+epidemic+update++December+2003.asp>> op 29 – 01 – 2004.

Van Dyk, A.C. (2001a). *HIV/AIDS Care & Counseling. A multidisciplinary approach*. 2nd. ed. Cape Town: Pearson Education South Africa.

Van Dyk, A.C. (2001b). Traditional African beliefs and customs: Implications for AIDS education and prevention in Africa. In *South African Journal of Psychology*, 31 (2), p. 60-66.

Van Loon, F. & Deven, F. (1979). De betekenis van sociale wenselijkheid bij de rapportering van coïtusfrequentie. In *Sociale Wetenschappen*, 22 (1), p. 60 – 72.

Van Niekerk, A. (1996). *Anderkant die reënboog*. Kaapstad: Tafelberg.

Van der Burgt, M., Haga, A. & Vlasblom, R. (1999). *Handboek SOA. Primaire en secundaire preventie van seksueel overdraagbare aandoeningen*. Utrecht: Stichting soa-bestrijding.

Van Woerkom, C. & Van Meegeren, P. (1999). *Basisboek communicatie en verandering*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Ward, M.C. (1993). A different disease: HIV/AIDS and Health Care for Women in Poverty. In *Culture, Medicine and Psychiatry*, 17, p. 413 – 430.

Wikipedia. De vrije encyclopedie. 2004. Verkregen van het World Wide Web op <http://nl.wikipedia.org/wiki/Landen_van_de_wereld> op 16 – 02 – 2004.

Wilson, B.D.M. & Miller, R.L. (2003). Examining Strategies for Culturally Grounded HIV Prevention: A Review. In *Aids Education and Prevention*, 15 (2), p. 184 – 202.

Wood, K., Maforah, F. & Jewkes, R. (1998). "He forced me to love him": putting violence on adolescent sexual health agendas. In *Social Science and Medicine*, 47 (2), p. 233 – 242.

Bijlage 1: De vragenlijst

Naam onderzoeker:

Naam tolk:

Datum:

Aanwezigen (naast geïnterviewde, onderzoeker en tolk):

Starttijd afname:

Heel hartelijk dank voor uw deelname aan dit onderzoek! U krijgt zodadelijk een aantal vragen en stellingen voorgelezen waarbij we graag uw mening horen. Bedenk dat er geen goede of foute antwoorden zijn: het gaat erom wat ú vindt. Van uw antwoorden hopen we meer te leren over hoe we betere voorlichting over Aids kunnen geven. U helpt ons dus enorm door uw deelname!

In totaal duurt het gesprek ongeveer 20 minuten. Niets wat u hier vertelt zal bekend worden gemaakt aan anderen. Stelt u gerust vragen als er iets onduidelijk is.

Eerst wil ik u vragen naar een aantal persoonsgegevens:

- Land van herkomst:
- Leeftijd:
- Geslacht:
- Moedertaal:
- Vanaf welk jaar bent u in Nederland?
- Wat voor onderwijs heeft u gehad?
- Aantal jaren onderwijs:
- Woonde u in uw land van herkomst in de stad of op het platteland?
 - stad
 - platteland
- Wat is uw burgerlijke staat?
 - alleenstaand
 - vaste relatie
 - getrouwd
 - gescheiden
 - weduwe/ weduwnaar

Indien respondent aangeeft gescheiden of weduwe/weduwnaar te zijn, maar nu een nieuwe vaste relatie heeft, kruis dan “vaste relatie” aan.

- Aantal kinderen?
- Heeft u familie (zoals broers, zussen, (groot)ouders, ooms, tantes) in Nederland?
- Wat is uw geloofsovertuiging?

- Gaat u in uw vrije tijd met (autochtone) Nederlanders om?

Dan beginnen we nu met een aantal vragen waarop u ja of nee kunt antwoorden. Als u echt geen idee heeft, kunt u kiezen voor “weet niet”. U kunt in totaal dus kiezen uit 3 antwoordmogelijkheden.

N.B. De antwoordmogelijkheid “onbespreekbaar” dient alleen ingevuld te worden indien gemerkt wordt dat de respondent echt geen antwoord wilt geven op een vraag. De respondent dient niet te weten van het bestaan van deze antwoordmogelijkheid.

- Als iemand u zou vragen wat Aids is, zou u dat dan kunnen uitleggen? Ja Nee Weet niet Onbespreekbaar
- Als iemand u zou vragen wat HIV is, zou u dat dan kunnen uitleggen? Ja Nee Weet niet Onbespreekbaar
- Is het aan iemand te zien of hij/zij HIV heeft? Ja Nee Weet niet Onbespreekbaar
- Kan een persoon die HIV heeft dat doorgeven aan iemand anders? Ja Nee Weet niet Onbespreekbaar
- Kan iemand HIV krijgen door:
 - insectenbeten Ja Nee Weet niet Onbespreekbaar
 - gezamenlijk gebruik van drinkbekers Ja Nee Weet niet Onbespreekbaar
 - bloedcontact Ja Nee Weet niet Onbespreekbaar
 - gezamenlijk gebruik van het toilet Ja Nee Weet niet Onbespreekbaar
 - geslachtsgemeenschap zonder condoom Ja Nee Weet niet Onbespreekbaar
 - iemand aan te raken Ja Nee Weet niet Onbespreekbaar
 - het delen van naalden bij drugsgebruik Ja Nee Weet niet Onbespreekbaar
 - orale seks zonder condoom Ja Nee Weet niet Onbespreekbaar
 - tongzoenen Ja Nee Weet niet Onbespreekbaar
- Kan HIV via borstvoeding doorgegeven worden van moeder op kind? Ja Nee Weet niet Onbespreekbaar
- Kan HIV tijdens de bevalling doorgegeven worden van moeder op kind? Ja Nee Weet niet Onbespreekbaar

Dan volgt nu een aantal stellingen waarbij u kunt aangeven in hoeverre u het ermee eens of oneens bent. U kunt kiezen uit de volgende antwoordcategorieën:

- helemaal niet mee eens
- niet mee eens
- neutraal
- mee eens
- helemaal mee eens

Als u het niet begrijpt, vraag het dan gerust. Nogmaals, net zoals bij de andere vragen zullen uw antwoorden nooit aan anderen bekend gemaakt worden.

8. Aids kan genezen worden.

helemaal niet mee eens helemaal mee eens

9. Aids is een ernstige ziekte.

helemaal niet mee eens helemaal mee eens

10. Ik zou deze wereld niet willen verlaten zonder kinderen gekregen te hebben.

helemaal niet mee eens helemaal mee eens

11. In een relatie dient de man de vrouw te onderhouden.

helemaal niet mee eens helemaal mee eens

12. Rob en Diana hebben 2 jaar een relatie. Als Diana seks wil met Rob dan behoort zij te wachten tot Rob het initiatief daartoe neemt.

helemaal niet mee eens helemaal mee eens

13. Mijn familie vindt het belangrijk dat ik condooms gebruik.

helemaal niet mee eens helemaal mee eens

14. Het is niet gepast om met mijn partner open over seks te praten.

helemaal niet mee eens helemaal mee eens

15. Nederlanders zijn open over seks.

helemaal niet mee eens helemaal mee eens

16. Ik ben bang om Aids te krijgen.

helemaal niet mee eens helemaal mee eens

17. Als een vrouw vreemd gaat, is dat even erg als een man die vreemd gaat.

helemaal niet mee eens helemaal mee eens

18. Als iemand naar een prostituee gaat, moet hij altijd een condoom gebruiken.

helemaal niet mee eens helemaal mee eens

19. Vrouwen die seks hebben met veel verschillende mannen, zijn verkeerd bezig.

helemaal niet mee eens helemaal mee eens

20. Aids is iets wat een mens overkomt. Ik kan het niet zelf voorkomen.

helemaal niet mee eens helemaal mee eens

21. Sommige mensen vinden dat zwangere vrouwen seks moeten hebben, omdat het sperma van de man goed is voor de groei van de baby. Dit vind ik ook.
 helemaal niet mee eens helemaal mee eens
22. Nederlanders gaan op een te vrije manier met seks om.
 helemaal niet mee eens helemaal mee eens
23. Als mijn vrienden willen dat ik condooms gebruik, dan zou ik dat een goede reden vinden om condooms te gebruiken.
 helemaal niet mee eens helemaal mee eens
24. Condooms zijn alleen noodzakelijk voor mensen die met veel verschillende mensen seks hebben.
 helemaal niet mee eens helemaal mee eens
25. Het is OK als de vrouw in een relatie de man onderhoudt.
 helemaal niet mee eens helemaal mee eens
26. Het sperma van de man is goed voor de gezondheid van de vrouw.
 helemaal niet mee eens helemaal mee eens
27. Ik ben in staat om me te beschermen tegen Aids.
 helemaal niet mee eens helemaal mee eens
28. Jonge en ongetrouwde Nederlandse vrouwen hebben seks met veel verschillende mannen.
 helemaal niet mee eens helemaal mee eens
29. Lisa is drie jaar samen met Ron. Ze heeft onlangs voorlichting over Aids gekregen en stelt nu voor dat zij en Ron condooms gaan gebruiken. Dit duidt erop dat zij ontrouw is geweest.
 helemaal niet mee eens helemaal mee eens
30. Als ik Aids zou hebben, zou ik gaan naar een:
 traditionele arts
 westerse arts
 beide
 geen arts

Eindtijd afname:

Heel hartelijk dank voor uw deelname!!

Bijlage 2: Engelse vertaling van de vragenlijst

Name researcher:

Date:

Others present (apart from interviewee and researcher):

Time at the beginning of interview:

Thank you very much for taking part in this research project! In a moment you will hear a few questions and statements which we would like to hear your opinion on. Please note that there are no right or wrong answers: it is your opinion that counts! We hope that your answers will show us how to improve our Aids education. So you will really help us by participating! The interview will last for about 20 minutes. Nothing you say here will be passed on to others. Please feel free to ask questions if anything is not clear.

First, I would like to know some personal details:

- Country of origin:
- Age:
- Gender:
- Mother tongue:
- As of which year have you been in the Netherlands?
- What kind of education have you had?
- How many years of education have you had?
- In your country of origin, did you live in an urban or a rural area?
 - urban (city/town)
 - rural (village)
- What is your marital status?
 - single
 - steady relationship
 - married
 - divorced
 - widow/ widower

In case the participant says s/he is divorced or widow/widower, but now has a new steady relationship, please tick "steady relationship".

- Number of children?
- Do you have family (like brothers, sisters, (grand)parents, uncles, aunts) in Holland?
- What is your religion?

- Do you spend time with Dutch people in your spare time?

We will now start with a number of questions. Please answer them either with ‘yes’ or ‘no’. If you really have no idea, you can opt for “don’t know”. So in total, there are 3 answering options you can choose from.

Note for the researcher: the answering option “taboo” should only be ticked if the participant is very reluctant to answer a particular question. The participant is not to be informed about the existence of this answering option.

1. If someone asked you what Aids is, would you be able to explain? Yes No Don’t know Taboo
2. If someone asked you what HIV is, would you be able to explain? Yes No Don’t know Taboo
3. Can you tell from just looking at someone whether s/he has HIV? Yes No Don’t know Taboo
4. Can a person with HIV pass HIV on to somebody else? Yes No Don’t know Taboo
5. Can someone get HIV from:
 - insect bites Yes No Don’t know Taboo
 - shared use of drinking cups Yes No Don’t know Taboo
 - blood-to-blood contact Yes No Don’t know Taboo
 - shared use of toilets Yes No Don’t know Taboo
 - sexual intercourse without a condom Yes No Don’t know Taboo
 - touching someone Yes No Don’t know Taboo
 - sharing drug needles Yes No Don’t know Taboo
 - oral sex without a condom (i.e. sexual activity in which the genitals of one partner are stimulated by the mouth of the other.) Yes No Don’t know Taboo
 - French kissing (i.e. kissing with contact between tongues) Yes No Don’t know Taboo
6. Can HIV be passed on from mother to child by breast-feeding? Yes No Don’t know Taboo

7. Can HIV be passed on from mother to child during child birth delivery? Yes No Don't know Taboo

Please indicate to what extend you agree with the following statements. You can choose from the following options:

- totally disagree
- disagree
- neutral
- agree
- totally agree

If you don't understand, don't hesitate to ask. Again, your answers will never be told to others, just like the previous questions.

8. Aids can be cured.
totally disagree totally agree

9. Aids is a serious disease.
totally disagree totally agree

10. I would not want to leave this world without having had children.
totally disagree totally agree

11. In a relationship it is the man who should provide for (look after) the woman.
totally disagree totally agree

12. Rob and Diana have had a relationship for 2 years now. If Diana wants sex with Rob she should wait until Rob takes the first step.
totally disagree totally agree

13. My family thinks it is important that I use condoms.
totally disagree totally agree

14. It is not appropriate to talk openly about sex with my partner.
totally disagree totally agree

15. Dutch people are open about sex.
totally disagree totally agree

16. I am afraid to get Aids.
totally disagree totally agree

17. A woman who cheats on her partner is just as bad as a man who cheats on his partner.
totally disagree totally agree

18. If someone visits a prostitute, he should always use a condom.
totally disagree totally agree

19. Women who have sex with lots of different men, are doing the wrong thing.
totally disagree totally agree

20. Aids is something that happens to you. I cannot prevent it myself.
 totally disagree totally agree
21. Some people think that pregnant women should have sex, because a man's semen is good for the growth of the baby. I share this opinion.
 totally disagree totally agree
22. Dutch people are too liberal in the way they deal with sex.
 totally disagree totally agree
23. If my friends wanted me to use condoms, I would think that that's a good reason for me to use condoms.
 totally disagree totally agree
24. Condoms are only necessary for people who have sex with lots of different people.
 totally disagree totally agree
25. It is okay if the woman provides for (looks after) the man in a relationship.
 totally disagree totally agree
26. A man's semen is good for a woman's health.
 totally disagree totally agree
27. I am able to protect myself against Aids.
 totally disagree totally agree
28. Young and unmarried Dutch women have sex with lots of different men.
 totally disagree totally agree
29. Lisa has been together with Ron for 3 years now. She has recently had some Aids education and suggests that she and Ron now start using condoms. This indicates that she has been unfaithful.
 totally disagree totally agree
30. If I had Aids, I would visit:
 a traditional healer
 a western doctor
 both
 no doctor

Time at the end of interview:

Thank you very much for your cooperation!!

Bijlage 3: Portugese vertaling van de vragenlijst

Nome investigador:

Nome do intérprete:

Data:

Presentes (além do inquirido, do investigador e do intérprete):

Hora de início:

Muito obrigado pela sua participação neste inquérito! Neste inquérito vão lhe ser lidas algumas perguntas em que pedimos a sua opinião. Não existem respostas certas nem erradas, apenas queremos saber a SUA opinião. Com as suas respostas esperamos aprender mais sobre a maneira de darmos informação sobre a SIDA. Através da sua participação ajuda-nos imenso! No total esta conversa vai demorar cerca de 20 minutos. Nada do que nos conta será transmitido a terceiros. Não hesite em fazer perguntas, se não compreender algo.

Primeiro pedimos alguns dados seus:

- País natal:

- Idade:

- Sexo:

- Língua materna:

- Desde que ano reside na Holanda?

- Quais são as suas habilitações escolares?

- Durante quantos anos frequentou a escola?

- No seu país natal vivia na cidade ou numa zona rural?
 - cidade
 - zona rural

- Qual é o seu estado civil?
 - solteiro
 - comprometido
 - casado
 - separado
 - viúvo

Se o inquirido responder que é viúvo, mas tiver uma nova relação, deverá assinalar o quadrado “comprometido”.

- Quantos filhos tem?

- Tem familiares (irmãos, avós, pais, tios) a morar na Holanda?

- Qual é a sua religião?

- Lida com holandeses no seu tempo livre?

Vamos começar com perguntas em que a sua resposta pode ser: sim ou não. Se não souber a resposta, pode responder que não sabe.

N.B. A resposta tabu só é preenchida se o inquirido não quer responder à pergunta. O inquirido não pode saber que existe esta possibilidade de resposta.

1. Se alguém lhe perguntasse se sabe o que é a SIDA, conseguia explicar-lhe? Sim Não Não sei tabu
2. Se alguém lhe perguntasse se sabe o que é HIV, conseguia explicar-lhe? Sim Não Não sei tabu
3. Consegue ver numa pessoa se é portadora do vírus HIV? Sim Não Não sei tabu
4. Uma pessoa infectada com HIV consegue transmitir este vírus a outra pessoa? Sim Não Não sei tabu
5. É possível ser infectado com HIV por:
 - picadelas de mosquitos Sim Não Não sei tabu
 - usar o mesmo copo que outra pessoa Sim Não Não sei tabu
 - contacto de sangue Sim Não Não sei tabu
 - usar uma casa de banho comum Sim Não Não sei tabu
 - ter relações sexuais sem preservativo Sim Não Não sei tabu
 - tocar em alguém Sim Não Não sei tabu
 - partilhar seringas para injectar droga Sim Não Não sei tabu
 - ter sexo oral sem preservativo Sim Não Não sei tabu
 - linguados Sim Não Não sei tabu
6. Uma mãe pode transmitir o vírus HIV ao filho através do leite materno? Sim Não Não sei tabu
7. Uma mãe pode transmitir o vírus HIV ao seu filho na altura do parto? Sim Não Não sei tabu

A seguir serão apresentadas várias afirmações, sobre as quais pode dar a sua opinião, indicando até que ponto concorda ou discorda com as mesmas. Pode escolher entre as seguintes respostas:

- não estou nada de acordo
- não concordo
- neutro
- concordo
- concordo totalmente

Se não perceber a pergunta, peça para repeti-la. Repito que estas respostas não serão divulgadas a mais ninguém.

8. A SIDA pode ser curada.

Não estou nada de acordo concordo totalmente

9. A SIDA é uma doença grave.

Não estou nada de acordo concordo totalmente

10. Eu não quero morrer sem ter tido filhos.

Não estou nada de acordo concordo totalmente

11. Numa relação o homem tem de sustentar a mulher.

Não estou nada de acordo concordo totalmente

12. O Rob e a Diana têm uma relação há dois anos. Se a Diana quiser ter relações sexuais, ela tem de esperar até que o Rob tome a iniciativa.

Não estou nada de acordo concordo totalmente

13. A minha família acha importante que eu use um preservativo.

Não estou nada de acordo concordo totalmente

14. Não é apropriado falar com o meu parceiro (a minha parceira) sobre sexo.

Não estou nada de acordo concordo totalmente

15. Os holandeses têm uma postura muito aberta quanto sexo.

Não estou nada de acordo concordo totalmente

16. Tenho medo de ser infectado com a SIDA.

Não estou nada de acordo concordo totalmente

17. Se uma mulher cometer adultério, é tão grave como se isto fosse feito por um homem.

Não estou nada de acordo concordo totalmente

18. Se uma pessoa for a uma prostituta deve usar um preservativo.

Não estou nada de acordo concordo totalmente

19. Mulheres que têm relações sexuais com mais de um homem estão a fazer uma coisa errada.

Não estou nada de acordo concordo totalmente

20. A SIDA é uma coisa que acontece a uma pessoa. Eu próprio não o posso prevenir.
 Não estou nada de acordo concordo totalmente
21. Algumas pessoas acham que mulheres grávidas devem ter sexo porque o esperma é bom para o crescimento da criança. Eu também acho.
 Não estou nada de acordo concordo totalmente
22. Os holandeses são demasiado liberais em termos de sexo.
 Não estou nada de acordo concordo totalmente
23. Se os meus amigos quisessem que eu usasse um preservativo, seria uma boa razão para mim para eu usar um preservativo.
 Não estou nada de acordo concordo totalmente
24. Preservativos só são necessários para pessoas que têm relações sexuais com pessoas diferentes.
 Não estou nada de acordo concordo totalmente
25. Não há problema se uma mulher sustenta o marido numa relação.
 Não estou nada de acordo concordo totalmente
26. O esperma dum homem é bom para a saúde duma mulher.
 Não estou nada de acordo concordo totalmente
27. Eu sou capaz de me proteger contra a SIDA.
 Não estou nada de acordo concordo totalmente
28. Mulheres holandesas novas e solteiras têm sexo com muitos homens diferentes.
 Não estou nada de acordo concordo totalmente
29. Lisa vive há três anos junto com o Ron. Há pouco tempo ela recebeu informação sobre a SIDA e propõe usar preservativos. Isto significa que ela o traiu.
 Não estou nada de acordo concordo totalmente
30. Se eu tivesse SIDA iria :
- A um médico tradicional (curandeiro)
 - Um medico europeu
 - Aos dois
 - Não iria ao médico

Hora final:

Muito obrigado pela sua participação!

Bijlage 4: Russische vertaling van de vragenlijst

Имя исследователя:

Имя переводчика:

Дата:

Присутствующие (кроме самого участника, исследователя и переводчика):

Начало собеседования:

Огромное спасибо за ваше участие в нашем исследовании! Вам будут заданы несколько вопросов, на которые вы можете ответить. Помните, что нет правильных или не правильных ответов. Нам важно ваше мнение. Мы надеемся на основе ваших идей/мыслей улучшить нашу информационно-просветительскую работу в области Спида.

Вы нам очень поможете своим участием!

Собеседование занимает около 20 минут. Мы гарантируем неразглашение вашей информации. Вы можете задавать вопросы, если вам что –либо не понятно.

Сначала мы хотели бы знать ваши личные данные:

- Страна происхождения:
- Возраст:
- Пол:
- Родной язык:
- С какого года вы проживаете в Голландии?
- Какое у вас образование?
- Сколько лет вы обучались в образовательных учреждениях?
- В стране происхождения вы жили в городе или сельской местности?
 - город
 - сельская местность
- Семейное положение:
 - холост/не замужем
 - совместное проживание
 - женат/замужем
 - разведен
 - вдова/вдовец

Если вы разведены или вдовец/вдова и в данный момент совместно проживаете с кем-либ , заполните ячейку “совместное проживание”

- Сколько у вас детей?
- Есть ли у вас родственники в Голландии (сестры, братья, бабушки, дедушки, дяди, тети)?

- Какого вы вероисповедания:
- Есть ли у вас друзья, знакомые среди коренных голландцев?

Теперь последуют несколько вопросов на которые вы можете ответить да или нет. Если вы не знаете что ответить, выберете ячейку -не знаю-.

Вариант ответа “не обсуждается” может быть отмечен исследователем, если он заметит, что вы не хотите отвечать на вопрос.

1. Если у вас спросят что такое Спид, вы смогли бы объяснить? Да Нет Не знаю Не обсуждается
2. Если у вас спросят что такое ВИЧ, вы смогли бы объяснить? Да Нет Не знаю Не обсуждается
3. Можно ли на вид определить болен ли человек ВИЧ? Да Нет Не знаю Не обсуждается
4. Может ли человек,имеющий инфекцию ВИЧ, заразить другого? Да Нет Не знаю Не обсуждается
5. Может человек заразиться ВИЧ инфекцией через:
 - укусы насекомых Да Нет Не знаю Не обсуждается
 - использование того же стакана/бутылки что и больной Да Нет Не знаю Не обсуждается
 - контакт через кровь Да Нет Не знаю Не обсуждается
 - использование одного и того же туалета с больным Да Нет Не знаю Не обсуждается
 - половой контакт без презерватива Да Нет Не знаю Не обсуждается
 - прикосновение к больному Да Нет Не знаю Не обсуждается
 - использование общих иглолок при инъекциях наркотиков Да Нет Не знаю Не обсуждается
 - оральный секс без презерватива Да Нет Не знаю Не обсуждается
 - глубокий поцелуй Да Нет Не знаю Не обсуждается
6. Может ли кормящая мать передать ВИЧ своему грудному ребенку? Да Нет Не знаю Не обсуждается

7. Может ли ребенок заразиться ВИЧ инфекцией от матери во время родов? Да Нет Не знаю Не обсуждается

Теперь последует ряд утверждений, на которые вы можете ответить следующим образом:

- абсолютно не согласен
- не согласен
- не уверен
- согласен
- абсолютно согласен

Если вам что-то не понятно, задавайте вопросы. Помните, что ваши ответы будут держаться в тайне.

8. Спид можно вылечить.

Абсолютно не согласен абсолютно согласен

9. Спид-серьезная болезнь.

Абсолютно не согласен абсолютно согласен

10. Я обязательно хочу иметь детей.

Абсолютно не согласен абсолютно согласен

11. Это нормально, если муж содержит жену (материально).

Абсолютно не согласен абсолютно согласен

12. Роб и Диана 2 года вместе. Если Диана хочет иметь секс с Робом, она должна подождать пока Роб сам проявит инициативу.

Абсолютно не согласен абсолютно согласен

13. Для моей семьи важно, чтобы я использовал презервативы.

Абсолютно не согласен абсолютно согласен

14. Не приемлемо открыто обсуждать с партнером вопросы секса.

Абсолютно не согласен абсолютно согласен

15. Голландцы могут открыто обсуждать секс.

Абсолютно не согласен абсолютно согласен

16. Я боюсь заразиться СПИДОМ.

Абсолютно не согласен абсолютно согласен

17. Если жена изменяет это также серьезно как и измена мужа.

Абсолютно не согласен абсолютно согласен

18. Если кто-то пользуется услугами проститутки, нужно обязательно использовать презерватив.

Абсолютно не согласен абсолютно согласен

19. Женщины, которые занимаются сексом со многими мужчинами, поступают не правильно.

Абсолютно не согласен абсолютно согласен

20. Спид это болезнь, которая сама настигает людей. Я не могу ее предотвратить.

Абсолютно не согласен абсолютно согласен

21. Некоторые люди думают, что беременная женщина должна регулярно иметь половой контакт с мужчиной, т.к. сперма полезна для плода. Я тоже так думаю.

Абсолютно не согласен абсолютно согласен

22. Голландцы имеют слишком лёгкое отношение к сексу.

Абсолютно не согласен абсолютно согласен

23. Если мои друзья хотят, чтобы я использовал презервативы, я их буду использовать.

Абсолютно не согласен абсолютно согласен

24. Презервативы нужны только тем, кто имеет несколько сексуальных партнеров.

Абсолютно не согласен абсолютно согласен

25. Это нормально, если жена содержит мужа (материально).

Абсолютно не согласен абсолютно согласен

26. Сперма мужчины полезна для здоровья женщины.

Абсолютно не согласен абсолютно согласен

27. Я в состоянии защитить себя от СПИДа.

Абсолютно не согласен абсолютно согласен

28. Молодые и незамужние голландки имеют половые контакты со множеством мужчин.

Абсолютно не согласен абсолютно согласен

29. Лиза вместе с Роном 3 года. Недавно она услышала о СПИДе и предложила Рону использовать презервативы. Это указывает на то что она ему изменила.

Абсолютно не согласен абсолютно согласен

30. Если бы у меня был СПИД, я бы пошел к:

- знахарю
- западному врачу
- к обоим
- не пошел бы вообще

Конец теста:

Большое спасибо за ваше участие!!!

Bijlage 5: De uitnodigingsbrief

MOA AGZ / JGZ / GVO T 073 640 45 00
Orthenseweg 2 F 073 612 48 96
Postbus 3166 E j.driessen.moa@ggdhvb.nl
5203 DD 's-Hertogenbosch

Datum	Onze referentie	Doorkiesnummer
03 – 05 – 2004	SC/CR/LD01	073 – 640 4066

Onderwerp
Uitnodiging deelname interview

Geachte heer/ mevrouw,

U verblijft sinds kort -of misschien al wat langer- in Nederland. Dit is voor u een nieuw en vreemd land waar dingen anders gaan dan u gewend bent. Misschien heeft u wel veel vragen over allerlei onderwerpen, bijvoorbeeld over ziekte en gezondheid. De stichting Medische Opvang Asielzoekers wilt u op dit gebied graag helpen en begeleiden.

Eén van de grote problemen waar we mee te maken hebben, is de ziekte aids. We willen personen die in Nederlands asiel zoeken graag duidelijk maken hoe hier met aids wordt omgegaan. En wat we doen om de ziekte te bestrijden.

Om dat zo goed mogelijk te doen, hebben we u nodig. We willen onze voorlichting namelijk zo graag zo goed mogelijk laten aansluiten bij de gedachten en ideeën omtrent aids die er bij u en uw in Nederland verblijvende landgenoten leven.

Daarom wil ik u van harte uitnodigen hierover te praten met één van onze medewerkers. Die zal u een paar vragen stellen uit een vragenlijst. Een tolk zal hierbij aanwezig zijn. Bij de beantwoording van de vragen is er geen 'goed' of 'fout': het gaat erom wat u vindt. Nogmaals: door deel te nemen aan dit onderzoek kunt u ons helpen onze voorlichting over aids te verbeteren.

Vanzelfsprekend kunt u rekenen op een vertrouwelijke behandeling: alles wat u vertelt tijdens het gesprek zal uitsluitend worden gebruikt ten behoeve van het MOA-onderzoek.

Als u aan het onderzoek mee wilt doen, bent u welkom op de volgende datum, locatie en tijdstip:

DATUM:

LOCATIE:

TIJD:

Als u vragen heeft, kunt u die stellen bij de MOA-balie op uw centrum. Bij voorbaat heel hartelijk bedankt voor uw medewerking!

Met vriendelijke groet,

S.J.F. de Wit,
directeur

Bijlage 6: Engelse vertaling van de uitnodigingsbrief

MOA AGZ / JGZ / GVO T 073 640 45 00
Orthenseweg 2 F 073 612 48 96
Postbus 3166 E j.driessen.moa@ggdhvb.nl
5203 DD 's-Hertogenbosch

Date
03 – 05 – 2004

Our reference
SC/CR/LD01

Direct line
073 – 640 4066

Subject
Request to participate in interview

Dear Sir/ Madam,

For a short while now -or maybe for a bit longer- you have been staying in the Netherlands. As a newcomer, you may have experienced that things here do not always work the same way you are used to. Perhaps you have many questions about different kinds of subjects, e.g. about sickness and health. The Medical Care for Asylum Seekers (Medische Opvang Asielzoekers) would like to help and guide you in this field.

One major problem that we face is the disease Aids. We want to make clear to anybody who seeks asylum in the Netherlands how Aids is perceived here and coped with. And what we do to fight this disease.

To be able to do this as best we can, we need you. We want to make sure that our Aids education corresponds with thoughts and ideas about Aids that live among you and your compatriots that are also staying in Holland.

Therefore I would like to invite you to come and talk about this with one of our co-workers. She will ask you a few questions from a questionnaire. An interpreter will be there too. When answering the questions there is no right or wrong: it is your opinion that matters. Once again: by participating in this research you will help us improve our Aids education.

Naturally the conversation will be strictly confidential: nothing you say will be shared with others.

Should you agree to participate, you are welcome at the following date, place and time:

DATE:

LOCATION:

TIME:

The MOA department at your centre will be happy to deal with any questions you might have.
Thank you very much for your cooperation!

Medical Care Asylum Seekers Brabant en Zeeland
S.J.F. de Wit - manager

Se quiser participar esta aqui o dia, a localidade e o horario em que temos tempo disponivel:

DATA:

LOCAL:

HORA:

Se estiver perguntas pode-se dirigir ao MAO no centro. Obrigado por a sua participaçãõ!

Stichting Medische Opvang Asielzoekers Brabant en Zeeland
S.J.F. de Wit - director

Bijlage 8: Russische vertaling van de uitnodigingsbrief

MOA AGZ / JGZ / GVO T 073 640 45 00
Orthenseweg 2 F 073 612 48 96
Postbus 3166 E j.driessen.moa@ggdhvb.nl
5203 DD 's-Hertogenbosch

Datum
03 – 05 – 2004

Onze referentie
SC/CR/LD01

Doorkiesnummer
073 – 640 4066

Onderwerp

Приглашение на участие в собеседовании

Уважаемые дамы и господа,

В настоящее время вы проживаете в Голландии, кто -то недавно кто-то уже давно. Это для вас новое окружение, новые порядки, отличные от тех, к которым вы привыкли. Возможно у вас есть многочисленные вопросы о здравоохранении или о лечении определенных болезней. Общество медицинской помощи беженцам может вам помочь и проконсультировать в этой области.

Одна из самых больших проблем нашего столетия- Спид. Мы хотим беженцам, приехавшим в Голландию, разъяснить как эта проблема в нашей стране контролируется и какие меры принимаются для ее предотвращения.

Чтобы нашу деятельность усовершенствовать, нам нужно ваше сотрудничество. Мы хотим наши информационные мероприятия и консультации приблизить к вашим интересам, идеям, проблемам в этой области, которые касаются вас или ваших близких и друзей.

Поэтому мы хотим пригласить вас на собеседование с одним из наших сотрудников. Он задаст вам несколько вопросов в присутствии переводчика. Помните, что нет правильных или не правильных ответов. Нам важно ваше мнение. Принимая участия в нашем исследовании, вы нам поможете улучшить нашу информационно-консультативную работу.

Естественно, мы гарантируем неразглашение информации , которую вы нам предоставите. Все о чем вы нам расскажите будет использовано только в целях исследования.

Если вы хотите принять участие в нашем исследовании, добро пожаловать! Время и место указаны ниже:

Дата:

Место:

Время:

Если у вас возникнут вопросы, обращайтесь в регистратуру центра.
Заранее спасибо за ваше сотрудничество!

Общество медицинской помощи беженцам
(Stichting Medische Opvang Asielzoekers Brabant en Zeeland)
S.J.F. de Wit - директор

Bijlage 9: Uitkomsten van regressie-analyse

Analyse van vraag 20 als afhankelijke variabele:

Onafhankelijke variabelen: *demographic variables* (leeftijd, verblijfsduur in Nederland, opleidingsniveau en kennisniveau).

Afhankelijke variabele: vraag 20: *Aids is iets wat een mens overkomt. Ik kan het niet zelf voorkomen.*

		B	Std. Error	Beta
Afrika	Intercept	,07677	,874	
	Leeftijd	-,0006100	,026	-,003
	Verblijfsduur in Nederland	-,03143	,090	-,051
	Opleidingsniveau	1,146	,554	,288 *
	Kennisniveau	,732	,272	,374 **
	Adjusted R-square	,114		
Voormalige Sovjet Unie	Intercept	3,935	,884	
	Leeftijd	,008008	,023	,050
	Verblijfsduur in Nederland	,007056	,092	,011
	Opleidingsniveau	-,693	,298	-,351 *
	Kennisniveau	-,273	,280	-,147
	Adjusted R-square	,094		

* p < .05 ** p < .01 *** p < .001

Onafhankelijke variabelen: *Attitudes towards targets, e.g. stereotypes and stigmas* (vr 14, 18, 24 en 29).

Afhankelijke variabele: vraag 20: *Aids is iets wat een mens overkomt. Ik kan het niet zelf voorkomen.*

		B	Std. Error	Beta
Afrika	Intercept	2,982	,660	
	Vr 14: Het is niet gepast om met mijn partner open over seks te ...	-,271	,153	-,283
	Vr 18: Als iemand naar een prostituee gaat, moet hij altijd een ...	-,305	,232	-,177
	Vr 24: Condooms zijn alleen noodzakelijk voor mensen die met ...	,160	,158	,151
	Vr 29: Lisa is ... duidt erop dat zij ontrouw is geweest.	-,101	,148	-,098
	Adjusted R-square	,106		
Voormalige Sovjet Unie	Intercept	3,379	1,281	
	Vr 14: Het is niet gepast om met mijn partner open over seks te...	,142	,151	,142
	Vr 18: Als iemand naar een prostituee gaat, moet hij altijd een...	-1,290	,997	-,195
	Vr 24: Condooms zijn alleen noodzakelijk voor mensen die met...	-,200	,148	-,210
	Vr 29: Lisa is ... duidt erop dat zij ontrouw is geweest	,129	,155	,128
	Adjusted R-square	,018		

* p < .05 ** p < .01 *** p < .001

Onafhankelijke variabelen: *Perceived risk* (vragen 9 en 16).

Afhankelijke variabele: vraag 20: *Aids is iets wat een mens overkomt. Ik kan het niet zelf voorkomen.*

		B	Std. Error	Beta
Afrika	Intercept	2,542	,442	
	Vr 9: Aids is een ernstige ziekte.	-,224	,270	-,119
	Vr 16: Ik ben bang om Aids te krijgen.	-,08064	,175	-,066
	Adjusted R-square	,018		
Voormalige Sovjet Unie	Intercept	2,217	,289	
	Vr 16: Ik ben bang om Aids te krijgen.	,01667	,151	,016
	Adjusted R-square	,000		

* p < .05 ** p < .01 *** p < .001

Onafhankelijke variabelen: *Culture* (vragen 10, 11, 12, 15, 17, 19, 21, 22, 25, 26 en 28)

Afhankelijke variabele: vraag 20: *Aids is iets wat een mens overkomt. Ik kan het niet zelf voorkomen.*

		B	Std. Error	Beta
Afrika	Intercept	1,517	,736	
	Vr 10: Ik zou deze wereld niet willen verlaten zonder kinderen ...	,319	,165	,307
	Vr 21: Sommige ... sperma van de man goed is voor de groei van ...	-,148	,214	-,119
	Vr 26: Het sperma van de man is goed voor de gezondheid van de ...	,110	,203	,088
	Vr 11: In een relatie dient de man de vrouw te onderhouden.	,312	,176	,287
	Vr 12: ... dan behoort zij te wachten tot Rob het initiatief daartoe ...	,08356	,139	,086
	Vr 17: Als een vrouw vreemd gaat, is dat even erg als een man die ...	,230	,161	,212
	Vr 19: Vrouwen die seks hebben met veel verschillende mannen ...	-,157	,246	-,101
	Vr 25: Het is OK als de vrouw in een relatie de man onderhoudt.	-,554	,170	-,495 **
	Vr 15: Nderlanders zijn open over seks.	,02730	,236	,017
	Vr 22: Nederlanders gaan op een te vrije manier met seks om.	,08506	,162	,076
	Vr 28: Jonge en ongetrouwde Nederlandse vrouwen hebben seks....	,333	,199	,257
	Adjusted R-square	,203		
Voormalige Sovjet Unie	Intercept	3,614	,900	
	Vr 10: Ik zou deze wereld niet willen verlaten zonder kinderen gekregen te hebben.	-,08475	,164	-,073
	Vr 21: Sommige ... sperma van de man goed is voor de groei van ...	-,405	,185	-,314 *
	Vr 26: Het sperma van de man is goed voor de gezondheid van de ...	-,167	,196	-,122
	Vr 11: In een relatie dient de man de vrouw te onderhouden.	-,09876	,145	-,096
	Vr 12: ... dan behoort zij te wachten tot Rob het initiatief daartoe ...	,374	,141	,353 *
	Vr 17: Als een vrouw vreemd gaat, is dat even erg als een man die ...	,278	,149	,267
	Vr 19: Vrouwen die seks hebben met veel verschillende mannen ...	-,194	,189	-,156
	Vr 25: Het is OK als de vrouw in een relatie de man onderhoudt.	-,182	,127	-,192
	Vr 15: Nderlanders zijn open over seks.	-,455	,374	-,165
	Vr 22: Nederlanders gaan op een te vrije manier met seks om.	,02858	,139	,027
	Vr 28: Jonge en ongetrouwde Nederlandse vrouwen hebben seks met veel verschillende mannen	-,01858	,197	-,014
	Adjusted R-square	,314		

* p< .05 ** p< . 01 *** p< .001

Finale analyse van vraag 20: zie § 5.3.

Analyse van vraag 27 als afhankelijke variabele:

Onafhankelijke variabelen: *demographic variables* (leeftijd, verblijfsduur in Nederland, opleidingsniveau en kennisniveau).

Afhankelijke variabele: vraag 27: *Ik ben in staat om me te beschermen tegen Aids.*

		B	Std. Error	Beta
Afrika	Intercept	2,505	,764	
	Leeftijd	-,01488	,023	-,101
	Verblijfsduur in Nederland	-,03390	,079	-,066
	Opleidingsniveau	,02373	,484	,007
	Kennisniveau	-,399	,238	-,246
	Adjusted R-square	,015		
Voormalige Sovjet Unie	Intercept	,313	,591	
	Leeftijd	,002958	,016	,029
	Verblijfsduur in Nederland	,117	,062	,281
	Opleidingsniveau	,02925	,200	,023
	Kennisniveau	,183	,187	,154
	Adjusted R-square	,011		

* p< .05 ** p< . 01 *** p< .001

Onafhankelijke variabelen: *Attitudes towards targets, e.g. stereotypes and stigmas* (vr 14, 18, 24 en 29).

Afhankelijke variabele: vraag 27: *Ik ben in staat om me te beschermen tegen Aids.*

		B	Std. Error	Beta
Afrika	Intercept	,673	,580	
	Vr 14: Het is niet gepast om met mijn partner open over seks te ...	,183	,135	,231
	Vr 18: Als iemand naar een prostituee gaat, moet hij altijd een ...	,217	,204	,153
	Vr 24: Condooms zijn alleen noodzakelijk voor mensen die met ...	,02599	,139	,030
	Vr 29: Lisa is ... duidt erop dat zij ontrouw is geweest.	,09581	,130	,113
	Adjusted R-square	-,006		
Voormalige Sovjet Unie	Intercept	,799	,776	
	Vr 14: Het is niet gepast om met mijn partner open over seks te ...	,117	,092	,186
	Vr 18: Als iemand naar een prostituee gaat, moet hij altijd een ...	-,168	,604	-,040
	Vr 24: Condooms zijn alleen noodzakelijk voor mensen die met ...	-,08962	,090	-,150
	Vr 29: Lisa is ... duidt erop dat zij ontrouw is geweest.	,255	,094	,403 **
	Adjusted R-square	,089		

* p< .05 ** p< . 01 *** p< .001

Onafhankelijke variabelen: *Perceived risk* (vragen 9 en 16).

Afhankelijke variabele: vraag 27: *Ik ben in staat om me te beschermen tegen Aids.*

		B	Std. Error	Beta
Afrika	Intercept	1,428	,359	
	Vr 9: Aids is een ernstige ziekte.	,252	,219	,161
	Vr 16: Ik ben bang om Aids te krijgen.	-,161	,142	-,160
	Adjusted R-square	,016		
Voormalige Sovjet Unie	Intercept	1,259	,182	
	Vr 16: Ik ben bang om Aids te krijgen.	-,008081	,095	-,012
	Adjusted R-square	-,021		

* p< .05 ** p< . 01 *** p< .001

Onafhankelijke variabelen: *Culture* (vragen 10, 11, 12, 15, 17, 19, 21, 22, 25, 26 en 28)

Afhankelijke variabele: vraag 27: *Ik ben in staat om me te beschermen tegen Aids.*

		B	Std. Error	Beta
Afrika	Intercept	2,071	,747	
	Vr 10: Ik zou deze wereld niet willen verlaten zonder kinderen ...	-,08873	,167	-,102
	Vr 11: In een relatie dient de man de vrouw te onderhouden.	-,151	,178	-,166
	Vr 12: ... dan behoort zij te wachten tot Rob het initiatief...	,07441	,141	,092
	Vr 15: Nederlanders zijn open over seks.	-,216	,240	-,162
	Vr 17: Als een vrouw vreemdgaat, is dat even erg als een man...	,06255	,164	,069
	Vr 19: Vrouwen die seks hebben met veel verschillende mannen ...	,03424	,250	,026
	Vr 21: ... omdat het sperma ... goed is voor de groei van de baby ...	,04439	,217	,043
	Vr 22: Nederlanders gaan op een te vrije manier met seks om.	-,08731	,165	-,092
	Vr 25: Het is OK als de vrouw in een relatie de man onderhoudt.	,08385	,173	,089
	Vr 26: Het sperma ... is goed voor de gezondheid van de vrouw.	-,07130	,206	-,068
	Vr 28: Jonge ongetrouwde Nederlandse vrouwen hebben seks met ...	-,09282	,202	-,085
	Adjusted R-square	-,164		
Voormalige Sovjet Unie	Intercept	,416	,637	
	Vr 10: Ik zou deze wereld niet willen verlaten zonder kinderen ...	,179	,116	,246
	Vr 11: In een relatie dient de man de vrouw te onderhouden.	-,004863	,102	-,008
	Vr 12: ... dan behoort zij te wachten tot Rob het initiatief...	-,007830	,100	-,012
	Vr 15: Nederlanders zijn open over seks.	,113	,264	,066
	Vr 17: Als een vrouw vreemdgaat, is dat even erg als een man...	,133	,105	,204
	Vr 19: Vrouwen die seks hebben met veel verschillende mannen ...	,287	,134	,369 *
	Vr 21: ... omdat het sperma ... goed is voor de groei van de baby ...	-,05052	,131	-,062
	Vr 22: Nederlanders gaan op een te vrije manier met seks om.	,05982	,098	,091
	Vr 25: Het is OK als de vrouw in een relatie de man onderhoudt.	-,07971	,090	-,133
	Vr 26: Het sperma ... is goed voor de gezondheid van de vrouw.	,01872	,139	,022
	Vr 28: Jonge ongetrouwde Nederlandse vrouwen hebben seks met ...	-,02161	,140	-,027
	Adjusted R-square	,131		

* p< .05 ** p< . 01 *** p< .001

Finale analyse van vraag 27: *Ik ben in staat om me te beschermen tegen Aids.*

		B	Std. Error	Beta
Afrika	Intercept	1,638	,293	
	Vr 19: Vrouwen die vrouwen seks hebben met veel verschillende mannen, zijn verkeerd bezig.	-,215	,183	-,176
	Vr 29: Lisa is 3 jaar samen met Ron. Ze heeft onlangs voorlichting over Aids gehad en stelt nu voor dat zij en Ron condooms gaan gebruiken. Dit duidt erop dat zij ontrouw is geweest.	,08429	,127	,099
	Adjusted R-square	-,011		
Voormalige Sovjet Unie	Intercept	,448	,216	
	Vr 19: Vrouwen die vrouwen seks hebben met veel verschillende mannen, zijn verkeerd bezig.	,311	,100	,400 **
	Vr 29: Lisa is 3 jaar samen met Ron. Ze heeft onlangs voorlichting over Aids gehad en stelt nu voor dat zij en Ron condooms gaan gebruiken. Dit duidt erop dat zij ontrouw is geweest.	,157	,081	,251
	Adjusted R-square	,231		

* p< .05 ** p< . 01 *** p< .001

Analyse van vraag 13 als afhankelijke variabele:

Onafhankelijke variabelen: *demographic variables* (leeftijd, verblijfsduur in Nederland, opleidingsniveau en kennisniveau).

Afhankelijke variabele: vraag 13: *Mijn familie vindt het belangrijk dat ik condooms gebruik.*

		B	Std. Error	Beta
Afrika	Intercept	2,111	,857	
	Leeftijd	-,01652	,026	-,105
	Verblijfsduur in Nederland	-,0004007	,087	-,001
	Opleidingsniveau	,02033	,534	,006
	Kennisniveau	-,04334	,270	-,025
	Adjusted R-square	-,077		
Voormalige Sovjet Unie	Intercept	1,581	,903	
	Leeftijd	,04074	,024	,253
	Verblijfsduur in Nederland	-,178	,094	-,273
	Opleidingsniveau	,211	,305	,107
	Kennisniveau	-,306	,286	-,164
	Adjusted R-square	,060		

* p< .05 ** p< . 01 *** p< .001

Onafhankelijke variabelen: *Attitudes towards targets, e.g. stereotypes and stigmas* (vr 14, 18, 24 en 29).

Afhankelijke variabele: vraag 13: *Mijn familie vindt het belangrijk dat ik condooms gebruik.*

		B	Std. Error	Beta
Afrika	Intercept	1,235	,593	
	Vr 14: Het is niet gepast om met mijn partner open over seks te ...	,01569	,138	,019
	Vr 18: Als iemand naar een prostituee gaat, moet hij altijd een ...	,490	,206	,332 *
	Vr 24: Condooms zijn alleen noodzakelijk voor mensen die met ...	-,163	,144	-,178
	Vr 29: Lisa is ... duidt erop dat zij ontrouw is geweest.	,03583	,133	,039
	Adjusted R-square	,085		
Voormalige Sovjet Unie	Intercept	,989	1,271	
	Vr 14: Het is niet gepast om met mijn partner open over seks te ...	,297	,150	,298
	Vr 18: Als iemand naar een prostituee gaat, moet hij altijd een ...	,406	,989	,062
	Vr 24: Condooms zijn alleen noodzakelijk voor mensen die met ...	-,09513	,147	-,101
	Vr 29: Lisa is ... duidt erop dat zij ontrouw is geweest.	-,001572	,154	-,002
	Adjusted R-square	,021		

* p< .05 ** p< . 01 *** p< .001

Onafhankelijke variabelen: *Perceived risk* (vragen 9 en 16).

Afhankelijke variabele: vraag 13: *Mijn familie vindt het belangrijk dat ik condooms gebruik.*

		B	Std. Error	Beta
Afrika	Intercept	1,112	,369	
	Vr 9: Aids is een ernstige ziekte.	,01345	,222	,008
	Vr 16: Ik ben bang om Aids te krijgen.	,387	,144	,369 **
	Adjusted R-square	,098		
Voormalige Sovjet Unie	Intercept	1,459	,278	
	Vr 16: Ik ben bang om Aids te krijgen.	,259	,145	,253
	Adjusted R-square	,044		

* p< .05 ** p< . 01 *** p< .001

Onafhankelijke variabelen: *Culture* (vragen 10, 11, 12, 15, 17, 19, 21, 22, 25, 26 en 28)

Afhankelijke variabele: vraag 13: *Mijn familie vindt het belangrijk dat ik condooms gebruik.*

		B	Std. Error	Beta
Afrika	Intercept	2,781	,781	
	Vr 10: Ik zou deze wereld niet willen verlaten zonder kinderen ...	,03712	,179	,040
	Vr 11: In een relatie dient de man de vrouw te onderhouden.	-,03809	,187	-,039
	Vr 12: ... dan behoort zij te wachten tot Rob het initiatief...	-,142	,147	-,167
	Vr 15: Nederlanders zijn open over seks.	-,01407	,252	-,010
	Vr 17: Als een vrouw vreemdgaat, is dat even erg als een man...	-,173	,172	-,183
	Vr 19: Vrouwen die seks hebben met veel verschillende mannen ...	-,03594	,266	-,027
	Vr 21: ... omdat het sperma ... goed is voor de groei van de baby ...	-,02748	,226	-,025
	Vr 22: Nederlanders gaan op een te vrije manier met seks om.	,04772	,176	,048
	Vr 25: Het is OK als de vrouw in een relatie de man onderhoudt.	,08458	,181	,087
	Vr 26: Het sperma ... is goed voor de gezondheid van de vrouw.	-,137	,213	-,126
	Vr 28: Jonge ongetrouwde Nederlandse vrouwen hebben seks met ...	-,316	,211	-,279
	Adjusted R-square	-,150		
Voormalige Sovjet Unie	Intercept	3,599	,964	
	Vr 10: Ik zou deze wereld niet willen verlaten zonder kinderen ...	-,357	,176	-,310 *
	Vr 11: In een relatie dient de man de vrouw te onderhouden.	,300	,155	,294
	Vr 12: ... dan behoort zij te wachten tot Rob het initiatief...	-,179	,151	-,170
	Vr 15: Nederlanders zijn open over seks.	,502	,400	,183
	Vr 17: Als een vrouw vreemdgaat, is dat even erg als een man...	-,391	,159	-,378 *
	Vr 19: Vrouwen die seks hebben met veel verschillende mannen ...	,164	,202	,133
	Vr 21: ... omdat het sperma ... goed is voor de groei van de baby ...	-,103	,198	-,080
	Vr 22: Nederlanders gaan op een te vrije manier met seks om.	-,249	,149	-,238
	Vr 25: Het is OK als de vrouw in een relatie de man onderhoudt.	-,05053	,136	-,054
	Vr 26: Het sperma ... is goed voor de gezondheid van de vrouw.	-,516	,210	-,380
	Vr 28: Jonge ongetrouwde Nederlandse vrouwen hebben seks met ...	,119	,211	,093
	Adjusted R-square	,204		

* p < .05 ** p < .01 *** p < .001

Finale analyse van vraag 13: *Mijn familie vindt het belangrijk dat ik condooms gebruik.*

		B	Std. Error	Beta
Afrika	Intercept	1,189	,506	
	Vr 10: Ik zou deze wereld niet willen verlaten zonder kinderen gekregen te hebben.	-,03777	,126	-,042
	Vr 16: Ik ben bang om Aids te krijgen.	,249	,158	,238
	Vr 17: Als een vrouw vreemd gaat, is dat even erg als een man die vreemd gaat.	-,06612	,131	-,070
	Vr 18: Als iemand naar een prostituee gaat, moet hij altijd een condoom gebruiken.	,410	,216	,279
	Vr 26: Het sperma van de man is goed voor de gezondheid van de vrouw.	-,123	,153	-,116
	Adjusted R-square	,117		
S.U.	Intercept	2,624	1,032	
	Vr 10: Ik zou deze wereld niet willen verlaten zonder kinderen gekregen te hebben.	-,258	,161	-,224
	Vr 16: Ik ben bang om Aids te krijgen.	,211	,140	,205
	Vr 17: Als een vrouw vreemd gaat, is dat even erg als een man die vreemd gaat.	-,306	,146	-,295 *
	Vr 18: Als iemand naar een prostituee gaat, moet hij altijd een condoom gebruiken.	,385	,913	,059
	Vr 26: Het sperma van de man is goed voor de gezondheid van de vrouw.	-,369	,185	-,271
	Adjusted R-square	,176		

* p < .05 ** p < .01 *** p < .001

Analyse van vraag 23 als afhankelijke variabele:

Onafhankelijke variabelen: *demographic variables* (leeftijd, verblijfsduur in Nederland, opleidingsniveau en kennisniveau).

Afhankelijke variabele: vraag 23: *Als mijn vrienden willen dat ik condooms gebruik, dan zou ik dat een goede reden vinden om condooms te gebruiken.*

		B	Std. Error	Beta
Afrika	Intercept	2,699	,802	
	Leeftijd	,02583	,024	,161
	Verblijfsduur in Nederland	,01712	,082	,031
	Opleidingsniveau	-,905	,508	-,252
	Kennisniveau	-,623	,250	-,353 *
	Adjusted R-square	,081		
Voormalige Sovjet Unie	Intercept	,219	,971	
	Leeftijd	,02991	,027	,174
	Verblijfsduur in Nederland	,04717	,102	,069
	Opleidingsniveau	,550	,331	,267
	Kennisniveau	-,274	,315	-,138
	Adjusted R-square	,036		

* p< .05 ** p< . 01 *** p< .001

Onafhankelijke variabelen: *Attitudes towards targets, e.g. stereotypes and stigmas* (vr 14, 18, 24 en 29).

Afhankelijke variabele: vraag 23: *Als mijn vrienden willen dat ik condooms gebruik, dan zou ik dat een goede reden vinden om condooms te gebruiken.*

		B	Std. Error	Beta
Afrika	Intercept	1,702	,539	
	Vr 14: Het is niet gepast om met mijn partner open over seks te ...	-,311	,125	-,361*
	Vr 18: Als iemand naar een prostituee gaat, moet hij altijd een ...	,744	,190	,481***
	Vr 24: Condooms zijn alleen noodzakelijk voor mensen die met ...	-,235	,129	-,247
	Vr 29: Lisa is ... duidt erop dat zij ontrouw is geweest.	-,02777	,121	-,030
	Adjusted R-square	,266		
Voormalige Sovjet Unie	Intercept	,965	,579	
	Vr 14: Het is niet gepast om met mijn partner open over seks te ...	,440	,150	,415 **
	Vr 24: Condooms zijn alleen noodzakelijk voor mensen die met...	,03223	,147	,032
	Vr 29: Lisa is ... duidt erop dat zij ontrouw is geweest.	-,03459	,154	-,033
	Adjusted R-square	,116		

* p< .05 ** p< . 01 *** p< .001

Onafhankelijke variabelen: *Perceived risk* (vragen 9 en 16).

Afhankelijke variabele: vraag 23: *Als mijn vrienden willen dat ik condooms gebruik, dan zou ik dat een goede reden vinden om condooms te gebruiken.*

		B	Std. Error	Beta
Afrika	Intercept	1,017	,382	
	Vr 9: Aids is een ernstige ziekte.	,07759	,233	,046
	Vr 16: Ik ben bang om Aids te krijgen.	,343	,151	,312 *
	Adjusted R-square	,060		
Voormalige Sovjet Unie	Intercept	1,498	,294	
	Vr 16: Ik ben bang om Aids te krijgen.	,298	,153	,279
	Adjusted R-square	,057		

* p< .05 ** p< . 01 *** p< .001

Onafhankelijke variabelen: *Culture* (vragen 10, 11, 12, 15, 17, 19, 21, 22, 25, 26 en 28)

Afhankelijke variabele: vraag 23: *Als mijn vrienden willen dat ik condooms gebruik, dan zou ik dat een goede reden vinden om condooms te gebruiken.*

		B	Std. Error	Beta
Afrika	Intercept	1,515	,746	
	Vr 10: Ik zou deze wereld niet willen verlaten zonder kinderen ...	-,157	,167	-,166
	Vr 11: In een relatie dient de man de vrouw te onderhouden.	-,06243	,178	-,063
	Vr 12: ... dan behoort zij te wachten tot Rob het initiatief...	,008304	,141	,009
	Vr 15: Nederlanders zijn open over seks.	,483	,239	,332
	Vr 17: Als een vrouw vreemdgaat, is dat even erg als een man...	,284	,163	,287
	Vr 19: Vrouwen die seks hebben met veel verschillende mannen ...	,182	,250	,128
	Vr 21: ... omdat het sperma ... goed is voor de groei van de baby ...	,252	,217	,222
	Vr 22: Nederlanders gaan op een te vrije manier met seks om.	-,103	,164	-,100
	Vr 25: Het is OK als de vrouw in een relatie de man onderhoudt.	-,151	,173	-,148
	Vr 26: Het sperma ... is goed voor de gezondheid van de vrouw.	-,201	,205	-,177
	Vr 28: Jonge ongetrouwde Nederlandse vrouwen hebben seks met ...	-,239	,202	-,202
	Adjusted R-square	,015		
Voormalige Sovjet Unie	Intercept	1,415	1,075	
	Vr 10: Ik zou deze wereld niet willen verlaten zonder kinderen ...	-,588	,203	-,473 **
	Vr 11: In een relatie dient de man de vrouw te onderhouden.	,120	,174	,111
	Vr 12: ... dan behoort zij te wachten tot Rob het initiatief...	,06339	,175	,057
	Vr 15: Nederlanders zijn open over seks.	,973	,436	,341 *
	Vr 17: Als een vrouw vreemdgaat, is dat even erg als een man...	,236	,179	,218
	Vr 19: Vrouwen die seks hebben met veel verschillende mannen ...	,393	,232	,305
	Vr 21: ... omdat het sperma ... goed is voor de groei van de baby ...	-,06435	,216	-,048
	Vr 22: Nederlanders gaan op een te vrije manier met seks om.	-,359	,163	-,328 *
	Vr 25: Het is OK als de vrouw in een relatie de man onderhoudt.	-,07890	,148	-,080
	Vr 26: Het sperma ... is goed voor de gezondheid van de vrouw.	-,04710	,229	-,033
	Vr 28: Jonge ongetrouwde Nederlandse vrouwen hebben seks met ...	,03255	,232	,024
	Adjusted R-square	,146		

* p< .05 ** p< . 01 *** p< .001

Finale analyse van vraag 23: *Als mijn vrienden willen dat ik condooms gebruik, dan zou ik dat een goede reden vinden om condooms te gebruiken.*

		B	Std. Error	Beta
Afrika	Intercept	1,767	,662	
	Vr 14: Het is niet gepast om met mijn partner open over seks te praten.	-,300	,123	-,343 *
	Vr 18: Als iemand naar een prostituee gaat, moet hij altijd een condoom gebruiken.	,618	,212	,403 **
	Vr 10: Ik zou deze wereld niet willen verlaten zonder kinderen gekregen te hebben.	-,231	,128	-,245
	Vr 15: Nederlanders zijn open over seks.	,240	,194	,165
	Vr 22: Nederlanders gaan op een te vrije manier met seks om.	-,04633	,129	-,045
	Vr 16: Ik ben bang om Aids te krijgen.	,111	,149	,102
	Kennisniveau	-,254	,238	-,140
	Adjusted R-square	,310		
Voormalige Sovjet Unie	Intercept	,784	,856	
	Vr 14: Het is niet gepast om met mijn partner open over seks te praten.	,415	,140	,391 **
	Vr 10: Ik zou deze wereld niet willen verlaten zonder kinderen gekregen te hebben.	-,199	,161	-,160
	Vr 15: Nederlanders zijn open over seks.	,753	,357	,264 *
	Vr 22: Nederlanders gaan op een te vrije manier met seks om.	-,375	,145	-,343 *
	Vr 16: Ik ben bang om Aids te krijgen.	,189	,137	,177
	Kennisniveau	,009666	,263	,005
	Adjusted R-square	,321		

* p< .05 ** p< . 01 *** p< .001

Bijlage 10: Gemiddelde antwoorden Afrikaanse respondenten op de stellingen

<i>Vraag 9: Aids is een ernstige ziekte.</i>	<i>Percentage</i>
Mee eens	82.4
Neutraal	13.7
Niet mee eens	3.9
<i>Vraag 10: Ik zou deze wereld niet willen verlaten zonder kinderen gekregen te hebben.</i>	<i>Percentage</i>
Mee eens	64.7
Neutraal	2
Niet mee eens	29.4
<i>Vraag 11: In een relatie dient de man de vrouw te onderhouden.</i>	<i>Percentage</i>
Mee eens	68.6
Neutraal	3.9
Niet mee eens	27.5
<i>Vraag 12: Rob en Diana hebben 2 jaar een relatie. Als Diana seks wil met Rob dan behoort zij te wachten tot Rob het initiatief daartoe neemt.</i>	<i>Percentage</i>
Mee eens	54.9
Neutraal	3.9
Niet mee eens	41.2
<i>Vraag 13: Mijn familie vindt het belangrijk dat ik condooms gebruik.</i>	<i>Percentage</i>
Mee eens	52.9
Neutraal	21.6
Niet mee eens	21.6
<i>Vraag 14: Het is niet gepast om met mijn partner open over seks te praten.</i>	<i>Percentage</i>
Mee eens	51
Neutraal	3.9
Niet mee eens	45.1
<i>Vraag 15: Nederlanders zijn open over seks.</i>	<i>Percentage</i>
Mee eens	68.6
Neutraal	23.5
Niet mee eens	5.9
<i>Vraag 16: Ik ben bang om Aids te krijgen.</i>	<i>Percentage</i>
Mee eens	78.4
Neutraal	3.9
Niet mee eens	17.6
<i>Vraag 17: Als een vrouw vreemd gaat, is dat even erg als een man die vreemd gaat.</i>	<i>Percentage</i>
Mee eens	74.5
Neutraal	2
Niet mee eens	23.5
<i>Vraag 18: Als iemand naar een prostituee gaat, moet hij altijd een condoom gebruiken.</i>	<i>Percentage</i>
Mee eens	82.4
Neutraal	11.8
Niet mee eens	5.9

<i>Vraag 19: Vrouwen die seks hebben met veel verschillende mannen, zijn verkeerd bezig.</i>	<i>Percentage</i>
Mee eens	80.4
Neutraal	9.8
Niet mee eens	9.8
<i>Vraag 20: Aids is iets wat een mens overkomt. Ik kan het niet zelf voorkomen.</i>	<i>Percentage</i>
Mee eens	37.3
Neutraal	9.8
Niet mee eens	52.9
<i>Vraag 21: Sommige mensen vinden dat zwangere vrouwen seks moeten hebben, omdat het sperma van de man goed is voor de groei van de baby. Dit vind ik ook.</i>	<i>Percentage</i>
Mee eens	54.9
Neutraal	27.5
Niet mee eens	17.6
<i>Vraag 22: Nederlanders gaan op een te vrije manier met seks om.</i>	<i>Percentage</i>
Mee eens	52.9
Neutraal	21.6
Niet mee eens	25.5
<i>Vraag 23: Als mijn vrienden willen dat ik condooms gebruik, dan zou ik dat een goede reden vinden om condooms te gebruiken.</i>	<i>Percentage</i>
Mee eens	64.7
Neutraal	11.8
Niet mee eens	23.5
<i>Vraag 24: Condooms zijn alleen noodzakelijk voor mensen die met veel verschillende mensen seks hebben.</i>	<i>Percentage</i>
Mee eens	66.7
Neutraal	5.9
Niet mee eens	27.5
<i>Vraag 25: Het is OK als de vrouw in een relatie de man onderhoudt</i>	<i>Percentage</i>
Mee eens	21.6
Neutraal	5.9
Niet mee eens	72.5
<i>Vraag 26: Het sperma van de man is goed voor de gezondheid van de vrouw</i>	<i>Percentage</i>
Mee eens	51
Neutraal	29.4
Niet mee eens	19.6
<i>Vraag 27: Ik ben in staat om me te beschermen tegen Aids</i>	<i>Percentage</i>
Mee eens	66.7
Neutraal	15.7
Niet mee eens	17.6
<i>Vraag 28: Jonge en ongetrouwde Nederlandse vrouwen hebben seks met veel verschillende mannen.</i>	<i>Percentage</i>
Mee eens	54.9
Neutraal	31.4
Niet mee eens	13.7

<i>Vraag 29: Lisa is drie jaar samen met Ron. Ze heeft onlangs voorlichting gehad over Aids en stelt nu voor dat zij en Ron condooms gaan gebruiken. Dit duidt erop dat zij ontrouw is geweest.</i>	<i>Percentage</i>
Mee eens	54.9
Neutraal	11.8
Niet mee eens	33.3
<i>Vraag 30: Als ik Aids zou hebben, zou ik gaan naar een:</i>	<i>Percentage</i>
Traditionele arts	7.8
Westerse arts	78.4
Beide	5.9
Geen arts	7.8

N.B. Vanwege missing values komen sommige percentages niet exact uit op 100.

Bijlage 11: Gemiddelde antwoorden Russisch-sprekende respondenten op de stellingen

<i>Vraag 9: Aids is een ernstige ziekte.</i>	<i>Percentage</i>
Mee eens	100
Neutraal	0
Niet mee eens	0
<i>Vraag 10: Ik zou deze wereld niet willen verlaten zonder kinderen gekregen te hebben.</i>	<i>Percentage</i>
Mee eens	69.4
Neutraal	8.2
Niet mee eens	20.4
<i>Vraag 11: In een relatie dient de man de vrouw te onderhouden.</i>	<i>Percentage</i>
Mee eens	65.3
Neutraal	4.1
Niet mee eens	30.6
<i>Vraag 12: Rob en Diana hebben 2 jaar een relatie. Als Diana seks wil met Rob dan behoort zij te wachten tot Rob het initiatief daartoe neemt.</i>	<i>Percentage</i>
Mee eens	30.6
Neutraal	10.2
Niet mee eens	59.2
<i>Vraag 13: Mijn familie vindt het belangrijk dat ik condooms gebruik.</i>	<i>Percentage</i>
Mee eens	49
Neutraal	12.2
Niet mee eens	38.8
<i>Vraag 14: Het is niet gepast om met mijn partner open over seks te praten.</i>	<i>Percentage</i>
Mee eens	32.7
Neutraal	2
Niet mee eens	65.3
<i>Vraag 15: Nederlanders zijn open over seks.</i>	<i>Percentage</i>
Mee eens	93.9
Neutraal	4.1
Niet mee eens	2
<i>Vraag 16: Ik ben bang om Aids te krijgen.</i>	<i>Percentage</i>
Mee eens	61.2
Neutraal	8.2
Niet mee eens	30.6
<i>Vraag 17: Als een vrouw vreemd gaat, is dat even erg als een man die vreemd gaat.</i>	<i>Percentage</i>
Mee eens	71.4
Neutraal	0
Niet mee eens	28.6
<i>Vraag 18: Als iemand naar een prostituee gaat, moet hij altijd een condoom gebruiken.</i>	<i>Percentage</i>
Mee eens	95.9
Neutraal	2
Niet mee eens	0

<i>Vraag 19: Vrouwen die seks hebben met veel verschillende mannen, zijn verkeerd bezig.</i>	<i>Percentage</i>
Mee eens	65.3
Neutraal	18.4
Niet mee eens	16.3
<i>Vraag 20: Aids is iets wat een mens overkomt. Ik kan het niet zelf voorkomen.</i>	<i>Percentage</i>
Mee eens	34.7
Neutraal	6.1
Niet mee eens	59.2
<i>Vraag 21: Sommige mensen vinden dat zwangere vrouwen seks moeten hebben, omdat het sperma van de man goed is voor de groei van de baby. Dit vind ik ook.</i>	<i>Percentage</i>
Mee eens	14.3
Neutraal	26.5
Niet mee eens	59.2
<i>Vraag 22: Nederlanders gaan op een te vrije manier met seks om.</i>	<i>Percentage</i>
Mee eens	65.3
Neutraal	6.1
Niet mee eens	28.6
<i>Vraag 23: Als mijn vrienden willen dat ik condooms gebruik, dan zou ik dat een goede reden vinden om condooms te gebruiken.</i>	<i>Percentage</i>
Mee eens	46.9
Neutraal	2
Niet mee eens	46.9
<i>Vraag 24: Condooms zijn alleen noodzakelijk voor mensen die met veel verschillende mensen seks hebben.</i>	<i>Percentage</i>
Mee eens	44.9
Neutraal	0
Niet mee eens	55.1
<i>Vraag 25: Het is OK als de vrouw in een relatie de man onderhoudt</i>	<i>Percentage</i>
Mee eens	53.1
Neutraal	0
Niet mee eens	46.9
<i>Vraag 26: Het sperma van de man is goed voor de gezondheid van de vrouw</i>	<i>Percentage</i>
Mee eens	46.9
Neutraal	38.8
Niet mee eens	14.3
<i>Vraag 27: Ik ben in staat om me te beschermen tegen Aids</i>	<i>Percentage</i>
Mee eens	83.7
Neutraal	8.2
Niet mee eens	8.2
<i>Vraag 28: Jonge en ongetrouwde Nederlandse vrouwen hebben seks met veel verschillende mannen.</i>	<i>Percentage</i>
Mee eens	61.2
Neutraal	24.5
Niet mee eens	14.3

<i>Vraag 29: Lisa is drie jaar samen met Ron. Ze heeft onlangs voorlichting gehad over Aids en stelt nu voor dat zij en Ron condooms gaan gebruiken. Dit duidt erop dat zij ontrouw is geweest.</i>	<i>Percentage</i>
Mee eens	40.8
Neutraal	10.2
Niet mee eens	49
<i>Vraag 30: Als ik Aids zou hebben, zou ik gaan naar een:</i>	<i>Percentage</i>
Traditionele arts	6.1
Westerse arts	71.4
Beide	6.1
Geen arts	16.3

N.B. Vanwege missing values komen sommige percentages niet exact uit op 100.