

Marleen Plaat

Wees niet bang, laat je testen!

Een experimenteel onderzoek naar de overtuigingskracht van een VCT-voorlichtingstekst waarin geprobeerd wordt angst voor stigma te verminderen onder zwarte Zuid-Afrikanen uit verschillende sociale klassen.

Epidasa-project
Radboud Universiteit Nijmegen, Bedrijfscommunicatie Letteren
Universiteit Stellenbosch



Radboud Universiteit Nijmegen



STELLENBOSCH UNIVERSITY
• your knowledge partner •

Marleen Plaat

Wees niet bang, laat je testen!

Een experimenteel onderzoek naar de overtuigingskracht van een VCT-voorlichtingstekst waarin geprobeerd wordt angst voor stigma te verminderen onder zwarte Zuid-Afrikanen uit verschillende sociale klassen.

Nijmegen, 7 november 2005

Epidasa-project
Radboud Universiteit Nijmegen, Bedrijfscommunicatie Letteren
Universiteit Stellenbosch

Begeleiders:
Prof. dr. C.J.M. Jansen
Prof. dr. L.G. de Stadler

Samenvatting

Om de verspreiding van HIV in Zuid-Afrika tegen te gaan is het belangrijk dat de Zuid-Afrikanen zich bewust zijn van hun HIV-status en zij hier op een verantwoordelijke manier mee omgaan. Met VCT-voorlichtingscampagnes wordt daarom geprobeerd mensen ertoe te brengen zich te laten testen op HIV, maar tot op heden zijn deze campagnes onvoldoende effectief gebleken. De angst voor het AIDS-stigma vormt een belangrijke barrière voor VCT.

In een experiment is nagegaan in hoeverre een VCT-voorlichtingstekst waarin geprobeerd wordt de angst voor stigma te verminderen bij zwarte bevolkingsgroepen uit verschillende sociale klassen in Zuid-Afrika tot een positievere gedragsintentie ten aanzien van VCT leidt dan een tekst waarin zo'n poging niet wordt ondernomen. In de voorlichtingstekst waarmee geprobeerd werd angst voor stigma te verminderen, werd de nadruk gelegd op de vertrouwelijkheid van de test, goed en gelukkig leven met HIV en de vele ondersteuning die iemand met HIV kan krijgen. In de andere tekst werd hier geen aandacht aan besteed. Ook werd in de tekst waarin geprobeerd werd angst voor stigma te verminderen, uitgelegd dat een HIV-positief resultaat mogelijk negatieve gevolgen zou kunnen hebben (depressiviteit, ziek worden, sociale afwijzing etc.), terwijl in de andere voorlichtingstekst gesteld werd dat deze negatieve gevolgen op zouden treden.

De teksten zijn verdeeld onder 218 zwarte deelnemers; van hen hadden er 123 een hoge sociaal economische status (SES) en 95 deelnemers een lage SES. Na het lezen van de voorlichtingstekst moesten de deelnemers 61 vragen beantwoorden over demografische kenmerken (3 gesloten en 3 open vragen), over het effect van de voorlichtingstekst (10 stellingen met zevenpunts-Likert-antwoordschalen), over het risico dat zij gelopen hadden op een HIV-besmetting, over hun HIV-status (9 gesloten en 2 open vragen) en over de kans op gedragsverandering (33 stellingen met zevenpunts-Likert-antwoordschalen en 2 gesloten vragen).

Het bleek dat de VCT-voorlichtingstekst waarin geprobeerd werd de angst voor stigma te verminderen bij zwarte bevolkingsgroepen uit verschillende sociale klassen in Zuid-Afrika niet leidde tot een positievere gedragsintentie ten aanzien van VCT dan de tekst waarin die poging niet werd ondernomen. Over het algemeen hadden de deelnemers weinig intentie zich te laten testen. Het is mogelijk dat attitude, subjectieve norm, eigen effectiviteit, barrières en vaardigheden niet voldoende positief waren ten aanzien van de intentie om zich aan te melden voor VCT. De attitude ten aanzien van VCT zou mogelijk positiever worden wanneer de vrees voor stigma afneemt. Vooral bij deelnemers met een lage SES werd vrees voor zowel instrumenteel als symbolisch stigma vastgesteld. Zij vreesden stigma sterker dan deelnemers met een hoge SES en zij hadden ook meer last van barrières. Het lijkt er al met al op dat het wellicht te ambitieus is om ervan uit te gaan dat de inzet van alleen een tekst zou kunnen leiden tot een significante vermindering van de angst voor stigma en zo een belangrijke psychologische barrière, die mensen weerhoudt van VCT, weg zou kunnen nemen.

Voorwoord

De beschrijving van de cursus “Interculture aspecten van gezondheidsvoorlichting in Zuid-Afrika” die door prof. dr. Carel Jansen en gastdocent prof. dr. Leon de Stadler (uit Zuid-Afrika) gegeven zou worden, sprak me zo aan dat ik dagen voor de computer heb gezeten om me van een inschrijving op deze cursus te verzekeren, met resultaat.

Gedurende de cursus leerde ik veel over het AIDS-probleem in Zuid-Afrika en over de wijze waarop met campagnes geprobeerd wordt de verspreiding van HIV tegen gaan. In het college nodigde Leon de Stadler geïnteresseerden uit om in Zuid-Afrika een bijdrage te komen leveren aan het Epidasa-project, dat als doel heeft de mogelijkheden te onderzoeken om de effectiviteit van persuasieve documenten over HIV/AIDS in Zuid-Afrika te verbeteren. Nieuwsgierig gemaakt naar Zuid-Afrika en geïntrigeerd door de enorme impact van HIV/AIDS op het leven in Zuid-Afrika, wilde ik graag ingaan op deze uitnodiging. Het leek mij de ideale kans om een steentje bij te dragen aan de strijd tegen HIV/AIDS, een andere cultuur te ervaren en tevens mijn afstudeerscriptie te schrijven.

Het stigma dat op HIV/AIDS rust en de grote gevolgen die dat met zich meebrengt, zoals sociale afwijzing, lag me het meest aan mijn hart. Uit eigen ervaring weet ik wat sociale isolatie wegens een ziekte betekent. Voor mij was het daarom een logische keuze om stigma een hoofdrol te laten spelen in mijn scriptie. Daarnaast wilde ik me op een specifieke soort voorlichtingstekst richten. Aangezien campagnes die mensen oproepen zich te laten testen op HIV tot de belangrijkste strategieën behoren in de strijd tegen de verspreiding van HIV, viel mijn keuze op dit soort teksten.

Toen bij de literatuurstudie bleek dat met name de zwarte en arme bevolking sterk onder stigma te leiden had, leek het mij interessant om mijn onderzoek bij arme en rijke zwarten uit te voeren. Door te kiezen voor deze groep bleek mijn onderzoek er niet gemakkelijker op te worden. Het leverde niet enkel praktische problemen op, maar het verzwaarde mijn onderzoek ook op een andere manier. Naast de grote problemen met HIV/AIDS en het stigma waar ik dagelijks over las, kregen grote armoede en de gevolgen van tientallen jaren rassenspolitiek betekenis voor me door wat ik hier zelf van zag. Het zien van deze problemen in het paradijselijke Zuid-Afrika vond ik hartverscheurend en deed mij soms vergeten dat Zuid-Afrika ook heel veel mooie kanten heeft.

Dit onderzoek en de maanden dat ik in Zuid-Afrika heb geleefd, hebben een grote indruk op mij gemaakt. Ik ben dankbaar voor de kans die ik heb gekregen om in Zuid-Afrika een bijdrage te mogen leveren aan het Epidasa-project en de fijne begeleiding die ik daarbij van Carel Jansen en Leon de Stadler heb gehad. De gesprekken die ik met hen over mijn onderzoek en over Zuid-Afrika heb gehad waren erg inspirerend en motiverend. Ik kon altijd rekenen op een snelle en adequate reactie van Carel Jansen en voorzichtig gegeven kritieken van Leon de Stadler, die altijd werden gevolgd door een geweldige peptalk.

Daarnaast zou ik graag Phumlani Sibula en Vuyo Mgijima bedanken voor de tomeloze energie die zij hebben gestoken in het vinden van deelnemers voor mijn onderzoek. Ook wil ik de heer

Jadezweni bedanken voor het benaderen van de werknemers in het departement Afrikatalen, en Mododa die op een wijnboerderij in Stellenbosch deelnemers heeft geworven.

Marleen Plaat

Nijmegen, 27 november 2005

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
Voorwoord	4
1. Inleiding	7
2. Theoretisch kader	9
2.1 HIV/AIDS-ramp in Zuid-Afrika.....	9
2.2 HIV/AIDS-preventie	9
2.3 Preventie middels ‘voluntary counselling and testing’.....	11
2.4 Verwerking van de boodschap	12
2.5 Modellen voor gedragsverandering	13
2.6 Barrières voor VCT	17
2.7 Vertrouwelijkheid patiëntgegevens	19
2.8 Stigma.....	21
3. Methode	28
3.1 Materiaal	28
3.2 Deelnemers	30
3.3 Design.....	32
3.4 Instrumentatie	32
3.5 Procedure	35
3.6 Verwerking van de gegevens.....	37
4. Resultaten	41
4.1 Demografische kenmerken.....	41
4.2 Oordelen over de voorlichtingstekst.....	42
4.3 Risicovol gedrag en HIV-status.....	45
4.4 Invloeden op gedrag	48
5. Conclusies en discussie	52
5.1 Effect voorlichtingsteksten	52
5.2 Risico op HIV-besmetting	53
5.3 Invloeden op gedrag	55
5.4 Beantwoording centrale vraag	56
5.5 Discussie over de opzet en uitvoering van het onderzoek.....	57
Literatuur	59
Bijlage 1: Voorlichtingstekst A.....	63
Bijlage 2: Voorlichtingstekst B.....	65
Bijlage 3: Vragenlijst	67
Bijlage 4: Instructie	73

1. Inleiding

Zuid-Afrika is zwaar getroffen door HIV/AIDS. 11,4% van de Zuid-Afrikanen is besmet met HIV (Shinsasa & Simbayi, 2002) en van de sterfgevallen bij personen tussen 15 en 49 jaar is waarschijnlijk 40% te wijten aan HIV/AIDS (Rosen, 2001). Er wordt veel onderzoek gedaan naar geneesmiddelen voor HIV/AIDS, maar het kan nog jaren, misschien zelfs wel tientallen jaren, duren voordat er een geneesmiddel voor HIV/AIDS op de markt komt. Tot die tijd is voorlichting over HIV/AIDS de enige manier om de verspreiding van de ziekte tegen te gaan.

Er zijn al veel voorlichtingscampagnes in Zuid-Afrika gelanceerd om de epidemie te bestrijden, maar nog altijd neemt het aantal slachtoffers van HIV/AIDS toe. De campagnes blijken dus niet voldoende effectief. Om een bijdrage aan de oplossing van dit probleem te kunnen leveren, is het Epidasa-project opgezet. Aan dit project nemen onderzoekers deel van drie Zuid-Afrikaanse en drie Nederlandse universiteiten (De universiteit van Zuid-Afrika, Pretoria en Stellenbosch, en de universiteit van Tilburg, Nijmegen en Twente). Het doel van het Epidasa-project is de mogelijkheden te onderzoeken om de effectiviteit van persuasieve documenten over HIV/AIDS in Zuid-Afrika te verbeteren. De onderzoekers van de verschillende universiteiten onderzoeken hoe documenten over veilig vrijen, vrijwillig laten testen op HIV en leven met HIV/AIDS het beste vorm gegeven kunnen worden als het gaat om inhoud, structuur, stijl, presentatie en layout. Daarnaast wordt onderzocht hoe de boodschap van documenten over HIV/AIDS het beste gericht kan worden op verschillende doelgroepen in Zuid-Afrika.

Dit onderzoek heeft als doel een bijdrage te leveren aan onderzoek dat binnen het kader van het Epidasa-project wordt gedaan naar de inhoud van documenten die bedoeld zijn om mensen over te halen zich vrijwillig te laten testen op HIV.

In het theoretisch kader wordt een beeld geschetst van het AIDS-probleem in Zuid-Afrika (§2.1). Vervolgens wordt besproken welke rol voorlichtingscampagnes spelen in de bestrijding van de epidemie (§2.2), waarna toegespitst wordt op campagnes die tot doel hebben mensen over te halen zich vrijwillig te laten testen op HIV (§2.3). Aan de hand van de wijze waarop persuasieve teksten verwerkt worden (2.4) en middels modellen voor gedragsverandering (§2.5) wordt besproken hoe dit overtuigingsproces in zijn werk gaat. Daarna wordt ingegaan op de barrières die mensen ervan kunnen weerhouden om zich te laten testen (2.6). Eén van de voornaamste barrières om zich te laten testen op HIV vormt de angst voor een gebrek aan vertrouwelijkheid van de patiëntgegevens. Deze barrière zal nader toegelicht worden (§2.7). Veel mensen willen niet dat hun HIV-status bekend wordt en vrezen gebrek aan vertrouwelijkheid. Zij bang zijn voor het AIDS-stigma. In de laatste paragrafen wordt dieper ingegaan op wat stigma is, hoe het werkt en wat het AIDS-stigma betekent voor de ontwikkeling van voorlichtingscampagnes (§2.8).

Er is onderzocht in hoeverre een voorlichtingstekst waarin geprobeerd wordt de angst voor stigma te verminderen, een positievere intentie bij zwarte bevolkingsgroepen uit verschillende sociale

klassen in Zuid-Afrika oplevert ten aanzien van het ondergaan van een HIV-test, dan een voorlichtingstekst die geen aandacht aan de angst voor stigma besteedt. De uitvoering van het onderzoek is beschreven in het derde hoofdstuk: Methode. In hoofdstuk 4 worden de resultaten van het onderzoek gepresenteerd en in het laatste hoofdstuk 'Conclusies en discussie' worden interpretaties aan de resultaten gegeven, waarbij de resultaten in een breder kader worden geplaatst.

2. Theoretisch kader

2.1 HIV/AIDS-ramp in Zuid-Afrika

Van alle mensen die HIV/AIDS hebben, woont 13% in Zuid-Afrika. Het is één van de zwaarst getroffen landen. UNAIDS schatte dat 21,5% van de zwangere Zuid-Afrikaanse vrouwen besmet zou zijn tegen het einde van 2003, maar bij meting in poliklinieken voor zwangere vrouwen viel dit percentage zelfs hoger uit. Maar liefst 27,9% van de zwangere vrouwen waren besmet met HIV (<http://www.avert.org/AIDSsouthafrica.htm>, <http://www.avert.org/safricastats.htm>). HIV/AIDS is een ware ramp geworden in dit land.

In 1982 waren de eerste gevallen van HIV/AIDS bekend in Zuid-Afrika. Acht jaar later was 0,8% van de zwangere vrouwen besmet met het virus. Het virus is zich steeds sneller gaan verspreiden. In 1995 lag het percentage zwangere vrouwen die HIV-positief testte op 10,4%, in 1998, slechts drie jaar later was dit percentage opgelopen tot 22,8% en in 2003 was 27,9% van de zwangere vrouwen besmet met HIV.

De gevolgen van de HIV/AIDS-epidemie in Zuid-Afrika zijn schokkend. In 2000 is naar schatting 25% van de sterfte toe te schrijven aan HIV/AIDS en voor de leeftijd tussen 15 en 49 jaar ligt dit percentage waarschijnlijk op 40% (Rosen, 2001).

Deze hoge sterftecijfers onder de beroepsbevolking beïnvloeden op hun beurt ook weer de economie van Zuid-Afrika. Werknemers zitten ziek thuis en goed opgeleide mensen sterven nog voor zij hun kennis volledig hebben kunnen benutten. Volgens Rosen (2001) neemt de economische groei door de AIDS-epidemie elk jaar zo'n 0,3% tot 0,4% af. Bovendien neemt de koopkracht binnen gezinnen af, omdat de zorg voor zieke familieleden veel geld kost. En dit is dan slechts nog maar de economische kant van de epidemie. Ook heeft AIDS nog een vernietigend effect op de sociale relaties en het familiesysteem (Bor, Millert & Gordman, 1993), om nog maar te zwijgen van het persoonlijk drama dat deze ziekte te weeg brengt.

Een geneesmiddel voor HIV/AIDS zou de redding voor Zuid-Afrika kunnen zijn, maar aangezien een dergelijk middel nog niet op de markt is, lijkt preventie van een verdere verspreiding van HIV de enige oplossing voor het probleem.

2.2 HIV/AIDS-preventie

In Zuid-Afrika zijn al veel HIV/AIDS-voorlichtingscampagnes gelanceerd, zowel door de overheid, als door meer dan 600 organisaties die zich bezighouden met HIV/AIDS-preventie (www.epidasa.org/index.html). In hoeverre deze campagnes effectief waren is onduidelijk. Zeker omdat voorlichtingscampagnes erg kostbaar zijn is het interessant om te weten of ze daadwerkelijk persuasief zijn. Maar tot op heden is er weinig goed evaluatieonderzoek naar de effectiviteit van

campagnes gedaan. Feit blijft dat AIDS zich nog altijd op grote schaal verspreidt in Zuid-Afrika. Wellicht is de kwaliteit van de campagnes onvoldoende.

In het artikel “Die (on)effectiviteit van MIV/vigs-voorlichtingsveldtogte en – voorligingstekste in Suid-Afrika” beschrijft Swanepoel (2003) de zorgelijke situatie van de voorlichtingscampagnes in Zuid-Afrika. Problematisch is volgens Swanepoel (2003) dat campagnes niet planmatig worden aangepakt en meestal niet zijn gebaseerd op onderzoek, maar eerder ontwikkeld worden op de intuïtie van de campagneontwerpers. Er wordt niet voor de meest persuasieve insteek gekozen. Ditzelfde geldt voor de keuze van de doelgroep. Dikwijls richten campagnes zich op het algemene publiek, terwijl communicatietheorieën toch voorschrijven de boodschap van een campagne zoveel mogelijk aan een specifieke doelgroep aan te passen om daadwerkelijk een persuasief effect te kunnen hebben. Vooral in Zuid-Afrika is deze keuze voor een specifieke doelgroep van belang, omdat de cultuurverschillen tussen bijvoorbeeld blanken, zwarten, kleurlingen en Indiërs enorm groot zijn. Bovendien wordt er volgens Swanepoel (2003) te weinig aandacht geschonken aan de macrodeterminanten van seksueel gedrag, zoals sociaal economische status en cultuur. Sterker nog, de ideeën achter de campagnes hebben veelal een westerse basis, terwijl het hier om voorlichting in Afrika gaat (Airhihenbuwa & De Witt Webster, 2004).

De culturele verschillen tussen het Westen en Afrika zijn enorm. Om te beginnen hebben de traditionele Afrikaanse culturen een hele andere sociale structuur dan in het Westen. Zo is het voor een westerse man abnormaal en sociaal onwenselijk om met meer dan één vrouw getrouwd te zijn, terwijl dit in veel traditioneel Afrikaanse culturen juist als status verhogend wordt gezien (Perloff, 2001). Bovendien is de rol van de vrouw binnen Afrikaanse culturen veel sterker ondergeschikt aan de man dan in westerse culturen. Zij heeft vaak geen zeggenschap in seksuele handelingen. Een campagne die wil aanzetten tot condoomgebruik en vooral gericht is op vrouwen zal in Afrika waarschijnlijk maar weinig effect hebben.

Daarnaast is er nog een groot verschil in welvaart tussen het Westen en Afrika. Het Westen is rijk en welvarend, terwijl armoede een enorm probleem is in een ontwikkelingsland als Zuid-Afrika. Armoede brengt allerlei problemen met zich mee die ook zijn weerslag hebben op de bestrijding van AIDS. Om te beginnen hebben de armen in Zuid-Afrika een onderwijsachterstand, waardoor de kennis over HIV/AIDS erg laag kan zijn. Daarnaast hebben zij vaker een ongezonde levensstijl, doordat het hen aan financiële middelen ontbreekt om gezonde voeding te kopen en in goede medische zorg te voorzien. Door de uitzichtloze situaties van sommige mensen wordt verlichting gezocht in alcohol en drugs. AIDS is dus slechts één van de vele problemen in een armoedecultuur. En aangezien de gevolgen van een HIV-besmetting niet direct merkbaar zijn, is AIDS wellicht niet het probleem waar de hoogste prioriteit aan wordt gegeven.

Het Westen en Afrika verschillen dus in vele opzichten van elkaar. Wat in het Westen een goede tactiek lijkt om mensen te overtuigen hun gedrag te veranderen, kan wel eens totaal niet werken binnen de Afrikaanse context.

2.3 Preventie middels ‘voluntary counselling and testing’

In een land als Zuid-Afrika waar al veel mensen besmet zijn met HIV is het niet alleen van belang om de mensen die nog niet besmet zijn voor te lichten, ook de groep die wel besmet is, of zou kunnen zijn, moet aangesproken worden, omdat zij onbewust het virus verder kunnen verspreiden. “Voluntary Counselling and Testing”-programma’s zijn een goed voorbeeld van campagnes die zich zowel op HIV-negatieve als (mogelijk) HIV-positieve personen richten. Feitelijk is het doel van Voluntary Counselling and Testing (VCT) dat cliënten hun HIV-status te weten komen en op basis daarvan hun gedrag zodanig veranderen dat zij de kans op een HIV-besmetting minimaliseren. Volgens Baggaley (2001) en Kalichman en Simbayi (2003) vermindert VCT in ontwikkelingslanden risicovol seksueel gedrag. Naast het minimaliseren van de verspreiding van HIV/AIDS heeft VCT ook als doel HIV-positieven al in een vroeg stadium hulp te kunnen bieden, zoals psychische ondersteuning en medische zorg.

Bij VCT melden mensen zich vrijwillig voor een gesprek om voorlichting over AIDS en AIDS-preventie te krijgen. Vervolgens wordt hun de mogelijkheid geboden om zich te laten testen op HIV. Voordat er daadwerkelijk overgegaan wordt tot de test, krijgen de cliënten uitleg over de procedure van de test en wordt ze duidelijk gemaakt welke consequenties de uitslag van de test kan hebben. Als zij dan besluiten de test te doen, krijgen zij na de HIV-test nog een gesprek waarin uit wordt gelegd wat de resultaten betekenen. Doordat zij hun status kennen, kunnen zij hier bewuster mee omgaan.

Personen die niet besmet blijken te zijn met HIV wordt uitgelegd hoe zij negatief kunnen blijven en zij die positieve test resultaten hebben, en dus drager zijn van het virus, krijgen emotionele ondersteuning om met angsten en de stress van deze situatie om te gaan en leren hoe zij zichzelf en anderen kunnen beschermen tegen een verdere besmetting van HIV (UNAIDS, 2000). Vooral voor vrouwen met het HI-virus die zwanger willen worden of reeds zwanger zijn, kan dit heel erg belangrijk zijn. Zij kunnen de kans verkleinen dat hun kind besmet raakt. Bovendien kunnen besmette personen door VCT al in een vroeg stadium van de ziekte medisch ondersteuning krijgen (http://www.infoforhealth.org/pr/112/112chap4_5.shtml; Baggaley, 2001), zoals antiretrovirale medicijnen of, wanneer zij geen toegang hebben tot deze middelen, kunnen ze zich wapenen tegen andere ziektes die het ziekteproces van HIV/AIDS versnellen (Ginwalla, Grant, Day, Dlova, Macintyre, Baggaley & Churchyard, 2002). Tuberculose is een voorbeeld van een ziekte waar veel AIDS-patiënten aan overlijden (Baggaley, Kayawe & Miller, z.j.). Preventieve behandeling van tuberculose kan de kans op tuberculose tot wel 50% verminderen. En deze behandeling is veel goedkoper dan antiretrovirale medicijnen (Baggaley, 2001).

Van Dyk en van Dyk (2003) noemen Voluntary Counselling and Testing (VCT) één van de belangrijkste middelen om de verspreiding van HIV/AIDS tegen te gaan. Het vermindert risicovol gedrag op het gebied van seks (Baggaley, 2001). Dit geldt sterker voor de HIV-positieven, dan voor de HIV-negatieven, want volgens Baggaley (2001) zijn dragers van het virus eerder geneigd hun gedrag aan te passen dan mensen die (nog) niet besmet zijn.

Omdat VCT een belangrijke strategie vormt in de bestrijding van de AIDS-epidemie zijn er in Zuid-Afrika het laatste decennium vele plaatsen bijgekomen waar iemand zich op kan geven voor VCT. Volgens Shinsasa en Simbayi (2002) waren er in 2002 al meer dan 450 VCT-punten met meer dan 800 sociaalwerkers. Maar uit onderzoek van Kalichman en Simbayi (2003) naar attitudes ten aanzien van een HIV-test, het AIDS-stigma en VCT in een township bij Kaapstad, bleek dat slechts een 20% van de Zuid-Afrikanen die op de hoogte waren van VCT zich had laten testen. Waarom laat die andere 80% zich niet testen, terwijl Zuid-Afrika met een AIDS-epidemie leeft? Wat zijn de factoren die hun gedrag beïnvloeden? Om dat beter te kunnen begrijpen, moet het overtuigingsproces nader bekeken worden. In de eerste instantie wordt dit gedaan door te kijken hoe een boodschap verwerkt wordt om vervolgens aan de hand van het Integrative Model of Behavioral Prediction (Fishbein & Yzer, 2003) meer inzicht te krijgen in welke factoren van invloed zijn op gedrag.

2.4 Verwerking van de boodschap

Petty en Cacioppo (1986a, 1986b) hebben onderzoek gedaan naar de wijze waarop mensen worden overtuigd en wat de meest effectieve manier is om anderen te overtuigen. Zij onderzochten de verwerking van een persuasieve boodschap. Want alvorens iemand overtuigd kan raken van een tekst, moet de informatie van de tekst verwerkt worden. Volgens het duale procesmodel dat O'Keefe (1995) beschrijft, kunnen we boodschappen op twee manieren verwerken.

Wanneer iemand goed over een boodschap nadenkt, de informatie en argumenten zorgvuldig bekijkt en erg betrokken bij het onderwerp is, wordt dat een hoge verwerking van de boodschap genoemd, ofwel een verwerking via de centrale route. Soms wordt ook de term systematische route gebruikt, omdat de boodschap systematisch verwerkt wordt. Het andere uiterste is een lage verwerking, via de perifere route. Om de bewering te beoordelen wordt dan uitgegaan van heuristieken. Dit zijn een soort van vuistregels. Iemand die weinig betrokken is bij het onderwerp, verwerkt de boodschap waarschijnlijk via de perifere route.

Nu is het meestal niet zo dat een boodschap of helemaal centraal verwerkt wordt of helemaal perifeer. De verwerkingswijze moet gezien worden als een continuüm met de centrale route aan de ene kant en de perifere route aan de andere kant. Zo kan het dus zijn dat een boodschap voornamelijk centraal verwerkt wordt, maar dat er ook gebruik gemaakt wordt van heuristieken.

De verwerkingswijze hangt volgens O'Keefe (1995) van twee factoren af. Ten eerste speelt de motivatie om een boodschap te verwerken een rol. Iemand die zich ernstig zorgen maakt over zijn/haar

HIV-status is wellicht meer gemotiveerd om folders over de HIV-test te lezen. In de tweede plaats moet hij/zij de boodschap ook kunnen verwerken. Hiervoor is voldoende voorkennis nodig. Het gaat hierbij niet alleen om de kennis over het onderwerp van de boodschap, maar ook heel triviale dingen zoals kennis van de taal waarin de boodschap geschreven staat.

Als iemand gemotiveerd is en in staat is om de boodschap te verwerken, dan moet de boodschap ook nog goede argumenten bevatten om iemand te kunnen overtuigen. Omdat schrijvers van persuasieve teksten de lezer willen overtuigen om iets te geloven of te doen, moet de bewering met argumenten aannemelijk gemaakt worden. Vaak worden voor- en nadelen als basis voor de argumentatie gebruikt, maar niet alleen de afweging van voor- en nadelen beïnvloedt de keuze om een bepaald gedrag wel al dan niet te vertonen. Om meer inzicht te krijgen in het proces van gedragsverandering worden nu vier modellen voor gedragsverandering besproken.

2.5 Modellen voor gedragsverandering

Het is voor gezondheidsvoorlichters van groot belang om weten hoe gedrag veranderd kan worden. Met deze kennis kunnen zij hierop inspelen, opdat de voorlichting effectiever verloopt. In het Integrative Model of Behavioral Prediction van Fishbein & Yzer (2003) worden drie belangrijke theorieën, het Health Belief Model (Rosenstock, 1974), de Social Cognitive Theory (Bandura, 1977) en de Theory of Reasoned Action (Fishbein & Ajzen, 1975), bij elkaar gebracht om een voorspelling te kunnen doen ten aanzien van gedragsverandering.

In het Health Belief Model (Rosenstock, 1974), de eerste van deze drie modellen, ligt de nadruk vooral op het waargenomen gevaar en de reactie daarop die de houding, ofwel de attitude, bepaalt. Het afwegen van voor- en nadelen speelt daarbij een heel belangrijke rol. Ook in de tweede theorie, de Social Cognitive Theory van Bandura (1977) is dit afwegingsproces terug te vinden, net als in Theory of Reasoned Action (Fishbein & Ajzen, 1975). Maar Bandura (1977) schenkt tevens veel aandacht aan de perceptie van eigen controle, wat ook wel eigen effectiviteit wordt genoemd. Fishbein & Ajzen (1975) daarentegen focussen op een ander psychosociaal effect: de subjectieve norm.

Om een goed beeld van het Integrative Model of Behavioral Prediction (Fishbein & Yzer, 2003) te geven, worden eerst het Health Belief Model van Rosenstock (1974), de Social Cognitive Theory van Bandura (1977) en de Theory of Reasoned Action van Fishbein en Ajzen (1975) uitgelegd.

2.5.1 Health Belief Model

Rosenstock (1974) beschrijft met het Health Belief Model hoe het besluitvormingsproces in zijn werk gaat wanneer iemands gezondheid in gevaar is. Voordat iemand daadwerkelijk overweegt zijn/haar gedrag te veranderen om zijn/haar gezondheid te beschermen, moet hij/zij er van overtuigd zijn dat hij/zij met zijn/haar huidige gedrag, risico loopt zijn/haar gezondheid ernstige schade toe te brengen. Pas dan zal hij/zij de afweging gaan maken om zijn/haar gedrag al dan niet te veranderen. Aan de hand van een kosten- / batenanalyse zal hij/zij besluiten of het aanbevolen gedrag hem/haar inderdaad meer

voor- dan nadelen op zal leveren. Daarbij houdt hij/zij ook rekening met de mogelijke barrières die hij/zij kan ondervinden om zich het aanbevolen gedrag aan te meten.

Als dit model toe wordt gepast op VCT, betekent het dat iemand eerst het idee moet hebben dat hij/zij risico heeft gelopen besmet te raken met HIV. Daarvoor moet hij/zij op de hoogte zijn van de verspreidingswijze van het virus, want als hij/zij er vanuit gaat dat hij/zij geen risico heeft gelopen, is de kans klein dat hij/zij zich laat testen, omdat hij/zij zich geen zorgen maakt over zijn HIV-status. Bovendien moet hij/zij HIV/AIDS als een ernstige bedreiging zien. Wanneer hij/zij niet goed geïnformeerd is over de ziekte, kan het zijn dat hij/zij de ernst er niet van inziet, waardoor hij/zij ook geen actie zal ondernemen. Pas als de persoon in kwestie ernstige gevolgen van HIV voor zijn/haar gezondheid erkent en van mening is dat hij/zij het risico heeft gelopen besmet te raken, zal hij/zij VCT overwegen. Indien hij/zij tot het besluit is gekomen om daadwerkelijk zijn/haar HIV status uit te vinden, zijn er nog barrières die hem/haar tegen kunnen houden, zoals bijvoorbeeld lange wachttijden bij VCT-plekken.

2.5.2 Social Cognitive Theory

Net als het Health Belief Model gaat de Social Cognitive Theory er vanuit dat men de voor- en nadelen van een gedragsverandering afweegt. Als uiteindelijk wordt gekozen voor gedragsverandering komt het aan op de waargenomen eigen effectiviteit voor de verwezenlijking daarvan. Iemand met een hoge eigen effectiviteit ziet zichzelf fysiek en mentaal in staat om zijn/haar gedrag te veranderen en heeft er vertrouwen in dat hij/zij invloed op de situatie kan uitoefenen. Dus als iemand een kosten-/batenanalyse heeft gemaakt om te besluiten of hij/zij zich wil laten testen en tot de conclusie komt dat hij/zij zijn/haar HIV-status wil weten, wil dit nog niet direct zeggen dat hij/zij zich zal laten testen. Als hij/zij van mening is dat hij/zij een positieve uitslag niet aankan, is zijn/haar gepercipieerde eigen effectiviteit te laag om het plan door te zetten en zich ook daadwerkelijk te laten testen.

2.5.3 Theory of Reasoned Action

Gedrag wordt volgens Fishbein en Ajzen (1975) direct bepaald door de intentie die iemand heeft om een bepaald gedrag te vertonen. De intentie op wordt op haar beurt gevormd door attitude en subjectieve norm. Ook deze twee onderdelen zijn op te splitsen in twee delen.

Onder attitude wordt de inschatting van de gevolgen van gedragsverandering verstaan en de evaluatie van deze gevolgen. Dus iemand die bang is dat hij/zij besmet is met HIV kan heel erg bang zijn om uit te vinden wat zijn/haar HIV-status is, maar toch besluiten om zich te laten testen, omdat de behoefte aan duidelijkheid groter is dan de angst voor een positieve uitslag, die het gevolg kan zijn van een HIV-test. De evaluatie valt dan in het voordeel uit van een HIV-test.

De subjectieve norm verwijst naar de perceptie van de normatieve overtuigingen van belangrijke anderen uit zijn/haar omgeving en de motivatie om hieraan te voldoen. Iemand die denkt dat belangrijke personen uit zijn/haar omgeving, zoals ouders, familie of vrienden, het belangrijk

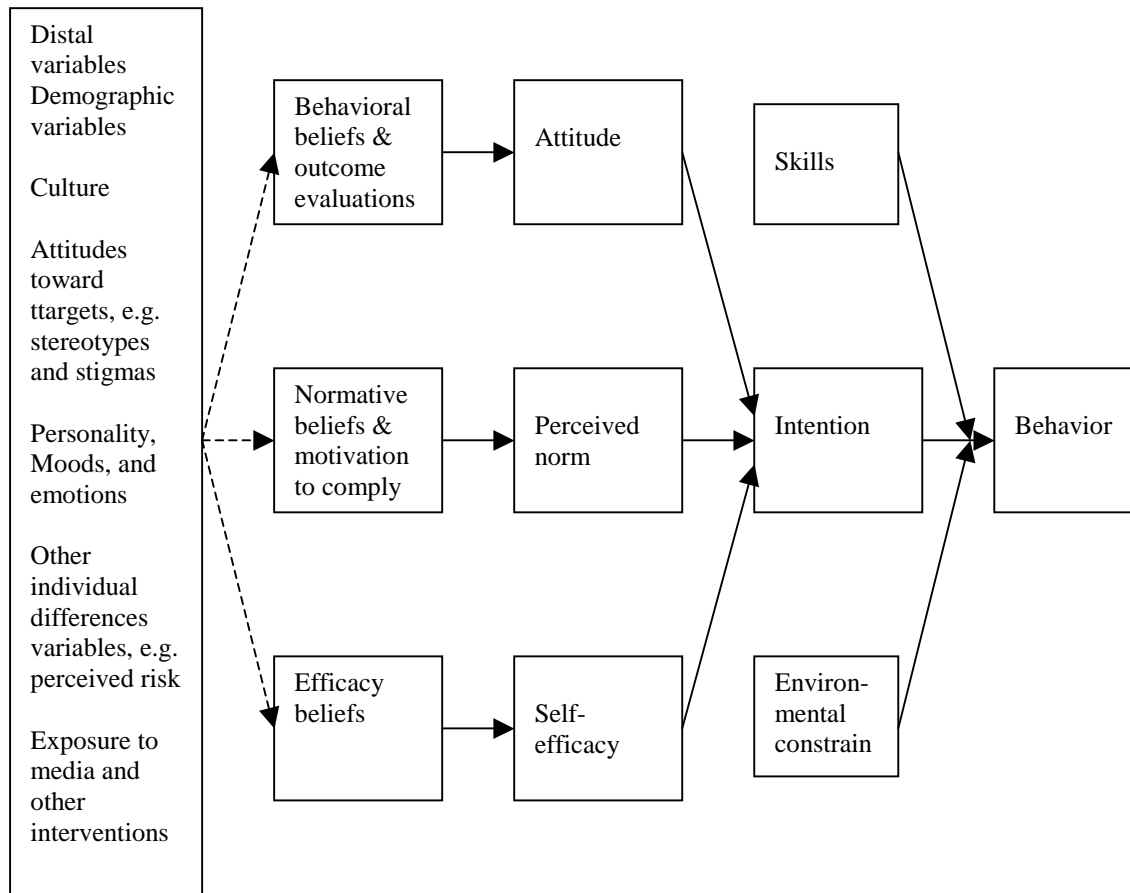
vinden om zich te laten testen en hij/zij wil heel graag aan deze norm voldoen, dan heeft hij/zij een hoge subjectieve norm en de kans is dan groot dat hij/zij zich laat testen, omdat de zijn/haar omgeving achter deze keuze staat. Maar een hoge subjectieve norm kan ook een tegengesteld effect hebben, want als deze belangrijke personen tegen VCT zijn en de persoon waar het om gaat laat zich sterk beïnvloeden door zijn/haar omgeving, dan zal dit er toe leiden dat hij/zij zich niet laat testen. Een hoge subjectieve norm is dus enkel gunstig wanneer de omgeving positief ten opzichte van de gedragsverandering, in dit geval VCT, staat. Met een negatieve invloed van anderen is het van belang dat iemand zich niet laat leiden door de waargenomen normatieve overtuigingen van zijn/haar omgeving en dus niet de behoefte voelt om aan deze normen te voldoen.

2.5.4 Integrative Model of Behavior Prediction (Fishbein en Yzer, 2003)

Op basis van deze drie theorieën hebben Fishbein en Yzer (2003) het Integrative Model of Behavior Prediction ontwikkeld. Net zoals in de Theory of Reasoned Action (Fishbein en Ajzen, 1975) wordt ook in dit model de intentie als voorspeller van het gedrag gezien. Hieraan is toegevoegd dat vaardigheden en beperkingen vanuit de omgeving nog tussen intentie en gedrag kunnen staan. Zo kan het gebeuren dat iemand de intentie heeft zich te laten testen, maar dat hij/zij denkt niet in te staat zijn om een afspraak te maken voor VCT en het hem/haar dus ontbreekt aan de noodzakelijke vaardigheden. Ook is het mogelijk dat een barrière een persoon ervan weerhoudt om voor VCT te gaan, terwijl hij/zij een positieve intentie heeft, omdat hij/zij bijvoorbeeld geen VCT-plek in de buurt kent.

De intentie wordt gevormd door de attitude, subjectieve norm en de eigen effectiviteit, zoals in figuur 1 is te zien.

Figuur 1. Integrative Model of Behavior Prediction (Fishbein en Yzer, 2003)



De attitude wordt enerzijds gevormd door de overtuigingen die iemand heeft over een bepaald gedrag, in dit geval VCT. Anderzijds worden deze overtuigingen geëvalueerd. Wanneer iemand een positieve attitude heeft ten aanzien van VCT, is hij/zij er van overtuigd dat de voordelen van VCT opwegen tegen de nadelen. Iemand kan bijvoorbeeld de overtuiging hebben dat een HIV-positief resultaat grote neerslachtigheid te weeg kan brengen, maar tegelijkertijd kan hij/zij de overtuiging hebben dat het een voordeel is om zijn/haar HIV-status te kennen, omdat hij/zij dan zijn/haar partner kan beschermen tegen een mogelijke HIV-besmetting. Wanneer de bescherming van de partner belangrijker wordt gevonden dan het vermijden van neerslachtigheid levert dit een positieve attitude ten aanzien van VCT op. Het is ook mogelijk dat iemand wel zijn/haar HIV-status zou willen weten, maar de reacties van anderen bij een HIV-positief resultaat vreest. Als hij/zij denkt dat het kennen van zijn/haar HIV-status niet opweegt tegen het stigma, zal hij/zij een negatieve attitude hebben ten aanzien van VCT, waardoor de gedragsintentie om zich te laten testen uit zal blijven.

De tweede determinant van invloed is subjectieve norm. Ook belangrijke personen uit zijn/haar omgeving moeten achter zijn/haar voornemen staan om zich te laten testen. Of, als belangrijke personen uit de omgeving niet achter de gedragsverandering staan, moet het zo zijn dat hij/zij zich op geen enkele manier laat leiden door belangrijke personen uit zijn/haar omgeving. In beide gevallen is de invloed van de subjectieve norm op de intentie positief.

De derde determinant van belang is eigen effectiviteit. De persoon moet geloven dat hij/zij daadwerkelijk in staat is om zich op te geven voor de test, er naar toe kan gaan en een eventueel HIV-positief resultaat aankan, om maar een paar voorbeelden van eigen effectiviteit te noemen.

Alle drie de determinanten samen (attitude, subjectieve norm en eigen effectiviteit) vormen de intentie. Wanneer deze intentie om zichzelf te laten testen op HIV positief is, hoeft dit nog niet te betekenen dat iemand zich ook daadwerkelijk laat testen.

Volgens Fishbein en Yzer (2003) kan het gebeuren dat iemand met een positieve gedragsintentie er uiteindelijk toch voor kiest om het gedrag niet uit te voeren en in dit geval zou dat betekenen dat hij/zij zich niet zou laten testen. Dit kan veroorzaakt worden door een gebrek aan vaardigheden. Het is mogelijk dat iemand niet voldoende informatie heeft om te kunnen bepalen of hij/zij zich echt wil laten testen. Een andere mogelijkheid is dat hij/zij beperkingen ondervindt van de omgeving. Zo kan het zijn dat VCT-plekken te ver weg zijn. Als de intentie ten aanzien van het gedrag positief is, iemand over de juiste vaardigheden beschikt en geen onoverkomelijke beperkingen vanuit de omgeving ervaart, pas dan zal iemand ook het gewenste gedrag uitvoeren door een gesprek aan te gaan met een sociaalwerker en zich te laten testen op HIV.

Met het Integrative Model of Behavioral Prediction (Fishbein & Yzer, 2003) is het dus mogelijk een inschatting te doen van iemands gedrag ten aanzien van VCT. Wanneer iemand besluit om niet voor VCT te gaan, kan met dit model ook bekeken worden waar dit aan ligt. Voorlichters kunnen zo hun focus bepalen. Als bijvoorbeeld gebrek aan eigen effectiviteit de belangrijkste reden is om geen gebruik te maken van VCT, kan een campagne zich specifiek op eigen effectiviteit richten. Maar ook kunnen negatieve attitudes, bijvoorbeeld wegens het AIDS-stigma, iemand weerhouden van VCT. Als dit het geval is, zullen voorlichters in hun campagnes moeten focussen op het AIDS-stigma om de attitude ten aanzien van VCT te verbeteren.

2.6 Barrières voor VCT

Van Dyk en Van Dyk (2003) stellen dat de vele barrières die de mensen ondervinden voor VCT de oorzaak zijn van het beperkte succes van VCT-programma's.

Het kan hier gaan om problemen van een praktische aard, zoals lange wachttijden of VCT-plekken die ver van de woonplaats liggen. Ook Melnyk (1988) noemt deze structurele barrières van gebrek aan tijd, de lange afstanden die soms afgelegd moeten worden om bij een VCT-locatie te

komen en de kosten die aan VCT zijn verbonden. Hoewel VCT bij publieke instellingen gratis is, kan het zijn dat de reis er naar toe bijvoorbeeld te duur is.

Daarnaast zijn er nog vele psychosociale barrières die mensen van VCT weerhouden. Deze barrières veroorzaken een negatieve attitude ten aanzien van VCT en moeten niet verward worden met de barrières vanuit de omgeving die Fishbein en Yzer (2003) in het Integrative Model of Behavior Prediction beschrijven. Het gaat hier om attitude bepalende barrières.

Sommige mensen zien simpelweg de voordelen niet van VCT, omdat er geen geneesmiddel bestaat voor HIV en antiretrovirale middelen vaak te duur zijn (Baggaley, 2001). Volgens Brown, Trujillo en Macintyre (2001) is er voor de grote meerderheid in ontwikkelingslanden nauwelijks medische behandeling mogelijk, dus willen veel mensen liever niet weten of ze besmet zijn met een dodelijke ziekte. Zij zien niet hoe zij hun lot kunnen veranderen en door deze fatalistische houding zullen zij zich niet opgeven voor VCT. Er is angst dat er dus helemaal geen follow-up is in de vorm van medische en psychische ondersteuning.

Een andere belangrijke reden om zich niet te laten testen is de angst om erachter te komen daadwerkelijk besmet te zijn met HIV. Velen vrezen dat ze dit resultaat niet aankunnen. Een HIV-positieve uitslag kan immers heel negatieve gevoelens van angst, wanhoop, woede en depressie met zich meebrengen (Baggaley, 2001).

Bovendien is er een gebrek aan vertrouwen in het medisch personeel. Wellicht dat het personeel zich niet aan de regels houdt, of dat zij HIV-positieven niet wil behandelen (Van Dyk en Van Dyk, 2003).

VCT roept veel angsten op bleek uit onderzoek van Van Dyk en Van Dyk (2003). Mensen zijn bang dat hun resultaten niet geheim gehouden zullen worden, als blijkt dat zij HIV-positief zijn. Net zoals bij Van Dijk en Van Dijk (2003), bij een UNAIDS-onderzoek naar de impact van VCT door Baggaley (2001) en bij een onderzoek van Awad, Sagrestano, Kittleson & Sarvela (2004) kwam de vrees voor het schaden van de geheimhoudingsplicht door het medisch personeel naar voren. Awad et al (2004) stellen zelfs dat gebrek aan vertrouwen in de geheimhouding van de testresultaten één van de voornaamste barrières voor VCT is bij personen die behoren tot de hoge risicogroep. Volgens Awad et al (2004) speelt vertrouwelijkheid zo'n belangrijke rol wegens het stigma dat op HIV/AIDS rust. Ook in het evaluatieonderzoek van VCT voor mijnwerkers door Ginwalla et al (2002) werd de vrees voor het AIDS-stigma als belangrijke barrière voor VCT genoemd.

Als de HIV-positieve status bekend wordt, kan dat grote gevolgen hebben. Iemand kan bijvoorbeeld zijn/haar baan verliezen omdat hij/zij HIV heeft, waardoor hij/zij niet langer in zijn onkosten voor een woning of voor voedsel kan voorzien. Ook is er een grote kans, wanneer hij/zij een relatie heeft, de partner de relatie verbreekt. Een HIV-besmetting aan de partner bekend maken blijkt heel erg moeilijk te zijn. Vrouwen verzwijgen soms hun positieve HIV-status zelfs voor hun man, omdat zij bang zijn voor zijn reactie (Gaillard, Meilis, Mwanyumba, Claeys, Muigai, Mandaliy,

Bwayo & Temmerman, 2000). Hij kan besluiten de relatie verbreken, wat zeker een groot probleem is voor de vrouwen die financieel en sociaal afhankelijk zijn van hun man. Een andere mogelijke reactie is dat haar man haar mishandelt, omdat zij HIV-positief is (Van Dyk en Van Dyk, 2003). Bovendien wordt iemand die HIV-positief blijkt te zijn vaak gemeden door anderen, hierdoor verliest diegene zijn/haar sociale contacten. Deze angst voor het verlies van relaties is terug te vinden in onderzoeken van Awad et al (2004) en Ginwalla et al (2002). Met zulke gevolgen is het niet verwonderlijk dat geheimhouding van de resultaten zo belangrijk is.

Vooraf voor vrouwen met een vaste relatie, zwarten, jongeren en mensen met een laag inkomen is de garantie van de vertrouwelijkheid een belangrijke voorwaarde om aan VCT te doen, bleek uit een onderzoek van Phillips, Coates, Eversley and Catania (1995). Van Dyk en Van Dyk (2003) kwamen zelfs tot de ontdekking dat veel mensen niet tegen VCT waren, maar dat de angst dat het medisch personeel zich niet aan het beroepsgeheim zou houden, hen ervan weerhield zich te laten testen. De vertrouwelijkheid is dus een sleutelbegrip als het om VCT gaat.

2.7 Vertrouwelijkheid patiëntgegevens

Medisch personeel komt tijdens het uitoefenen van het beroep achter informatie die een patiënt wellicht niet met een ander zou willen delen. Een arts die aan zijn patiënt moet vertellen dat hij HIV-positief is, kent de HIV-status van de patiënt, terwijl de patiënt misschien liever niet wil dat anderen hiervan op de hoogte zijn. Deze toegang tot vertrouwelijke informatie brengt ook een plicht met zich mee. Medisch personeel moet ervoor zorgen dat buiten de patiënt en zichzelf niemand aan deze informatie kan komen. Het is immers het recht van de patiënt om controle te hebben over deze informatie (Ellenchild Pinch, 2000).

De geheimhoudingsplicht van medisch personeel vormt de basis voor de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt (Bennett & Erin, 1999). Patiënten zijn afhankelijk van de kennis van de arts. Als de gesprekken niet vertrouwelijk zijn zullen de patiënten veel minder open zijn naar de arts, wat een goede medische behandeling kan belemmeren. Daarom is deze vertrouwensband erg belangrijk.

In de AIDS-epidemie speelt vertrouwelijkheid een belangrijke rol. Wanneer er geen vertrouwen in is dat het medisch personeel zich houdt aan de geheimhoudingsplicht is de kans groot dat de personen die risico hebben gelopen op besmetting met HIV, een HIV-test zullen vermijden volgens Bennett & Erin (1999). En doordat zij zich niet laten testen, is kans op een grotere verspreiding van HIV. In vele onderzoeken komt de angst voor vertrouwensbreuk naar voren. Uit onderzoek naar attitudes ten aanzien van VCT in Zuid-Afrika dat door Van Dyk en Van Dyk (2003) is gedaan, bleek dat meer dan een derde van de deelnemers niet naar de kliniek of arts in de buurt ging, maar een plek verder weg verkoos. 50,3% van de deelnemers gaf als reden dat zij geen vertrouwen hadden in de service dichtbij huis. Hieronder viel de vrees voor roddelende verpleegsters. 29,1% antwoordde dat zij liever naar een kliniek gingen waar zij anoniem waren, omdat zij bang waren dat het medisch personeel zich niet zou houden aan het beroepsgeheim. Deze angst is zeker niet onterecht.

Volgens Van Dyk en Van Dyk (2003) plegen vele sociaalwerkers vertrouwensbreuk door de HIV-positieve status van de patiënt bekend te maken aan diens partner of soms zelfs andere leden uit de gemeenschap, omdat zij het als hun morele plicht beschouwen deze mensen te waarschuwen. Uit een onderzoek van UNISA bleek dat verpleegsters familieleden van een patiënt op de hoogte brachten, zodat zij zich konden beschermen (UNISA Centre for Applied Psychology, 2002; Van Dyk, 2001).

Wellicht dat dit gedrag stilzwijgend wordt goedgekeurd. Het 'AIDS Law Project' rapporteerde dat 28 artsen die zich niet aan hun beroepsgeheim hadden gehouden door testresultaten ook aan anderen bekend te maken niet bestraft werden door de 'Health professions council of South Africa' (Skinner & Mfecane, 2004).

De situatie is zelfs zo ernstig dat het op veel plaatsen het heel waarschijnlijk is dat medisch personeel zich niet aan het beroepsgeheim houdt (Kayawe, Kelly, and Baggaley 1998; Macintyre, Brown, and Sosler 2001). De gevolgen van het bekendmaken van iemands HIV-positieve status zijn doorgaans ondervonden vooroordelen, relatieproblemen, sociale uitsluiting, discriminatie en baanverlies voor de besmette persoon. Het is dus niet zo verwonderlijk dat VCT-plaatsen gemeden worden, wanneer patiënten niet kunnen vertrouwen op het beroepsgeheim van de arts en ander medisch personeel.

Een alternatief voor vertrouwelijk testen is anoniem testen (Meyer & Jones, 1994). Wanneer iemand zich anoniem laat testen hoeft deze persoon zijn/haar naam niet op te geven. Een voorbeeld van een anonieme testmethode is de thuistest. Bij de thuistest maakt iemand thuis een bloedmonster en stuurt dit op naar een laboratorium zonder zijn/haar identiteit prijs te geven. De uitslag is telefonisch op te vragen en de geteste persoon krijgt via de telefoon 'counselling'. Iemand krijgt bijvoorbeeld het nummer 83 en als hij/zij belt voor de uitslag van test 83 kan hij/zij vaststellen wat zijn/haar HIV-status is. Mocht deze positief blijken te zijn, krijgt hij/zij 'counselling' via de telefoon (Awad et al, 2004).

Het voordeel van anoniem testen is dat personen die hoog risico lopen dat zij besmet zijn geraakt, zich niet langer hoeven te laten weerhouden van VCT omdat zij bang zijn dat hun testresultaten aan anderen bekend zullen worden. Bij deze vorm van testen is het immers niet mogelijk om de testresultaten aan een persoon te koppelen. Hier staat tegen over dat het aanbieden van psychologische ondersteuning en medische behandeling niet mogelijk is, als het resultaat positief blijkt te zijn (Meyer & Jones, 1994). De besmette persoon moet dan op eigen initiatief hulp gaan zoeken en de kans is groot dat dit niet gebeurt. De voornaamste voordelen van VCT worden zo teniet gedaan.

Dus de vertrouwelijke testprocedure heeft zeker de voorkeur, maar dan moet het personeel zich wel aan de geheimhoudingsplicht houden. De gevolgen kunnen immers groot zijn als een HIV-positief resultaat naar buiten komt. Het kan zijn dat iemand anders behandeld wordt als anderen op de hoogte zijn van de HIV-positieve status. Bovendien kan iemand gediscrimineerd worden, bijvoorbeeld door beperkingen bij verzekeringsmaatschappijen of bij het zoeken van een baan, maar ook door

vrienden en familie die wegens zijn/haar status niets meer met hem/haar te maken willen hebben. Dit zijn de gevolgen van het zware stigma, de negatieve stempel, die de ziekte AIDS met zich meebrengt.

2.8 Stigma

Hoewel velen wel weten wat er ongeveer bedoeld wordt met stigma, is het toch lastig om precies te benoemen wat stigma is. De definitie van Goffman (1963) wordt vaak aangehaald om stigma te omschrijven. Volgens hem is stigma een “attribute that is deeply discrediting”, welke de gestigmatiseerde reduceert, “from a whole and usual person to a tainted, discounted one” (Goffman 1963, p.3). Iemand met een lichamelijke handicap, waarbij de handicap gezien wordt als een “attribute that is deeply discrediting”, kan bijvoorbeeld vele kwaliteiten hebben, terwijl men enkel oog heeft voor de handicap die als sterk onwenselijk wordt gezien. Door de aandacht slechts te vestigen op de handicap en niet te kijken naar de persoon als geheel, wordt de persoon gedevalueerd tot ‘de gehandicapte’, ongeacht zijn/haar kwaliteiten. Dus dit negatieve kenmerk overschaduwet positieve kenmerken van deze persoon. De focus komt te liggen op de afwijking van het normale. In dit geval gaat het om een fysieke afwijking, maar iemand kan ook gestigmatiseerd worden om een afwijking van de sociale norm. In de definitie van Goffman (1963) komt dit niet sterk naar voren.

Stafford en Scott (1986, p.80) daarentegen leggen in hun definitie een grote nadruk op de sociale norm door stigma te definiëren als “a characteristic of persons that is contrary to a norm of a social unit”. Onder norm verstaan zij een “shared belief that a person ought to behave in a certain way at a certain time” (Stafford en Scott, 1986, p.80). Homoseksualiteit, bijvoorbeeld, wijkt in veel culturen sterk af van de sociale norm.

Dus een gestigmatiseerd persoon heeft een onwenselijk en afwijkend kenmerk dat niet past binnen het normale en afwijkt van de norm. Dit kan leiden tot sociale afwijzing door middel van het vermijden van contact met de gestigmatiseerde of negatief gedrag ten aanzien van deze persoon.

2.8.1 Stigmatiseringsproces

Hoe dit proces van stigmatisering in zijn werk gaat, beschrijven Link en Phelan (2001) in het artikel “Conceptualizing stigma”. Zij splitsen stigma op in verschillende componenten om precies uit te kunnen leggen wat zij onder stigma verstaan. In feite gaat het om een sociaal proces dat bestaat uit vier fasen van labelen, stereotypen vormen, groepen definiëren, status bepaling en discriminatie, die enkel plaats kunnen vinden als er sprake is van een machtsongelijkheid. Zonder deze voorwaarde is er geen stigma volgens Link en Phelan (2001).

De eerste fase die Link en Phelan (2001) beschrijven, is het labelen van de verschillen tussen mensen om ze te categoriseren. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van allerlei soorten verschillen, zoals nationaliteit, rijkdom, huidskleur, seksuele voorkeur, politieke stellingname, geslacht etc. De wijze waarop de verschillen worden geselecteerd hangt sterk af van de tijd, plaats en cultuur.

Nadat de labels zijn gevormd, worden de verschillen gekoppeld aan stereotypen. Dit is een proces dat veelal automatisch gebeurt. Het stereotyperen is als een 'short cut' voor hersenen om snel beslissingen te kunnen maken. Een stereotype heeft allerlei specifieke kenmerken. Door iemand met één of een paar van deze kenmerken te stereotyperen, krijgt deze persoon plots ook allerlei andere kenmerken. Wanneer een meisje heel erg mooi is en blond haar heeft, wordt er soms ook van haar gedacht dat ze niet bijzonder intelligent is, omdat aan haar schoonheid en het blonde haar het stereotype 'dom blondje' wordt gekoppeld.

De ideeën over bepaalde stereotypen worden al vroeg in een mensenleven gevormd, nog voordat iemand zelf wellicht in een gestigmatiseerde categorie valt. Als er dan de dreiging ontstaat dat iemand zelf gestigmatiseerd gaat worden ontstaat er een grote vrees dat anderen hem/haar in status zullen devalueren en verstoten volgens Link en Phelan (2001). Deze angst kan een scala aan negatieve gevoelens te weeg brengen en het zelfvertrouwen ernstig doen verminderen. Bovendien loopt de gestigmatiseerde het gevaar het stereotype met zijn/haar gedrag te bevestigen. Doordat hij/zij zich zo bewust is van het stereotype, kan het zo zijn dat hij/zij er onbewust aan gaat voldoen.. Dit wordt ook wel "stereotype threat" genoemd (Steele en Aronson, 1995).

Kenmerkend voor de derde fase van het stigmatiseringproces dat Link en Phelan (2001) beschrijven, is het onderscheid dat gemaakt wordt tussen de eigen groep en andere groepen. Dit onderscheid kan verklaard worden met de sociale identiteitstheorie van Tajfel (1981). Deze theorie verklaart hoe iemands eigen identiteit mede wordt bepaald door zijn lidmaatschap van een groep. Hoe positiever de perceptie is van de groep waartoe iemand behoort, hoe positiever hij/zij is over zijn/haar eigen identiteit en hoe zelfverzekerder hij/zij is. Door te categoriseren kan een sterk onderscheid gemaakt worden tussen de eigen groep, waar zo positief mogelijk over wordt gedacht, en andere groepen, waar zoveel mogelijk negatieve eigenschappen aan toe worden geschreven om de eigen groep zo goed mogelijk naar voren te laten komen. Een negatieve houding ten aanzien van andere groepen dient als bescherming van de eigen groep en uiteindelijk als bescherming van zichzelf.

Volgens Link en Phelan (2001) kan het onderscheid tussen de eigen en een andere groep heel subtiel en tamelijk onschuldig zijn door de andere groep als "zij" aan te duiden in contrast met "wij" voor de eigen groep. Maar wanneer de verschillen heel erg sterk zijn, zoals tijdens de tweede wereldoorlog het geval was tussen 'het Arische ras' en de joden in Europa en tussen blanken en zwarten gedurende de apartheid in Zuid-Afrika, kan er zelfs een gevoel ontstaan dat 'de andere groep' niet langer als menselijk wordt gezien en dit kan leiden tot ernstig discriminerend gedrag.

Het ondervonden verlies van status en discriminatie is de laatste fase van het stigmatiseringproces (Link en Phelan, 2001). Doordat personen een label krijgen, kunnen ze gecategoriseerd worden en kunnen er aan deze categorie negatieve kenmerken toegeschreven worden, waardoor de gestigmatiseerde een gevoel van statusverlies kan ervaren en gediscrimineerd kan worden. Deze slechtere positie vindt volgens Link, Cullen, Frank en Wozniak (1987) zijn doorwerking onder andere in onderwijs, inkomen, woonomstandigheden, gezondheid en toegang tot medische

behandeling. Discriminatie laat op vele fronten sporen na. Iemand kan bijvoorbeeld bij een sollicitatiegesprek een baan niet krijgen omdat hij/zij HIV-positief is. Hierdoor heeft de persoon in kwestie geen inkomen en dit heeft dan weer gevolgen voor de woonsituatie en voor zijn/haar mogelijkheden om een gezond leven te leiden.

Zonder machtsverschil kan stigma niet bestaan volgens Link en Phelan (2001). Als er geen verschil in macht is, hoeft de ene groep niets te beschermen tegen verliezen aan de andere groep. Volgens Link en Phelan (2001) is stigma geheel afhankelijk van macht. Het kan dan gaan om sociale, economische en politieke macht. Stigma is een middel om de bestaande structuren in stand te houden. De zwakkeren worden onderdrukt, waardoor zij slechtere overlevingskansen hebben. Dit alles dient om de sterkere groep de goede positie te laten behouden.

Deze theorie van Link en Phelan (2001) lijkt niet direct te passen bij het AIDS-stigma. Want hoe is te verklaren dat in een 'township' de ene persoon de andere stigmatiseert, omdat deze met HIV besmet is? Deze personen lijken immers dezelfde positie te hebben, dus zou hier het machtsverschil ontbreken, waardoor stigma volgens Link en Phelan (2001) niet mogelijk zou zijn. Maar het is te beargumenteren dat het machtsverschil er wel degelijk is, omdat de overlevingskansen van een ziek persoon kleiner zijn dan die van een gezond persoon. Door te stigmatiseren wordt het verschil tussen deze personen groter en krijgt de stigmatiseerder meer kansen, bijvoorbeeld op een partner of een baan, dan de gestigmatiseerde. Zo wordt de betere positie van de gezonde persoon behouden en versterkt.

Maar wellicht dat de theorie van Link en Phelan (2001) te beperkt is om het stigma dat op ziektes rust duidelijk te verklaren. Ook andere factoren, zoals angst voor een ernstige ziekte en vrees voor besmetting, nemen een belangrijke plaats in bij stigma's op ziektes. In het stigmatiseringproces van Link en Phelan (2001) ontbreken deze factoren doordat zij stigma voornamelijk verklaren vanuit sociale ongelijkheid. In die zin wijkt het stigma op een ziekte sterk af van een stigma op ras of gender. Op deze andere factoren, die in het speciaal een rol spelen bij het stigma van ziektes, zal nu dieper ingegaan worden.

2.8.2 AIDS-stigma

In het verleden zijn ernstige aandoeningen gestigmatiseerd, zoals lepra, tuberculose, mentale stoornissen, SOA's (Brown, Trujillo & Macintyre, 2001) en AIDS kan nu voorlopig als laatste aan dit rijtje worden toegevoegd. Maar wat maakt nu dat een ziekte sterk gestigmatiseerd wordt? Volgens Dijker en Raeijmaekers (1999) spelen drie dimensies een belangrijke rol:

1. De ernst van de ziekte
2. De besmettelijkheid van de ziekte
3. De mate waarin iemand verantwoordelijk kan worden gehouden voor het oplopen van de ziekte

In de eerste plaats noemen zij de ernst van de ziekte. Ernst moet hierbij ruim opgevat worden. Het kan gaan om ernstig fysiek of psychisch lijden. Dus een ziekte waarbij het lichaam heel erg aangetast wordt, wordt beschouwd als ernstig, maar ook als een ziekte tot grote psychische problemen zoals depressie leidt. Een ziekte als AIDS is in allebei deze opzichten ernstig. Doordat genezing niet mogelijk is, brengt AIDS groot psychisch leed. Bovendien zijn de lichamelijke gevolgen in de laatste fase van de ziekte zeer ernstig te noemen. Ook volgens Perloff (2001) heeft deze fysieke zichtbaarheid van een ziekte een belangrijke invloed op het stigma.

De mate van besmettelijkheid van de ziekte is tweede dimensie die bepalend is voor het stigma. Het gevaar van besmetting roept grote vrees op. Door personen met een besmettelijke ziekte te mijden wordt de kans op besmetting verkleind. Dit is de reden dat de besmettelijkheid van de ziekte sociale afwijzing en dus stigma veroorzaakt.

De derde dimensie is de mate van persoonlijke controle over de situatie. Volgens Weiner (1996) veroorzaakt eigen verantwoordelijkheid emoties van woede en medelijden, waarbij woede leidt tot vijandig gedrag en medelijden tot hulp. Iemand die zelf verantwoordelijk wordt gehouden voor het oplopen van HIV, bijvoorbeeld door onveilig te vrijen, roept vooral veel woede op bij anderen en daardoor zullen zij een negatieve houding ten aanzien van hem/haar hebben. Is hij/zij besmet geraakt door een bloedtransfusie creëert dit een gevoel van medelijden, omdat hij/zij niet verantwoordelijk wordt gezien voor het oplopen van HIV. De kans dat mensen hem/haar in dit geval willen helpen is dan veel groter.

Het gevoel van woede wordt versterkt als de persoon die een ziekte heeft opgelopen de sociale norm heeft overtreden. Zo kan gedacht worden dat iemand zich niet aan de geldende norm voor seksualiteit heeft gehouden. Iemand die homoseksueel is en HIV heeft opgelopen kan zelf als verantwoordelijk worden gezien, omdat homoseksualiteit indruist tegen de heteroseksuele norm.

De drie dimensies van ernst, besmettelijkheid van de ziekte en de eigen verantwoordelijkheid voor het oplopen van de ziekte hangen met elkaar samen.

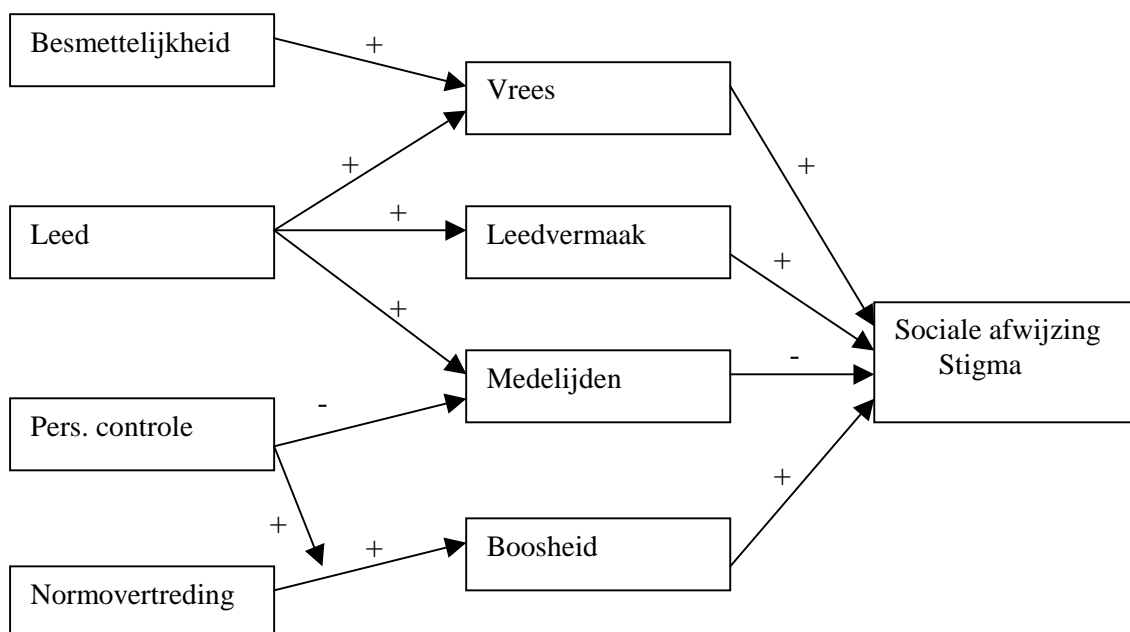
De emoties van vrees die bij de eerste twee dimensies ontstaan, kunnen leiden tot het vermijden van personen met HIV/AIDS om zo de kans op een mogelijke besmetting met een ernstige ziekte zo klein mogelijk te houden. Voor zover het gaat om het vermijden van bloedcontact en onveilig vrijen is dit een verstandige keuze, maar om contact met een HIV-positief persoon op alle mogelijke wijze te vermijden gaat te ver. Het stigma dat ontstaat door de vrees op besmetting met een ernstige ziekte wordt instrumenteel stigma genoemd (Herek & Capitano, 1998) en het kan tot gevolg hebben dat een stigmatiseerder iemand met HIV/AIDS niet wil aanraken of er geen spullen mee wil delen.

Naast de emotie angst, roept stigma ook medelijden op. Weiner (1996) geeft aan dat de mate van medelijden afhangt van de mate waarin iemand zelf verantwoordelijk gehouden kan worden voor het oplopen van de besmetting. Dijker en Koomen (1996) daarentegen stellen dat de emotie

medelijden niet alleen bij de derde dimensie van eigen verantwoordelijkheid van belang is, maar ook bij de ernst van de ziekte en het lijden. Hoe ernstiger de ziekte hoe groter het medelijden wegens het leed dat de zieke ervaart. Daarnaast hangt de mate van medelijden volgens Dijker en Koomen (1996) ook af van de invloed die de zieke op de situatie heeft gehad. Hoe groter deze invloed is geweest, hoe minder het medeleven is. Bij de eerste dimensie, de ernst van de ziekte, kan dan het gevoel van medelijden dan zelfs veranderen in leedvermaak. Het lijden wordt dan als een straf gezien voor het onverantwoordelijke gedrag. Zeker als de gestigmatiseerde de sociale norm heeft overtreden en de ziekte als het gevolg hiervan wordt gezien, kan dit bij de stigmatiseerder boosheid in plaats van medelijden oproepen, omdat de gestigmatiseerde zelf als verantwoordelijk wordt gehouden. Het ernstige leed wordt dan gezien als de straf voor het overtreden van de sociale norm. De sociale afwijzing die voortkomt uit het stigma die ontstaat bij normovertreding komt overeen met wat Herek en Capitanio (1998) symbolisch stigma noemen.

Een ernstige ziekte kan dus verschillende emoties oproepen zoals angst voor een ernstige ziekte en angst voor besmetting, medelijden met iemand die een ernstige ziekte heeft en medelijden met iemand die zelf niet verantwoordelijk gehouden kan worden voor zijn situatie, maar ook boosheid wanneer iemand ziek is geworden door het overtreden van de sociale norm en gevoelens van leedvermaak, wanneer deze persoon een lijdt onder de aandoening. Vrees, leedvermaak en boosheid zijn de emoties die leiden tot sterke sociale afwijzing, terwijl medelijden juist zorgt voor steun. In figuur 2 zijn deze invloeden weergegeven.

Figuur 2. Causaal model van stigmatisering van zieken en gehandicapten (Dijker & Koomen, 1996)



2.8.3 Stigma ter ondersteuning van sociale structuur

Door groepen die een slechtere positie hebben in de maatschappij te stigmatiseren, beschermen personen met een betere positie hun eigen positie. Stigma zorgt voor een sociale hiërarchie, onderhoudt deze en legaliseert zelfs de sociale ongelijkheid (Aggleton & Parker, 2002; Link en Phelan, 2001). In Zuid-Afrika is huidskleur een reden voor stigma (Skinner & Mfecane, 2004). Over het algemeen genomen staan zwarten nog altijd lager op de sociale ladder dan blanken. Ook sekse kan aanleiding vormen tot stigma (Aggleton & Parker, 2002; Letamo, 2003; Skinner & Mfecane, 2004). Vrouwen hebben doorgaans een lagere positie dan mannen en ze zijn veelal afhankelijk van mannen. Eveneens kan op basis van sociale klasse gestigmatiseerd worden (Aggleton & Parker, 2002).

AIDS-stigma vormt zich bijna altijd bovenop andere stigma's (Brown, Trujillo & Macintyre, 2001; Skinner & Mfecane, 2004). Dit maakt het stigma extra zwaar, omdat gestigmatiseerden dan dubbel gestigmatiseerd worden. Zo krijgen vrouwen vaak de schuld voor de verspreiding van het virus, aldus Van Dyk & Van Dyk (2003) of wordt gedacht dat het een ziekte is van zwarten of armen (Skinner & Mfecane, 2004; Perloff, 2001). Doordat het AIDS-stigma verbonden is aan andere stigma's, ondervinden de gestigmatiseerden vaak een dubbel stigma en krijgen zij ook negatieve eigenschappen toe geschreven van aan AIDS gerelateerde stigma's. Van een heteroseksuele man die HIV-positief blijkt te zijn kan gedacht worden dat hij homoseksueel is, enkel omdat hij besmet is. Of een getrouwde vrouw die HIV heeft opgelopen, kan plots gezien worden als een overspelige vrouw met slechte zeden, terwijl zij misschien het virus van haar man heeft gekregen.

2.8.4 Stigma om angst te beheersen

Stigma zorgt er ook voor dat men om kan gaan met de angst voor HIV/AIDS (Stein, 2003). Door zich sterk te onderscheiden van personen met HIV/AIDS, zoals dat gebeurt in de derde fase van het stigmatiseringproces, die door Link en Phelan (2001) is beschreven, en ze tot een andere groep te rekenen wordt AIDS het probleem van 'de andere groep'. Zo ontstaat de illusie van onkwetsbaarheid voor de ziekte volgens Stein (2003). Zolang de stigmatiseerders immers leven volgens de sociale norm, kunnen zij voor hun gevoel niet tot de groep gerekend worden waarin AIDS voorkomt. Natuurlijk is dit een illusie, omdat AIDS geen ziekte van een groep is, maar van het individu (Perloff, 2001).

Mensen hebben altijd de neiging om hun eigen risico op ongeluk te onderschatten (Heider, 1958) en zij proberen de persoon zelf als veroorzaker van zijn ongeluk te zien (Stein, 2003), omdat ze graag willen geloven dat men krijgt wat men verdient (Holzemer & Uys, 2004).

HIV/AIDS verspreidt zich in Afrika voornamelijk door middel van seks. Dit wordt volgens Crawford (1996) gezien als gedrag dat doorgaans vrijwillig is en vermeden kan worden. In die zin wordt iemand met HIV/AIDS zelf als verantwoordelijk beschouwd voor zijn/haar eigen situatie (Letamo, 2003) en juist deze eigen verantwoordelijkheid is één van de redenen voor het stigma van HIV/AIDS (Perloff, 2001; Weiner, 1996; Dijker & Koomen, 1996; Dijker & Raeijmaekers, 1999).

Iemand die HIV-positief is wordt vooral als schuldig gezien omdat het oplopen van een HIV-besmetting geassocieerd wordt met seksueel gedrag dat van de norm afwijkt, zoals ontrouw, vele wisselende partners, homoseksualiteit en prostitutie (Aggleton & Parker, 2002). Door zich als stigmatiseerder sterk te distantiëren van dit soort gedrag en volgens de sociale norm te leven wordt een gevoel van veiligheid gecreëerd (Skinner & Mfecane, 2004).

Overigens is de associatie van HIV/AIDS met homoseksualiteit niet onlogisch, omdat de ziekte zich in het begin enkel onder homoseksuelen leek voor te doen (<http://www.avert.org/AIDSsouthafrica.htm>). Ditzelfde geldt voor de koppeling tussen zwarten en AIDS, aangezien de eerste groep na de homoseksuelen die ernstig getroffen werd, de zwarte bevolking was. Maar AIDS beperkt zich niet langer tot specifieke groepen. AIDS verspreidt zich onder alle bevolkingslagen, rassen en beide seksen, ongeacht seksuele voorkeur (Swanepoel, 2003).

Stigma brengt dus veel negatieve emoties met zich mee, zowel bij de stigmatiseerder als bij de gestigmatiseerde en het stigma neemt een belangrijke rol in binnen de AIDS-epidemie. Bovendien beperkt het AIDS-stigma het effect van HIV/AIDS-preventiecampagnes. Eerder is al ter sprake gekomen dat vertrouwelijkheid van patiëntgegevens en het AIDS-stigma bepalend kunnen zijn voor de attitude van personen die VCT overwegen en uiteindelijk dus voor de gedragsintentie. De angst dat medisch personeel zich niet houdt aan het beroepsgeheim kan een belangrijke reden zijn om af te zien van VCT. Waarschijnlijk hangt dit samen met de angst voor het AIDS-stigma. Het lijkt erop dat vertrouwelijkheid zo belangrijk is, omdat men het AIDS-stigma vreest. Als een positieve HIV-status aan het licht komt, is er een grote kans dat de HIV-positieve persoon sterke sociale afwijzing zal ervaren. Zo lang enkel de patiënt op de hoogte is van zijn/haar HIV-positieve status zal hij/zij geen problemen van het AIDS-stigma ondervinden. Dit kan de reden zijn dat er zoveel belang wordt gehecht aan vertrouwelijkheid. Daarom lijkt het belangrijk om rekening te houden met de behoefte aan vertrouwelijkheid en de vrees voor het AIDS-stigma bij de ontwikkeling van voorlichtingsmateriaal dat mensen moet overhalen tot VCT. De centrale vraag van dit onderzoek luidt daarom:

In hoeverre leidt een VCT-voorlichtingstekst waarin geprobeerd wordt de angst voor stigma te verminderen bij zwarte bevolkingsgroepen uit verschillende sociale klassen in Zuid-Afrika tot een positievere gedragsintentie ten aanzien van VCT dan een tekst waarin die poging niet wordt ondernomen?

3. *Methode*

3.1 **Materiaal**

Voor het experiment zijn twee persuasieve voorlichtingsteksten geschreven die aansporen tot VCT. Drie bestaande brochures¹ hebben de basis gevormd van de voorlichtingsteksten. In tekst A is zoveel mogelijk geprobeerd de angst voor stigma te verminderen, terwijl in tekst B enkel geprobeerd wordt de lezer over te halen tot VCT door informatie te geven over deze service zonder speciaal aandacht te schenken aan stigma.

De teksten verschillen op vier punten. In tekst A wordt de vertrouwelijkheid van VCT benadrukt, terwijl dit in tekst B niet het geval is. Het tweede punt van verschil is dat in tekst B HIV/AIDS direct aan de dood wordt gekoppeld, in tekst A daarentegen wordt gesproken over gezond en gelukkig leven met HIV. Daarnaast is er een verschil in de bespreking van negatieve gevolgen van een HIV-positief resultaat. In tekst A wordt verteld dat deze negatieve gevolgen op zouden kunnen treden, terwijl in tekst B gesteld wordt dat deze gevolgen op zullen treden. Het vierde verschil tussen de teksten is dat in tekst A sterk benadrukt wordt dat iemand die HIV-positief is er niet alleen voor staat en dat er verschillende vormen van ondersteuning zijn. In tekst B wordt hier niet over gesproken. De vier manipulaties zullen nu met voorbeelden uit de teksten toegelicht worden.

In tekst A is een grote nadruk gelegd op vertrouwelijkheid door de term ‘confidentiality’ nader te verklaren en uit te leggen dat het medisch personeel, dat opgeleid is voor het verrichten van medische handelingen, begrijpt dat vertrouwelijkheid heel belangrijk is. Voorbeeld:

Tekst A:

“He or she has the correct medical training to do so and will tell you what it means to have the HIV-test.”

“The result will stay confidential. Confidential means that only you and your health worker will know the result. Your health worker will not tell anybody else the results of the test, unless you want anyone else to know. He or she knows how important confidentiality is for you and understands your fears. Only you decide if you want to tell somebody else about the results. Nobody can force you to reveal your HIV status.”

¹Knowledge is power! Voluntary counselling and testing for HIV – Why should I do it?
Developed and designed by Phakisa and IHTD

5 Important things to know about...Having an HIV test. Wellness Project Management.

Voluntary Counselling and Testing (VCT) (2002). Developed for the Department of Health: HIV/AIDS and STI Directorate by CADRE. Pretoria

In tekst B wordt niets gezegd over ‘confidentiality’ bij VCT.

In tekst A wordt HIV in de eerste alinea gepresenteerd als een ziekte waar mee te leven is, terwijl in tekst B wordt geopend met enkel de dodelijkheid van HIV, terwijl deze nadruk op de dodelijkheid van AIDS juist voor een groter stigma op de ziekte zorgt. Voorbeeld:

Tekst A:

“Many people with HIV develop AIDS and die. But many infected people are living healthy and happy lives, even though they know that they are infected with HIV. They took an HIV test to find out if they had HIV. Should you maybe go for a voluntary HIV test too?”

Tekst B:

“If the people with HIV don’t take action they will develop AIDS and die. How do you know if you are not one of them? Should you go for a voluntary HIV test?”

De derde manipulatie is uitgevoerd door de negatieve gevolgen van een positieve HIV-uitslag verschillend te presenteren. Daar waar in tekst A uitgelegd is welke negatieve consequenties een positief testresultaat mogelijk kan opleveren, is in tekst B gesteld dat de persoon deze negatieve gevolgen zeker zal ervaren. Voorbeeld:

Tekst A:

“People may become depressed and think about committing suicide, once they find out that they are HIV positive. Or they may give up hope and get sick more quickly. Family and friends may reject them and they may think of themselves as bad or dirty. And maybe they will have to pay extra on their medical aid or life insurance policies.”

Tekst B:

“People become depressed and think about committing suicide, once they find out that they are HIV positive. Or they give up hope and get sick more quickly. Family and friends reject them and they think of themselves as bad or dirty. And they have to pay extra on their medical aid or life insurance policies.”

Tot slot is in tekst A een stigma verminderende alinea toegevoegd, waarin wordt benadrukt dat iemand met HIV er niet alleen voor staat en dat er velerlei vormen van ondersteuning zijn. Deze alinea ontbreekt in tekst B. Voorbeeld:

You are not alone

“Always remember that there are a lot of people to help you if you test HIV-positive. Counsellors can help you with coping with feelings of fear, anger, guilt and the shock of finding out that you are HIV-positive. They can even help you disclose your HIV-status to your partner if you want. You can join support groups for people living with HIV. And your doctor can explain how you can stay healthy for many years. If you test HIV-positive, you don’t have to stand alone.”

Verder zijn de teksten gelijk gehouden. Wel is er verschil in lay-out van de teksten. Omdat tekst A langer was dan tekst B en meer dan één pagina zou beslaan, is er voor gekozen om tekst A zo af te drukken dat de tekst, net als bij tekst B, op één pagina paste (zie bijlage 1 op pagina 63 en bijlage 2 op pagina 65). Het verschil in tekstlengte was 194 woorden: tekst A telde 727 woorden en tekst B 533.

3.2 Deelnemers

Bij dit onderzoek is voor zwarte deelnemers gekozen, omdat het overgrote deel van bevolking in Zuid-Afrika zwart is, namelijk 79% (<http://nl.wikipedia.org/wiki/Zuid-Afrika>). Bovendien zijn zwarten harder getroffen door het HI-virus dan andere bevolkingsgroepen in Zuid-Afrika.

In totaal hebben 218 deelnemers, 36,2% mannen en 63,8% vrouwen, tussen 17 en 55 jaar meegedaan aan het onderzoek. Van hen hadden 123 (56,4%, waarvan 43,1% man en 56,9% vrouw) een hoge sociaal economische status en 95 (43,6%, waarvan 27,4% man en 72,6% vrouw) een lage sociaal economische status. De gemeten sociaal economische status is de operationalisatie van het begrip “klassen” in de centrale vraag van dit onderzoek. Het doel van het onderzoek was immers te achterhalen in hoeverre een VCT-voorlichtingstekst waarin geprobeerd wordt de angst voor stigma te verminderen bij zwarte bevolkingsgroepen uit verschillende sociale klassen in Zuid-Afrika tot een positievere gedragsintentie ten aanzien van VCT leidt dan een tekst waarin die poging niet wordt ondernomen.

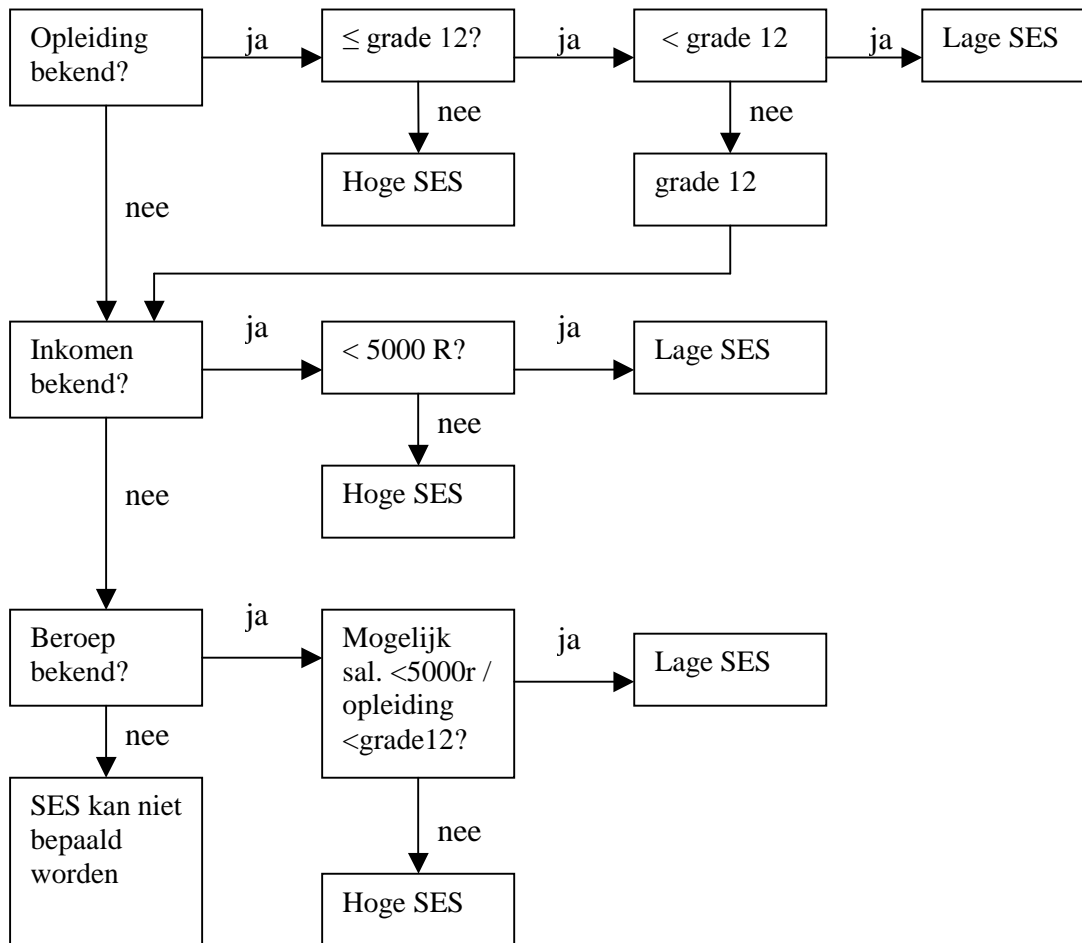
De sociaal economische status (SES) is gemeten aan de hand van het opleidingsniveau, het beroep en het inkomen. De deelnemers die een hoger opleidingsniveau hadden dan ‘grade 12’ zijn tot de hogere sociaal economische klasse gerekend. Zij die ‘grade 12’ niet hadden afgerond werden ingedeeld bij de groep met een lage SES. Voor de deelnemers die als hoogste opleiding ‘grade 12’ hadden, is de SES bepaald aan de hand van het inkomen. De deelnemers met een salaris van vijfduizend rand of meer zijn tot de groep met een hogere sociaal economische status ingedeeld.² De andere deelnemers met als het hoogste opleidingsniveau ‘grade 12’ zijn in de groep met een lage SES opgenomen. Wanneer het opleidingsniveau en het inkomen niet bekend waren, is de vragenlijst niet

² Het gemiddelde inkomen in Zuid-Afrika ligt op 6455 rand per maand, maar zwarte Zuid-Afrikanen verdienen gemiddeld minder dan andere Zuid-Afrikanen en slechts een klein percentage van de zwarten kan zich tot de ‘middle class’ rekenen (http://www.southafrica.info/doing_business/trends/empowerment/blackmiddeclass.htm). Voor zwarte Zuid-Afrikanen is een loon van 5000 rand per maand dan ook tamelijk hoog.

meegenomen in het onderzoek, omdat de SES niet bepaald kon worden. Ook vragenlijsten waarbij andere vragen niet ingevuld waren werden niet meegenomen in het onderzoek. Een paar procent van de ingevulde vragenlijsten bleek onbruikbaar, omdat zij niet volledig waren ingevuld.

Figuur 3 is een stroommodel voor de groepsindeling naar SES. Bij alle 218 deelnemers kon de SES bepaald worden.

Figuur 3. Stroommodel voor groepsindeling naar SES



Alle deelnemers deden vrijwillig mee aan het onderzoek, zonder daar enige vorm van compensatie voor te ontvangen. Veel van de deelnemers zijn benaderd bij de kliniek en andere ontmoetingsplaatsen in 'Kayamandi', een township bij Stellenbosch. Ook zijn deelnemers op hun werk benaderd of in geloofsgemeenschappen.

Er golden vier voorwaarden om aan het onderzoek mee te doen: de deelnemers moesten van het zwarte ras zijn, ten minste 18 jaar oud zijn, Engels kunnen lezen en begrijpen en geen student zijn of nog op school zitten. De leeftijdsgrens is gekozen om praktische redenen. Het is heel erg lastig om SES bij jongeren te meten. En studenten zijn uitgesloten, omdat zij vaak een sterk afwijkende subcultuur hebben.

3.3 Design

Er is uitgegaan van twee onafhankelijke variabelen: sociaal economische status (SES) en voorlichtingstekst. In dit onderzoek is onderzocht of er verschil was in overtuigingskracht van een tekst die sterk stigma verzwakkend bedoeld was (tekst A) en een tekst waarin daar minder nadruk op werd gelegd (tekst B) bij groepen met een hoge en een lage SES. De teksten, die gebaseerd waren op bestaande voorlichtingsteksten, zijn gemanipuleerd op de mate waarin getracht werd de angst voor stigma te verminderen. Verder is de inhoud van de teksten gelijk gehouden.

Na het lezen van één van de teksten, vulden de deelnemers een vragenlijst in met vragen over hun demografische achtergrond, de oordelen over de teksten, de determinanten van VCT en het AIDS-stigma.

Gekozen is voor een tussen-proefpersoonontwerp, waarbij het ene deel van de groep met een hoge SES tekst A kreeg en het andere deel tekst B. De twee teksten werden ook zo verdeeld onder de groep met een lage SES. In totaal hebben 218 deelnemers deelgenomen aan het onderzoek. Dit leverde een 2x2 design op (zie Tabel 1. Design).

Tabel 1. Design

	Lage SES	Hoge SES
Tekst A	51	60
Tekst B	44	63

3.4 Instrumentatie

Het meetinstrument bestond uit vier onderdelen: demografie, vragen over de voorlichtingstekst testgeschiedenis en opinies.

Voor het achterhalen van de mogelijk relevante demografische kenmerken werd gevraagd naar de sekse en leeftijd. Bovendien werd gevraagd of de deelnemer een vaste relatie had. Om er zeker van te zijn dat de deelnemers zwarte Zuid-Afrikanen waren en geen kleurlingen werd naar de moedertaal gevraagd. Alleen bij zwarte Zuid-Afrikanen is dit één van de traditionele Afrikatalen. Kleurlingen hebben Engels of Afrikaans als eerste taal. Om de sociaal economische status te bepalen is gevraagd wat de hoogste afgeronde opleiding was, of de deelnemer een baan had en zo ja wat voor baan en hoe hoog het maandelijkse inkomen was.

Daarna volgden tien vragen over de voorlichtingstekst die de deelnemers hadden gelezen voordat zij aan de vragenlijst waren begonnen (zie Tabel 2). Om te achterhalen of de tekst overkwam als een tekst uit een echte brochure werd de deelnemer gevraagd in hoeverre hij of zij het eens was met de stelling: “The text I just read is probably copied from a brochure about the HIV test”. De deelnemer kon op een zevenpunts-Likert-schaal met aan de uiterst linkse zijde “I strongly agree” en aan de uiterste rechter zijde “I strongly disagree”, zijn of haar mening geven. Dezelfde schaal is ook voor de

andere vragen over de voorlichtingstekst gebruikt. Met de vragen 8 en 9 is gemeten in hoeverre de deelnemers de voorlichtingstekst vertrouwden. De vragen 13, 14 en 16 bevroegen de aantrekkelijkheid en het leesgemak van de voorlichtingstekst, waarbij met vraag 14 tevens werd gecontroleerd of tekst A, die langer was dan tekst B, vaker te lang werd bevonden dan tekst B. De angst voor het stigma direct na het lezen van de tekst is gemeten met de vragen 10 en 12. Het vertrouwen in de betrouwbaarheid van patiëntgegevens is gemeten met vraag 9. Met de vragen 11 en 15 zijn de effecten van de tekst gemeten door te vragen in hoeverre de tekst overtuigend was en motiveerde om een HIV-test te ondergaan.

Tabel 2. Voorgenomen constructie van de variabelen voor het effect van de voorlichtingsteksten

Variabele	Vraag	Stelling
Gepercipieerde echtheid	7	The text I just read is probably copied from a brochure about the HIV test
Vertrouwen in de tekst	8	I believe the text I just read is telling the truth about the HIV test
	9	The text convinces me that the health worker at the testing site will keep my results confidential and he or she will not tell other people about my test results
Vertrouwen in betrouwbaarheid	9	The text convinces me that the health worker at the testing site will keep my results confidential and he or she will not tell other people about my test results
Angst voor het stigma	10	After reading the text I think that you still can have a good life if you are infected with HIV
	12	After reading the text I feel less afraid of the reactions of others, should I decide to take a test
Overtuigend	11	The text motivates me to get tested
	15	I found the message of the text convincing
Aantrekkelijkheid en leesgemak	13	It was interesting to read the text
	14	The text was too long
	16	The text is difficult to read
Controle tekstlengte	14	The text was too long

In het onderdeel ‘history of testing’ is met tien gesloten vragen (vraag 18 t/m vraag 27 exclusief vraag 23a) en twee open vragen (vraag 17 en 23a) onderzocht of de deelnemers tot een risicogroep zouden kunnen behoren, in hoeverre zij bewust met hun HIV-status bezig waren en of zij de intentie hadden zich op korte termijn te laten testen op HIV. Ook vraag 60 vroeg naar de gedragsintentie.

Het vierde onderdeel bestond uit tien subonderdelen: attitude, subjectieve norm, waargenomen normatieve overtuigingen van belangrijke anderen, motivatie om aan de verwachtingen van de omgeving te voldoen, eigen effectiviteit, barrières, vaardigheden, instrumenteel stigma, symbolisch stigma en betrouwbaarheid patiëntgegevens. Telkens werd de mening over een stelling gevraagd. De deelnemers konden hun mening aankruisen op een zevenpunts-Likert-schaal met aan de uiterst linkse zijde “I strongly agree” en aan de uiterste rechter zijde “I strongly disagree”. Vraag 61 week hiervan

af. Dit was een gesloten vraag met zeven antwoordmogelijkheden, waarbij meerdere antwoorden tegelijkertijd aangekruist konden worden om aan te geven aan wie zij hun HIV-status bekend zouden maken, als zij HIV-positief zouden zijn.

Met vijf vragen is geprobeerd de attitude ten aanzien van VCT te meten, namelijk vraag 28 t/m 32 (zie Tabel 3), en met nog eens vier vragen (vraag 42 t/m vraag 45) zijn de gedragsovertuigingen gemeten. De vragen 42 en 43 (deze laatste is bij de berekening gespiegeld) vroegen naar het vertrouwen in de vertrouwelijkheid, maar de antwoorden op deze vragen hingen onvoldoende met elkaar samen ($\alpha = .18$), daarom is voor deze variabele ‘vertrouwen in de vertrouwelijkheid’ slechts vraag 43 gebruikt. De vragen 33 en 38 bevroegen de subjectieve norm. De waargenomen normatieve overtuigingen werden eveneens gemeten met twee vragen (vraag 34 en 35) net als de motivatie om aan de waargenomen verwachtingen van de omgeving te voldoen (vraag 36 en 37). De eigen effectiviteit is gemeten met de vragen 39 en 41. De vragen 46 en 47 bevroegen de barrières en vraag 40 vroeg naar een vaardigheid om zich te laten testen op HIV. Om de angst voor het stigma te meten is een onderscheid gemaakt in instrumenteel stigma, vraag 48 t/m 52, en symbolisch stigma, vraag 53 t/m 59 en 61. Vraag 61 was een gesloten vraag waarin werd gevraagd aan wie de deelnemers zouden vertellen dat ze HIV-positief waren als zij besmet bleken te zijn. In bijlage 3 (zie pagina 67) is de vragenlijst te vinden. De eigen effectiviteit is met twee vragen gemeten met éénzelfde stelling. De betrouwbaarheid bleek laag: $\alpha = .12$. Daarom is voor de variabele ‘eigen effectiviteit’ enkel vraag 41 gebruikt.

Tabel 3. Voorgenomen constructie van de variabelen voor gedragsverandering

Variabele	Vraag	Stelling
Attitude	28	Getting tested for HIV helps people feel better, therefore I think getting tested is good
	29	Because there isn't a cure for HIV, it is no use to get tested
	30	Getting tested for HIV is good, because knowing your HIV status helps to protect your health and the health of others
	31	I would not like to go for an HIV test, because it might ruin my life
	32	Though taking an HIV test can be scary, I would like to know if I have HIV
Gedragsovertuigingen	42	I think my results will be treated as confidential
	43	I fear that somebody might reveal my test results to other people
	44	I'm afraid that they might force me to have the test after the counselling session
	45	I think that the medical personnel will help me even if they know I am HIV positive
Vertrouwen in vertrouwelijkheid.	42	I think my results will be treated as confidential
	43	I fear that somebody might reveal my test results to other people
Subjectieve norm	33	Because family members think it is good to take an HIV test, I will take the Test
	38	My friends think that it's no good to take an HIV test, therefore I won't have an HIV test

Vervolg van Tabel 3.

Variabele	Vraag	Stelling
Waargenomen normatieve overtuigingen	34	People might think bad things about me if I go for an HIV test
	35	People think that I am a responsible person if I have an HIV test
Motivatie om aan waargenomen verwachtingen van de omgeving te voldoen	36	If my partner wants me to take the test, I won't do it
	37	I still would go for a test, even if other people think I shouldn't
Eigen effectiviteit	39	I think I can't handle having an HIV test
	41	If the test result is that I am infected with HIV, I will be able to handle it
Barrières	46	I don't have enough information about HIV testing, therefore I can't decide if I want to be tested
	47	I know a testing site close by
Vaardigheden	40	I will quite easily make an appointment for voluntary counselling and testing
Intentie	27	Because I want to know if I infected with HIV, I will go to a testing site for an HIV test this month
	60	I think I won't make an appointment for an HIV test within the next six months
Instrumenteel stigma	48	If I was infected with HIV, it might be better that I avoided contact with healthy persons
	49	If I should I become infected with HIV, my boss would still allow me to go To work
	50	People still would share things with me, even if I would be infected with HIV
	51	If I were to be infected with HIV, other people won't have a problem touching me
	52	If I were to be infected with HIV, other people might avoid contact with me, so that they don't get the disease
Symbolisch stigma	53	If I ever should prove to be HIV positive*, people would still feel the same about me as a person
	54	If I was infected with HIV, other people would think I must have done Something wrong
	55	If I were to be infected with HIV, I would fear that other people may think I have lived an immoral life
	56	I won't feel ashamed if I would be infected with HIV
	57	Even if I would be infected with HIV, I would still try to get a promotion
	58	If I would be infected with HIV, I would work harder, so I won't do worse than other people
	59	My family would still visit me often, if I would have HIV, because they won't fear that people think bad things about them, when they see us together

3.5 Procedure

Aan potentiële deelnemers werd, door de onderzoeker of een contactpersoon, gevraagd of zij een kwartier van hun tijd wilden vrij maken om mee te werken aan een onderzoek naar brochures over HIV/AIDS. De deelnemers werden ervan verzekerd dat de afname anoniem was en dat niemand de

ingevulde vragenlijsten zou kunnen herleiden naar de personen die ze ingevuld hadden. Uitgelegd werd dat een redelijke kennis van het Engels noodzakelijk was. Ongeveer 20% van alle gevraagde personen wilde niet mee werken aan het onderzoek. Vooral de mensen met een lage sociaal economische status leken eerder geneigd af te zien van deelname dan de personen met een hoge sociaal economische status (SES).

De personen die toestemden kregen ofwel tekstversie A, ofwel tekstversie B, met een vragenlijst, die vooraf werd gegaan door een instructieve tekst om de vragenlijsten op een correcte wijze in te kunnen vullen. In de instructie (zie bijlage 4 op pagina 73) werd uitgelegd dat de tekst over VCT gelezen moest worden, voordat aan de vragen begonnen kon worden. Ook werd benadrukt dat het van groot belang was eerlijke antwoorden te geven en geen vragen over te slaan. Verteld werd dat het hele onderzoek ongeveer vijftien minuten zou duren. Vervolgens werd uitgelegd hoe de vragen beantwoord moesten worden. Dit werd geïllustreerd met een voorbeeld van een open vraag, een gesloten vraag en een vraag met een zevenpunts-Likert-antwoordschaal.

De deelnemers konden vier onderdelen onderscheiden, vragen over de demografische achtergrond, vragen over de tekst, vragen over hun testgeschiedenis en een onderdeel die naar opinies vroeg. De onderverdeling van de opinies in tien subgedeelten was voor hen niet zichtbaar.

Het hele pakket (de instructie, de brochuretekst en de vragenlijst) werd aangereikt in een blanco enveloppe. Na het beantwoorden van alle vragen konden de deelnemers de vragenlijst weer in deze blanco enveloppe sluiten. Telkens is geprobeerd om verschillende personen tegelijkertijd deel te laten nemen, zodat er meerdere enveloppen tegelijk ingeleverd werden en de onderzoeker niet wist van wie welke enveloppe was. Dit is gedaan om de vertrouwelijkheid te kunnen garanderen. Niet altijd was mogelijk om de vragenlijst bij meerdere personen tegelijkertijd af te nemen.

Het bleek erg lastig om in de omgeving van Stellenbosch aan voldoende zwarte deelnemers te komen, omdat dit een gebied is waar veel blanken en kleurlingen wonen en veel minder zwarten. Een mogelijk nadeel is dat de onderzoeker een blanke studente was. De mensen leken eerder en meer bereid om aan het onderzoek mee te doen als contactpersonen om hun medewerking vroeg. De contactpersonen kenden de deelnemers en zij kwamen uit dezelfde gemeenschap.

Op het plaatselijke industrieterrein, “Technopark”, is gezocht naar zwarte deelnemers met een hoge sociaal economische status, maar al snel bleek dat de bedrijven op het industrieterrein zelden zwarte werknemers hadden. Bij de bedrijven die wel zwarte werknemers hadden, waren deze werknemers bijna altijd bereid om aan het onderzoek mee te werken. Soms functioneerden deze deelnemers zelf ook weer als contactpersoon door een aantal enveloppen mee naar huis te nemen en vrienden te vragen om ook deel te nemen aan het onderzoek.

Op de universiteit van Stellenbosch is aan de hoogopgeleide werknemers van het departement “Afrikatalen” hun medewerking gevraagd. Onder hen was de bereidwilligheid om mee te werken groot. Ook in hun kennissenkring zijn meer mensen geworven.

Bovendien heeft een welzijnswerker op een grote wijnboerderij in Stellenbosch aan medewerkers met een hoge sociaal economische status gevraagd om deel te nemen aan het onderzoek en een dominee heeft in zijn geloofsgemeenschap welgestelde zwarte Zuid-Afrikanen geworven voor het onderzoek.

De personen met een lage sociaal economische status zijn voornamelijk geworven in township 'Kayamandi' bij Stellenbosch. In de plaatselijke kliniek hebben wachtende patiënten meegewerkt aan het onderzoek. Ook op sociale ontmoetingsplaatsen en in praatgroepen zijn deelnemers voor het onderzoek geworven.

In de groep met een lagere sociaal economische status vonden veel deelnemers het lastig dat het onderzoek in het Engels was. Soms hadden zij ook hulp nodig bij het begrijpen van de tekst of de vragen. Zij vroegen de onderzoeker ter plaatse om uitleg. De onderzoeker beantwoordde de vraag en liep vervolgens weg voordat de deelnemer verder ging met het invullen van de vragenlijst.

3.6 Verwerking van de gegevens

Alle data zijn met het programma SPSS verwerkt. Met beschrijvende statistiek is inzicht verkregen in demografische kenmerken van de deelnemers. Middels kruistabellen, chikwadraattoetsen en een t-toets (voor het verschil in gemiddelde leeftijd tussen de groepen) zijn de demografische gegevens nader geanalyseerd.

Aan de hand van vraag 17 t/m 26 vraag is met kruistabellen, chikwadraattoetsen en met een t-toets (om te onderzoeken of het aantal maanden geleden dat men zich had laten testen verschilde tussen de groepen) geanalyseerd of de groep met een hoge sociaal economische status een hoger risico heeft gelopen op een HIV-besmetting dan de groep met een lage sociaal economische status.

Er zijn 10 vragen gesteld over de VCT-voorlichtingstekst (zie Tabel 4). Aan de hand van de antwoorden op deze 10 vragen zijn 6 variabelen geconstrueerd: de gepercipieerde echtheid van de tekst (vraag 7), het vertrouwen in de tekst (vraag 8 en 9), het vertrouwen in de betrouwbaarheid die in de tekst beloofd wordt (vraag 9), de aantrekkelijkheid en het leesgemak van de tekst (vraag 13, 14 en 16, waarbij de laatste twee zijn gespiegeld), de angst voor het stigma na het lezen van de tekst (vraag 10 en 12) en de mate waarin de tekst overtuigend was (vraag 11 en 15). Bij de variabelen die geconstrueerd zijn uit meerdere vragen en waarbij de vragen de deelvariabelen van de uiteindelijke variabelen representeerden, zijn de antwoorden van de vragen (die met de deelvariabelen corresponderen) opgeteld en gedeeld door het aantal vragen. De samenhang tussen antwoorden van deze vragen waaruit uiteindelijke variabelen zijn geconstrueerd is niet bepaald, omdat de deelvariabelen verschillende aspecten van de uiteindelijke variabelen maten en de noodzaak van samenhang tussen de deelvariabelen niet aan de orde was.

Tabel 4. Constructie van de variabelen voor het effect van de voorlichtingsteksten

Variabele	Vraag	Stelling
Gepercipieerde echtheid	7	The text I just read is probably copied from a brochure about the HIV test
Vertrouwen in de tekst	8	I believe the text I just read is telling the truth about the HIV test
	9	The text convinces me that the health worker at the testing site will keep my results confidential and he or she will not tell other people about my test results
Vertrouwen in betrouwbaarheid	9	The text convinces me that the health worker at the testing site will keep my results confidential and he or she will not tell other people about my test results
Angst voor het stigma	10	After reading the text I think that you still can have a good life if you are infected with HIV
	12	After reading the text I feel less afraid of the reactions of others, should I decide to take a test
Overtuigend	11	The text motivates me to get tested
	15	I found the message of the text convincing
Aantrekkelijkheid en leesgemak	13	It was interesting to read the text
	14	The text was too long
	16	The text is difficult to read
Controle tekstlengte	14	The text was too long

Ook met de data van vraag 28 t/m 60 zijn nieuwe variabelen geconstrueerd (zie Tabel 5). Voor de constructie van de variabele ‘attitude’ zijn de vragen 28 t/m 32 gebruikt, waarbij de vragen 29 en 31 gespiegeld zijn, door de antwoorden van de vragen op te tellen en te delen door het aantal vragen. Op dezelfde wijze zijn de andere variabelen geconstrueerd. De samenhang tussen de antwoorden van de vragen waarmee de ‘attitude’ is geconstrueerd is niet bepaald, omdat deze vragen in feite deelvariabelen bevroegen van de variabele ‘attitude’ en zij verschillende aspecten van de attitude maten. De noodzaak van samenhang tussen deze deelvariabelen was niet aan de orde. Hetzelfde gold voor de samenhang tussen de antwoorden op de vragen die gebruikt zijn om de subjectieve norm te construeren. Voor de subjectieve norm is het gemiddelde van vraag 33 en 38 gebruikt. Vraag 38 is hiervoor gespiegeld. De vragen over de gedragsovertuigingen (42 t/m 45), de waargenomen normatieve overtuigingen van belangrijke anderen (34 en 35) en de vragen over motivatie om aan de verwachtingen van de omgeving te voldoen (36 en 37) zijn buiten beschouwing gelaten, omdat achteraf bleek dat er geen theoretisch zinvolle variabelen geconstrueerd konden worden aan de hand van de antwoorden op deze vragen. Met de vragen 42 en 43 is geprobeerd het vertrouwen in de betrouwbaarheid te meten, maar deze vragen hingen onvoldoende met elkaar samen ($\alpha = .18$). Daarom is voor deze variabele enkel vraag 43 gebruikt. Het was de bedoeling met vraag 39 (gespiegeld) en 41 de variabele ‘eigen effectiviteit’ te construeren, maar uiteindelijk is hier enkel vraag 41 voor gebruikt. Hoewel vraag 39 en 41 bedoeld waren om precies hetzelfde te bevragen, maar in een iets andere vorm, hingen de antwoorden onvoldoende met elkaar samen ($\alpha = .12$) om samen een betrouwbare variabele te vormen. Vraag 40 is voor de variabele ‘vaardigheden’ gebruikt. De variabele

‘barrières’ is geconstrueerd met vraag 46 (gespiegeld) en vraag 47. Voor de variabele ‘intentie’ is slechts vraag 60 gebruikt en de variabele is niet geconstrueerd aan de hand van vraag 27 en 60 zoals aanvankelijk de bedoeling was. Bij vraag 27 moesten de deelnemers een keuze maken uit vijf antwoorden op een ordinale schaal, maar bij vraag 60 was een intervallschaal gebruikt voor de antwoordmogelijkheden. Hierdoor konden de antwoorden van vraag 60 en 27 niet bij elkaar opgeteld worden en is besloten slechts vraag 60 te gebruiken voor de constructie van de intentie. Vraag 60 kreeg de voorkeur boven vraag 27, omdat de deelnemers bij vraag 60, door twee extra antwoordmogelijkheden, preciezer aan konden geven of zij van plan waren zich op korte termijn te laten testen. Met de vragen 48 t/m 52, waarvan 48 en 52 gespiegeld zijn, is de variabele ‘instrumenteel stigma’ geconstrueerd. Het symbolisch stigma is geconstrueerd met de vragen 53 t/m 59 waarbij de vragen 54, 55 en 58 gespiegeld zijn. De samenhang tussen de antwoorden van de vragen waaruit de barrières, het instrumenteel stigma en het symbolisch stigma zijn geconstrueerd is niet bepaald, omdat de vragen de deelvariabelen bevroegen waaruit deze variabelen geconstrueerd zijn en deze deelvariabelen verschillende aspecten maten van de barrières, het instrumentele stigma en het symbolische stigma, waardoor de noodzaak van samenhang tussen de deelvariabelen niet aan de orde was.

Tabel 5. Constructie van de variabelen voor gedragsverandering

Variabele	Vraag	Stelling
Attitude	28	Getting tested for HIV helps people feel better, therefore I think getting tested is good
	29	Because there isn't a cure for HIV, it is no use to get tested
	30	Getting tested for HIV is good, because knowing your HIV status helps to protect your health and the health of others
	31	I would not like to go for an HIV test, because it might ruin my life
	32	Though taking an HIV test can be scary, I would like to know if I have HIV
Vertrouwen in vertrouwelijkheid	43	I fear that somebody might reveal my test results to other people
Subjectieve norm	33	Because family members think it is good to take an HIV test, I will take the Test
	38	My friends think that it's no good to take an HIV test, therefore I won't have an HIV test
Eigen effectiviteit	41	If the test result is that I am infected with HIV, I will be able to handle it
Barrières	46	I don't have enough information about HIV testing, therefore I can't decide If I want to be tested
	47	I know a testing site close by

Vervolg van Tabel 5.

Variabele	Vraag	Stelling
Vaardigheden	40	I will quite easily make an appointment for voluntary counselling and testing
Intentie	60	I think I won't make an appointment for an HIV test within the next six Months
Instrumenteel stigma	48	If I was infected with HIV, it might be better that I avoided contact with healthy persons
	49	If I should I become infected with HIV, my boss would still allow me to go to work
	50	People still would share things with me, even if I would be infected with HIV
	51	If I were to be infected with HIV, other people won't have a problem touching me
	52	If I were to be infected with HIV, other people might avoid contact with me, so that they don't get the disease
Symbolisch stigma	53	If I ever should prove to be HIV positive*, people would still feel the same about me as a person
	54	If I was infected with HIV, other people would think I must have done Something wrong
	55	If I were to be infected with HIV, I would fear that other people may think I have lived an immoral life
	56	I won't feel ashamed if I would be infected with HIV
	57	Even if I would be infected with HIV, I would still try to get a promotion
	58	If I would be infected with HIV, I would work harder, so I won't do worse than other people
	59	My family would still visit me often, if I would have HIV, because they won't fear that people think bad things about them, when they see us together

Een multivariate variantieanalyse is uitgevoerd met als afhankelijke variabelen, de variabelen die zijn geconstrueerd op basis van de vragen 7 t/m 16 (zie Tabel 4) en de vragen 28 t/m 60 (zie Tabel 5), en als onafhankelijke variabelen SES en tekstversie. Daarnaast is met een t-toets is onderzocht of tekst A vaker te lang werd gevonden dan tekst B.

Met vraag 61 is bevestigd aan wie de deelnemers zouden vertellen dat zij HIV-positief zijn, als ooit uit een test zou blijken dat zij het virus op hadden gelopen. Enkel het antwoord 'niemand' is voor de analyse van deze vraag gebruikt, omdat de andere categorieën niet bij iedereen van toepassing waren. Er waren bijvoorbeeld deelnemers zonder partner of baas. Middels kruistabellen en chikwadraattoetsen is nagegaan of deelnemers die tekst A gelezen hadden anders antwoordden op deze vraag dan deelnemers die tekst B gelezen hadden. Ook is nagegaan of de antwoorden tussen de groep met een hoge en een lage SES verschilden.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk zullen eerst de demografische kenmerken van de deelnemers aan bod komen. Vervolgens zal besproken worden wat de effecten van de voorlichtingsteksten waren op de groepen met een verschillende sociaal economische status. In de derde paragraaf wordt ingegaan op het gedrag van de deelnemers om bewust om te gaan met het risico op een HIV-besmetting. Er zal worden besproken in hoeverre de deelnemers, gelet op hun antwoorden, een risico hebben gelopen op een HIV-besmetting door drugsgebruik en onveilig vrijen. Bovendien zal de testgeschiedenis van de deelnemers in deze paragraaf worden beschreven. De rol van attitude, subjectieve norm, eigen effectiviteit, barrières, vaardigheden, intentie, instrumenteel stigma, symbolisch stigma en het vertrouwen in de betrouwbaarheid bij het overtuigingsproces wordt in de laatste paragraaf belicht.

4.1 Demografische kenmerken

In totaal hebben 218 zwarte deelnemers aan het experiment deelgenomen. Zij hadden allen een traditionele Afrikaans als moedertaal. 123 van hen hadden een hoge sociaal economische status en 95 een lage. Van alle deelnemers was 36,2% man en 63,8% behoorde tot het vrouwelijke geslacht. De man-vrouwverdeling over de groep met een hoge sociaal economische status (SES) was 43,1% versus 56,9%. Bij de groep met een lage SES was deze verdeling respectievelijk 27,4% en 72,6%. Het verschil in man-vrouwverdeling tussen de groep met een hoge en een lage SES was significant ($t(210.85) = 2.45, p < .05$). Om na te gaan of dit verschil in man-vrouwverdeling invloed had op het beantwoorden van de vragen is een multivariate variantieanalyse uitgevoerd met alle geconstrueerde variabelen als afhankelijke variabelen en sekse als onafhankelijke variabelen. Er werd geen significant effect van sekse op de afhankelijke variabelen gevonden ($F < 1$).

De leeftijd van de deelnemers lag tussen de 17 en 55 jaar. Voor de groep met een hoge SES lag de gemiddelde leeftijd op 31,81 jaar. Het gemiddelde bij de groep met een lage SES lag significant lager ($t(216) = 4.86, p < .01$), namelijk op 27,24. Middels een multivariate variantieanalyse, met alle geconstrueerde variabelen als afhankelijke variabelen en leeftijd als onafhankelijke variabele, is nagegaan of het leeftijdsverschil tussen de groepen van invloed was geweest op de beantwoording van de vragen, maar er is geen significant effect van leeftijd op de variabelen gevonden ($F < 1$).

19,5% Van de deelnemers met een hoge SES was vrijgezel, en dit gold ook voor 32,6% van de deelnemers met een lage SES. Van de groep met een hoge SES antwoordde 39,0% verkering te hebben, in de groep met een lage SES lag dit percentage op 33,7%. 26,0% van de deelnemers met een hoge SES was getrouwd (26,0%); van de groep met een lage SES was 21,1% getrouwd. 11,4% van de deelnemers met een hoge SES woonde samen, bij de andere groep was dit 12,6% (zie Tabel 6). Deze verschillen bleken niet significant ($X^2(3) = 5.50, p = .14$).

Tabel 6. Demografische kenmerken

Vraag naar:	Antwoorden van 218 deelnemers (123 hoge SES 95 lage SES)	Frequentie totaal (percentage van totaal in %)	Frequentie hoge SES (percentage van hoge SES in %)	Frequentie lage SES (percentage van lage SES in %)
Sekse	Man	79 (36,2)	53 (43,1)	26 (27,4)
	Vrouw	139 (63,8)	70 (56,9)	69 (72,6)
Relatie	Vrijgezel	55 (25,2)	24 (19,5)	31 (32,6)
	Verkering	85 (39,0)	53 (43,1)	32 (33,7)
	Getrouwd	52 (23,9)	32 (26,0)	20 (21,1)
	Samenwonend	26 (11,9)	14 (11,4)	12 (12,6)

4.2 Oordelen over de voorlichtingstekst

Uit 10 vragen over de voorlichtingstekst zijn 6 variabelen geconstrueerd (zie Tabel 4 op pagina 38): gepercipieerde echtheid, vertrouwen in de tekst, aantrekkelijkheid en leesgemak, angst voor stigma, vertrouwen in vertrouwelijkheid en overtuigendheid van de tekst.

In Tabel 7 zijn de gemiddelde scores op de variabelen gegeven (en de standaardafwijking), waarbij een laag gemiddelde duidt op een positieve reactie van de deelnemers en een hoog gemiddelde op een negatieve reactie, maar bij de variabele ‘angst voor het stigma’ betekent een lage score dat stigma niet sterk gevreesd wordt. Een hoge score staat voor een grote angst voor het stigma. De schaal loopt steeds van 1 tot en met 7. De gemiddelde scores op deze variabelen van alle deelnemers samen lagen tussen 2 en 3, wat betekent dat de reacties enigszins³ positief tot positief waren. De VCT-voorlichtingsteksten kwamen enigszins echt tot echt over op de deelnemers. Zij vertrouwden de voorlichtingsteksten enigszins en zij vonden de teksten (enigszins) aantrekkelijk en gemakkelijk te lezen. Na het lezen van de voorlichtingsteksten werd de angst voor het stigma niet sterk gevreesd. De deelnemers geloofden (enigszins) dat de testresultaten vertrouwelijk zouden zijn en zij vonden dat de tekst motiveerde tot VCT.

³ Enigszins is als vertaling gekozen voor de uitdrukking ‘a little bit’ in de antwoorden (op derde en vijfde positie van de zevenpunts-Likert-antwoordschaal).

Tabel 7. Gemiddelden scores per groep op de variabelen voor het effect van de voorlichtingsteksten

	Totaal Gemiddelde score (standaard- afwijking, s)	Groep met tekst A Gem. score (s)	Groep met tekst B Gem. score (s)	Hoge SES Gem. score (s)	Lage SES Gem. score (s)
Gepercipieerde echtheid	2,18 (1,66)	1,98 (1,44)	2,38 (1,85)	2,05 (1,53)	2,35 (1,82)
Vertrouwen in de tekst	2,24 (1,37)	2,32 (1,51)	2,14 (1,22)	2,07 (1,19)	2,45 (1,57)
Aantrekkelijkheid en leesgemak	2,78 (1,51)	2,75 (1,54)	2,80 (1,49)	2,44 (1,39)	3,21 (1,56)
Angst voor het stigma	2,30 (1,41)	2,38 (1,36)	2,22 (1,45)	2,25 (1,32)	2,38 (1,52)
Vertrouwen in vertrouwelijkheid	2,48 (1,86)	2,61 (1,98)	2,36 (1,73)	2,31 (1,63)	2,71 (2,11)
Overtuigend	2,22 (1,36)	2,30 (1,43)	2,13 (1,28)	2,20 (1,17)	2,25 (1,57)

Met een multivariate variantieanalyse is onderzocht of de gemiddelden van de verschillende groepen significant verschilden. Zo kon worden nagegaan of de gemiddelden van de deelnemers die tekst A gekregen hadden verschilden van de gemiddelden van de deelnemers die tekst B gelezen hadden, en of de gemiddelden van de deelnemers met een hoge SES verschilden van de gemiddelden van de deelnemers met een lage SES. Daarnaast kon zo worden nagegaan of er gecombineerde effecten van de onafhankelijke variabelen (interacties) waren.

Tabel 8. Hoofdeffecten van tekstversie op de variabelen voor het effect van de voorlichtingsteksten

Hoofdeffecten van tekstversie op:	F-waarde
Angst voor het stigma	F < 1
Overtuigend	F < 1
Aantrekkelijkheid en leesgemak	F < 1
Vertrouwen in de tekst	F < 1
Vertrouwen in vertrouwelijkheid	F < 1
Gepercipieerde echtheid	F (1, 201) = 3.02, p = .08

Uit de analyses bleek geen significant effect van tekstversie op de angst voor stigma, de overtuigingskracht van de tekst, de aantrekkelijkheid en het leesgemak, het vertrouwen in de tekst, het

vertrouwen in de vertrouwelijkheid en de gepercipieerde echtheid (zie Tabel 8). De deelnemers vonden, ongeacht welke tekstversie zij hadden gelezen, de tekst enigszins echt tot echt overkomen, vertrouwden de tekst enigszins, hadden (enigszins) vertrouwen in de vertrouwelijkheid en vonden de tekst (enigszins) aantrekkelijk en niet te moeilijk om te lezen. Zij hadden geen sterke vrees voor het stigma en ze vonden de tekst (enigszins) overtuigend. Deze resultaten zijn terug te vinden in Tabel 7.

Er werden significante effecten gevonden van SES op de variabelen ‘aantrekkelijkheid en leesgemak’ en ‘vertrouwen in de tekst’ (zie Tabel 9). Deelnemers met een hoge SES vonden de teksten aantrekkelijker en gemakkelijker te lezen dan deelnemers met een lage SES. De gemiddelde scores waren respectievelijk 2,44 en 3,21 (zie Tabel 7). Het verschil bleek significant: $F(1, 201) = 14.75, p < .01$ (zie Tabel 9). Bovendien vertrouwden deelnemers met een hoge SES sterker op de teksten dan deelnemers met een lage SES. De gemiddelde scores waren respectievelijk 2,31 en 2,71 (zie Tabel 7). Ook dit verschil was significant, namelijk $F(1, 201) = 3.94, p < .05$ (zie Tabel 9). Significante interactie-effecten werden niet gevonden.

Tabel 9. Hoofdeffecten van SES op de variabelen voor het effect van de voorlichtingsteksten

Hoofdeffecten van SES op:	F-waarde
Angst voor het stigma	$F < 1$
Overtuigend	$F < 1$
Aantrekkelijkheid en leesgemak	$F(1, 201) = 14.75, p < .01$
Vertrouwen in de tekst	$F(1, 201) = 3.94, p < .05$
Vertrouwen in vertrouwelijkheid	$F(1, 212) = 2.12, p = .15$
Gepercipieerde echtheid	$F(1, 201) = 1.95, p = .16$

Ook is nagegaan of deelnemers die tekst A hadden gelezen de tekst vaker te lang vonden dan deelnemers die tekst B hadden gelezen. Tekst A en tekst B verschilden namelijk 194 woorden in lengte: tekst A telde 727 woorden en tekst B 533. Op een schaal van 1 tot en met 7, waarbij een lage score betekende dat de deelnemers de tekst niet te lang vonden en een hoge score betekende dat zij de tekst wel te lang vonden, werd door de deelnemers die tekst A hadden gelezen een gemiddelde score van 4,77 (met een standaardafwijking van .22) gegeven; bij de deelnemers die tekst B hadden gelezen lag het gemiddelde op 4,37 (met een standaardafwijking van .23). Ondanks dit verschil werd tekst A niet significant vaker te lang bevonden dan tekst B ($t(214.39) = 1.26, p = .40$).

4.3 Risicovol gedrag en HIV-status

4.3.1 Drugsgebruik

6 van de 218 deelnemers, 2 met een hoge SES (1,6% van alle deelnemers met een hoge SES) en 4 met een lage SES (4,2% van de deelnemers met een lage SES), gaven te kennen dat zij zichzelf ooit met drugs hadden geïnjecteerd (zie Tabel 10). Hoewel in de groep met een lage SES meer deelnemers waren die zichzelf ooit geïnjecteerd hadden met drugs, verschilde dit aantal niet significant met het aantal deelnemers uit de groep met een hoge SES ($X^2(1) = 1.34, p = .25$).

Op de vraag of de partner zichzelf ooit drugs in had gespoten waren vier antwoorden mogelijk: *ja, nee, ik weet het niet, ik heb geen partner*. Voor de groep met een hoge SES was de verdeling over deze antwoorden respectievelijk 0,8%, 60,2%, 31,7% en 7,3%. In de groep met een lage SES was deze verdeling 9,5% (ja), 64,2% (nee), 21,1% (ik weet het niet) en 5,3% (ik heb geen partner). Deelnemers met een hoge SES beantwoordden deze vraag significant anders dan deelnemers met een lage SES ($X^2(3) = 11.51, p < .01$). Om na te gaan in welk antwoord de groepen verschilden zijn de antwoorden nader geanalyseerd, waarbij enkel werd gekeken naar de antwoorden ja (mijn partner heeft zichzelf ooit drugs ingespoten) en nee (mijn partner heeft zichzelf nooit drugs ingespoten). Uit de analyse bleek dat deelnemers met een lage SES significant vaker ($X^2(3) = 11.51, p < .01$) antwoordden dat de partner zichzelf ooit drugs in had gespoten (9,5% van alle deelnemers met een lage SES) dan deelnemers met een hoge SES (0,9% van alle deelnemers met een hoge SES).

Het is opmerkelijk dat slechts 6,4% van alle deelnemers bij vraag 19 invulde geen partner te hebben, terwijl eerder (bij vraag 2) 25,3% antwoordde vrijgezel te zijn. Als de vragen correct beantwoord waren, had dit percentage niet mogen verschillen. Onduidelijk is welke vraag niet correct beantwoord is.

Tabel 10. Drugsgebruik

Vraag	Antwoorden van 218 deelnemers (123 hoge SES 95 lage SES)	Frequentie totaal (percentage van totaal in %)	Frequentie hoge SES (percentage van hoge SES in %)	Frequentie lage SES (percentage van lage SES in %)
Zelf drugs geïnject.	Ja	6 (2,8)	2 (1,6)	4 (4,2)
	Nee	212 (97,2)	121 (98,4)	91 (95,8)
Partner drugs geïnj.	Ja	10 (4,6)	1 (0,8)	9 (9,5)
	Nee	135 (61,9)	74 (60,2)	61 (64,2)
	Ik weet het niet	59 (27,1)	39 (31,7)	20 (21,1)
	Ik heb geen partner	14 (6,4)	0 (7,3)	5 (5,3)

4.3.2 Onveilig vrijen

Zowel voor de groep met een hoge SES als de groep met een lage SES lag het gemiddelde aantal partners in de afgelopen drie maanden hoger dan 1. In de groep met een lage SES was het gemiddelde aantal partners 1,09; bij de groep met een hoge SES lag het gemiddelde op 1,24. Het verschil tussen de groepen bleek niet significant: $t(216) = 1.31, p = .17$.

Om na te gaan of de deelnemers veilig vrijden werd er een vraag gesteld over condoomgebruik (zie Tabel 11). Bij de groep met een hoge SES zei 15,4% nooit een condoom te gebruiken, 13,0% vrijde vaak zonder condoom, 33,3% vrijde soms zonder condoom, 8,9% gaf te kennen nog nooit seks te hebben gehad en 29,3% vrijde altijd met condoom. Voor de groep met een lage SES waren deze percentages respectievelijk 24,2%, 17,9%, 31,6%, 9,5% en 16,8%. De antwoorden van de twee groepen verschilden niet significant van elkaar ($X^2(4) = 6.52, p = .16$). Uit de resultaten bleek dat ongeveer 30% van de deelnemers nooit seks had gehad of altijd een condoom had gebruikt. Dit betekent dat ongeveer 70% van de deelnemers een risico op een HIV-besmetting heeft gelopen door onveilig te vrijen.

80,3 % van de ondervraagden had nog nooit een SOA gehad. Binnen de groep met een hoge SES gold dit voor 80,5% en binnen de groep met een lage SES lag dit percentage op 80,0% (zie Tabel 11). Ook op dit punt werd er geen significant verschil tussen de groepen gevonden ($X^2(1) = .01, p = .93$).

Tabel 11. Onveilig vrijen

Vraag	Antwoorden van 218 deelnemers (123 hoge SES 95 lage SES)	Frequentie totaal (percentage van totaal in %)	Frequentie hoge SES (percentage van hoge SES in %)	Frequentie lage SES (percentage van lage SES in %)
Condoomgebruik	Nooit condooms	42 (19,3)	19 (15,4)	23 (24,2)
	Vaak zonder condoom	33 (15,1)	16 (13,0)	17 (17,9)
	Soms zonder condoom	71 (32,6)	41 (33,3)	30 (31,6)
	Nooit seks gehad	20 (9,2)	11 (8,9)	9 (9,5)
	Altijd condooms	52 (23,9)	36 (29,3)	16 (16,8)
SOA gehad	Ja	43 (19,7)	24 (19,5)	19 (20,0)
	Nee	175 (80,3)	99 (80,5)	76 (80,0)

4.3.3 Testen

Van de deelnemers met een hoge SES heeft 60,2% ooit overwogen een HIV-test te doen en 48,0% van de deelnemers met een hoge SES heeft de test gedaan. 30,3% van de totale groep met een hoge SES had een HIV-negatief resultaat ontvangen; 4,1% bleek na de test HIV-positief en 13,% kende de resultaten van de test niet (zie Tabel 12). Bij de groep met een lage SES lag het percentage dat een HIV-test had overwogen met 38,9% significant lager dan bij de groep met een hoge SES waar het percentage op 60,2% lag ($X^2(1) = 9.65, p < .01$) en ook was het percentage van de deelnemers met een lage SES dat een HIV-test uit had laten voeren met 32,6% significant lager dan bij de groep met een hoge SES met 48,0% geteste personen ($X^2(1) = 5.20, p < .05$). Van de deelnemers met een lage SES testte 24,2% HIV-negatief, 7,4% was HIV-positief en 1% kende de resultaten van de test niet (zie Tabel 12).

Deelnemers met een lage SES die een HIV-test hadden ondergaan, hadden dit gemiddeld 13,91 maanden geleden laten doen; de mediaan lag op 10,50 en de modus op 12 maanden geleden. Voor de deelnemers met een hoge SES lag het gemiddelde op 18,57 maanden geleden, de mediaan was 11 maanden en de modus 12 maanden geleden. Het verschil in het gemiddeld aantal maanden geleden dat de deelnemers zich hadden laten testen was niet significant ($t(88) = .99, p = .33$).

Uit de resultaten bleek dus dat deelnemers met een hoge SES significant vaker een HIV-test overwogen ($X^2(1) = 9.65, p < .01$) en zich ook significant vaker op HIV hadden laten testen ($X^2(1) = 5.20, p < .05$) dan deelnemers met een lage SES. De bereidwilligheid om zich te laten testen bleek al met al dus hoger te liggen bij deelnemers met een hogere SES.

Op de vraag of de deelnemers de eigen HIV-status kenden is door de groep met een hoge SES niet significant anders geantwoord dan door deelnemers met een lage SES ($X^2(2) = 3.57, p = .17$). 64% van alle deelnemers kende de eigen HIV-status niet. De gemiddelden (met de standaardafwijking) zijn te vinden in Tabel 12.

Iets meer dan de helft van de deelnemers, namelijk 56,0%, kende iemand die zich had laten testen op HIV. Van de groep met een hoge SES kende 61,0% iemand die zich had laten testen op HIV; bij de groep met een lage SES was dit 49,5%; het verschil tussen de groepen bleek niet significant ($X^2(1) = 2.88, p = .09$).

62,2% van de deelnemers met een hoge SES kende iemand met HIV/AIDS. Voor de groep met een lage SES was dit percentage 55,8%. Ook dit verschil bleek niet significant ($X^2(1) = 1.30, p = .52$). Van alle deelnemers kende 58,3% iemand met HIV/AIDS (zie Tabel 12).

Tabel 12. Testen

Vraag	Antwoorden van 218 deelnemers (123 hoge SES 95 lage SES)	Frequentie totaal (percentage van totaal in %)	Frequentie hoge SES (percentage van hoge SES in %)	Frequentie lage SES (percentage van lage SES in %)
Test overwogen	Ja	111 (50,9)	74 (60,2)	37 (38,9)
	Nee	107 (49,1)	49 (39,8)	58 (61,1)
Getest	Ja	90 (41,3)	59 (48,0)	31 (32,6)
	Nee	128 (58,7)	64 (52,0)	64 (67,4)
HIV-status	HIV-	66 (30,3)	43 (35,0)	23 (24,2)
	HIV+	12 (5,5)	5 (4,1)	7 (7,4)
	Weet niet	140 (64,2)	75 (61,0)	65 (68,4)
Kent getest persoon	Ja	122 (56,0)	75 (61,0)	47 (49,5)
	Nee	96 (44,0)	48 (39,0)	48 (50,5)
Kent iemand met HIV/AIDS	Ja	127 (58,3)	74 (60,2)	53 (55,8)
	Nee	90 (41,3)	48 (39,0)	42 (44,2)
	Ongeldige invoer	1 (0,5)	1 (0,5)	

4.4 Invloeden op gedrag

Aan de deelnemers is gevraagd om over 33 stellingen (vraag 28 t/m 60) hun mening te geven. Op basis van de data zijn 8 variabelen gevormd: attitude, subjectieve norm, eigen effectiviteit, intentie, barrières, vaardigheden, instrumenteel stigma en symbolisch stigma (zie Tabel 5 op pagina 39). In Tabel 13 zijn de gemiddelde scores (en de standaardafwijking) op de variabelen gegeven, waarbij een laag gemiddelde meestal duidt op een positieve reactie van de deelnemers en een hoog gemiddelde op een negatieve reactie. Alleen bij de variabelen instrumenteel en symbolisch stigma betekent een lage score dat het stigma niet sterk gevreesd wordt; een hoge score staat voor een grote angst voor het stigma. De schaal loopt steeds van 1 tot en met 7. De groepsgemiddelden weken niet sterk af van de gemiddelden van de totale groep. De attitude ten aanzien van VCT was gemiddeld (enigszins) positief voor de deelnemers. Op de subjectieve norm werd enigszins positief gescoord. De score op eigen effectiviteit was enigszins positief. Er werden niet heel sterke barrières ervaren en de deelnemers waren van mening enigszins te beschikken over de vaardigheden die nodig zijn om zich voor VCT aan

te melden. De meeste deelnemers hadden weinig intentie een HIV-test te ondergaan. Het instrumentele stigma werd niet sterk gevreesd, maar de deelnemers waren wel enigszins angstig voor het symbolisch stigma. Over het algemeen waren de deelnemers enigszins bevreesd dat de resultaten van een HIV-test niet vertrouwelijk behandeld zouden worden.

Tabel 13. Gemiddelde scores per groep op gedragsbepalende variabelen

	Totaal Gem. score (s)	Groep met tekst A Gem. score (s)	Groep met tekst B Gem. score (s)	Hoge SES Gem. score (s)	Lage SES Gem. score (s)
Attitude	2,46 (1,24)	2,55 (1,29)	2,37 (1,18)	2,38 (1,17)	2,57 (1,32)
Subjectieve norm	3,05 (1,55)	2,98 (1,48)	3,13 (1,61)	3,09 (1,38)	3,01 (1,75)
Eigen effectiviteit	3,22 (2,05)	3,41 (2,11)	3,03 (1,97)	3,23 (1,90)	3,22 (2,24)
Barrières	3,03 (1,63)	2,93 (1,53)	3,14 (1,72)	2,84 (1,61)	3,29 (1,63)
Vaardigheden	2,88 (2,02)	2,91 (1,98)	2,84 (2,08)	2,91 (1,94)	2,83 (2,14)
Intentie	3,93 (2,30)	4,06 (2,36)	3,79 (2,24)	3,89 (2,17)	3,97 (2,47)
Instrumenteel stigma	3,16 (1,26)	3,14 (1,25)	3,19 (1,28)	2,91 (1,16)	3,49 (1,32)
Symbolisch stigma	3,60 (1,01)	3,49 (1,02)	3,72 (0,98)	3,40 (0,95)	3,87 (1,02)
Vertrouwen in vertrouwelijkheid	3,97 (2,31)	3,81 (2,33)	4,14 (2,30)	3,80 (2,23)	4,19 (2,41)

Met een multivariate variantieanalyse is nagegaan of de gemiddelden van de verschillende groepen significant verschilden. Er is onderzocht of de deelnemers die tekstversie A hadden gekregen anders scoorden op de variabelen dan de deelnemers die tekstversie B hadden gelezen. Bovendien is onderzocht of deelnemers met een hoge SES anders scoorden op deze variabelen dan deelnemers met een lage SES. Daarnaast is onderzocht of er interactie-effecten waren.

Tabel 14. Hoofdeffecten van tekstversie op de variabelen voor gedragsverandering

Hoofdeffecten van tekstversie op:	F-waarde
Attitude	$F < 1$
Subjectieve norm	$F < 1$
Eigen effectiviteit	$F(1, 212) = 2.08, p = .15$
Barrières	$F < 1$
Vaardigheden	$F < 1$
Intentie	$F < 1$
Instrumenteel stigma	$F < 1$
Symbolisch stigma	$F(1, 201) = 3.22, p = .07$
Vertrouwen in vertrouwelijkheid	$F < 1$

Hoofdeffecten van tekstversie op attitude, subjectieve norm, eigen effectiviteit, barrières, vaardigheden, instrumenteel stigma, symbolisch stigma, intentie en vertrouwen in vertrouwelijkheid werden niet gevonden (zie Tabel 14). Wel werden er hoofdeffecten gevonden van SES op barrières ($F(1, 201) = 4.24, p < .05$), instrumenteel stigma ($F(1, 201) = 11.59, p < .01$) en symbolisch stigma ($F(1, 201) = 12.60, p < .01$). Deze resultaten zijn terug te vinden in Tabel 15. Op barrières scoorden deelnemers met een lage SES gemiddeld 3,29 (standaardafwijking (s) = 1,63) en met een hoge SES gemiddeld 2,84 (s = 1,61); voor het instrumentele stigma scoorden deze groepen respectievelijk gemiddeld 3,49 (s = 1,32) en 2,91 (s = 1,16); voor het symbolisch stigma waren de gemiddelden respectievelijk 3,87 (s = 1,02) en 3,40 (s = 0,95). Deze gemiddelden (met de standaardafwijking) zijn te vinden in Tabel 13. Deelnemers met een lage SES ondervonden dus meer hinder van barrières en vreesden zowel het instrumentele als het symbolische stigma sterker dan deelnemers met een hoge SES. Significante interactie-effecten van tekstversie en SES op de variabelen voor gedragsverandering werden niet gevonden.

Tabel 15. Hoofdeffecten van SES op de variabelen voor gedragsverandering

Hoofdeffecten van SES op:	F-waarde
Attitude	F (1, 201) = 1.16, p = .28
Subjectieve norm	F < 1
Eigen effectiviteit	F < 1
Barrières	F (1, 201) = 4.24, p < .05
Vaardigheden	F < 1
Intentie	F < 1
Instrumenteel stigma	F (1, 201) = 11.59, p < .01
Symbolisch stigma	F (1, 201) = 12.60, p < .01
Vertrouwen in vertrouwelijkheid	F (1, 212) = 1.54, p = .22

Tot slot is nagegaan of deelnemers die ene tekst gelezen hadden vaker zeiden een eventuele HIV-positieve status geheim te zullen houden dan deelnemers die de andere tekst gelezen hadden. 11,7% van de deelnemers die tekst A gelezen had, zou aan niemand een HIV-positief resultaat bekend maken, terwijl dit percentage voor de groep die tekst B gelezen had op 10,3% lag. Het verschil was niet significant ($X^2(1) = .11, p = .74$). Wel werd er een significant verschil gevonden tussen de antwoorden van deelnemers met een hoge SES en de antwoorden van deelnemers met een lage SES. 17,9 % van de deelnemers met een lage SES gaf als antwoord dat zij hun HIV-positieve status aan niemand bekend zouden maken, terwijl 5,7% van de deelnemers met een hoge SES een HIV-positief resultaat geheim zou houden. Deelnemers met een lage SES antwoordden dus significant vaker een HIV-positief resultaat geheim te houden dan deelnemers met een hoge SES ($X^2(1) = 8.15, p < .01$).

5. Concluisies en discussie

Aan de hand van de belangrijkste resultaten zullen in dit hoofdstuk conclusies getrokken worden en zal er een interpretatie van deze bevindingen gegeven worden. In de eerste paragraaf wordt er dieper ingegaan op de effecten van de voorlichtingsteksten en de sociaal economische status (SES) van de deelnemers op de gepercipieerde echtheid van de teksten, het vertrouwen in de teksten, de aantrekkelijkheid en het leesgemak, angst voor het stigma, het vertrouwen in vertrouwelijkheid en de overtuigingskracht van de voorlichtingsteksten. Daarna volgt een paragraaf waarin conclusies getrokken worden met betrekking tot het risico dat de deelnemers hebben gelopen op een HIV-besmetting. Daarbij worden de resultaten vergeleken met bevindingen in de literatuur. In de derde paragraaf worden conclusies getrokken over de effecten van tekstversie en SES op attitude, subjectieve norm, eigen effectiviteit, barrières, vaardigheden, intentie, instrumenteel stigma, symbolisch stigma en het vertrouwen in de vertrouwelijkheid. In de daarop volgende paragraaf zal een antwoord worden gegeven op de centrale vraag. Het hoofdstuk zal afgesloten worden met een discussie over het onderzoek, waarbij ook suggesties voor vervolgonderzoek ter sprake zullen komen.

5.1 Effect voorlichtingsteksten

De reacties op de voorlichtingsteksten waren enigszins positief. De VCT-voorlichtingsteksten kwamen enigszins echt tot echt over op de deelnemers. De deelnemers vertrouwden de voorlichtingsteksten enigszins en de teksten werden (enigszins) aantrekkelijk gevonden en niet al te moeilijk om te lezen. Na het lezen van de voorlichtingsteksten werd het stigma niet sterk gevreesd. De deelnemers geloofden enigszins dat de testresultaten vertrouwelijk zouden zijn en zij vonden de tekst motiveren om zich te laten testen op HIV.

Significant verschillende scores op de variabelen voor het effect van de voorlichtingsteksten (angst voor stigma, overtuigend, aantrekkelijkheid en leesgemak, vertrouwen in de tekst, vertrouwen in de vertrouwelijkheid en gepercipieerde echtheid) tussen de groep die tekst A gelezen had en de groep die tekst B gelezen had, werden niet gevonden, net zo min als interactie-effecten van tekstversie en SES op de variabelen. De variabele ‘tekstversie’ had dus geen significant effect op de variabelen. Wel zijn er significante effecten van SES op een aantal variabelen gevonden. De groep met een lage SES scoorde significant anders op de variabelen ‘aantrekkelijkheid en leesgemak’ en ‘vertrouwen in de tekst’ dan deelnemers met een hoge SES. Deelnemers met een hoge SES vonden de voorlichtingsteksten aantrekkelijker en gemakkelijker te lezen dan deelnemers met een lage SES. Zo'n verschil was te verwachten aangezien deelnemers met een hoge SES gemiddeld meer scholing hebben gehad en daardoor waarschijnlijk over meer taalkennis en leesvaardigheid beschikten dan deelnemers met een lage SES.

Daarnaast scoorden de groep met een hoge SES anders op de variabele ‘vertrouwen in de tekst’ dan de groep met een lage SES. Deelnemers met een lage SES hadden er minder vertrouwen in

de teksten dan deelnemers met een hoge SES. Een mogelijke verklaring voor dit verschil is de eigen ervaring met de HIV-test. Significant meer deelnemers met een hoge SES hadden zich laten testen op HIV dan deelnemers met een lage SES en dus waren zij er vaker van op de hoogte hoe VCT in zijn werk gaat. Ook is het mogelijk dat deelnemers met een hoge SES naar kwalitatief betere VCT-plekken kunnen gaan, waar het medisch personeel zich vaker aan de procedures en aan de vertrouwelijke behandeling van patiëntgegevens houdt, zoals in de tekst beschreven wordt, dan deelnemers met een lage SES, die zich vaak moeten laten testen op VCT-plekken die kwalitatief gezien minder goed zijn, waar de kans groter is dat medisch personeel zich minder goed aan procedures houdt en dat de vertrouwelijkheid geschonden wordt, wat niet overeenkomt met hetgeen dat in de tekst verteld wordt. Dat deelnemers met een lage SES minder vertrouwen hadden in de vertrouwelijkheid is dus mogelijk te wijten aan de slechtere kwaliteit van de VCT-plekken waar zij naar toe gaan.

5.2 Risico op HIV-besmetting

Er is een significant verschil gevonden in risicovol gedrag ten aanzien van een HIV-besmetting door drugsgebruik van de partner tussen de groep met een hoge en een lage SES. In beide groepen hadden veel deelnemers risico op een HIV-besmetting gelopen door onveilig te vrijen.

5.2.1 Drugsgebruik

Hoewel verwacht werd dat deelnemers met een lage SES zich vaker ingespoten zouden hebben met drugs, omdat in arme culturen meer drugs gebruikt worden, is zo'n verschil niet gevonden. Wel gaven deelnemers met een lage SES significant vaker te kennen dat de partner zichzelf ooit met drugs had ingespoten dan de deelnemers met een hoge SES. Deelnemers met een lage SES bleken dus meer risico te lopen op een HIV-besmetting door een partner die zichzelf ooit met drugs in had gespoten dan deelnemers met een hoge SES.

5.2.2 Onveilig vrijen

Er werd geen significant verschil gevonden tussen de groepen met een hoge en lage SES in de mate van veilig vrijen. Ongeveer 30% van de deelnemers gaf aan altijd een condoom te gebruiken of helemaal niet aan seks te doen, dit betekent dat ongeveer 70% (soms) onveilig vrijde. Bijna 20% van de deelnemers had ooit een SOA opgelopen. Ook verschilde het aantal sekspartners per deelnemer tussen de beide groepen niet significant. Zowel in de groep met een hoge SES als in de groep met een lage SES hadden de deelnemers in de drie maanden voorafgaand aan het onderzoek gemiddeld meer dan 1 sekspartner gehad.

Hoewel verwacht werd dat deelnemers met een lage SES vaker onveilig zouden vrijen dan deelnemers met een hoge SES is een dergelijk verschil niet gevonden. Uit het onderzoek kwam enkel naar voren dat deelnemers uit beide groepen vaak onveilig vrijden. Het is opmerkelijk dat er veel onveilig gevrijd wordt in een land waar dat zo gevaarlijk is.

5.2.3 Testen

Het percentage personen dat overwogen had zich te laten testen op HIV (60,2%) was bij de groep met een hoge SES significant groter dan bij de groep met een lage SES (38,9%). Ook hadden deelnemers met een hoge SES zich significant vaker laten testen dan deelnemers met een lage SES; respectievelijk 48,0% en 32,6%. Uit deze resultaten blijkt dat de bereidwilligheid om zich te laten testen bij deelnemers met een hoge SES groter is dan bij deelnemers met een lage SES. Deze resultaten sluiten aan bij de bevindingen in de literatuur. Deelnemers met een lage SES zien mogelijk de voordelen van VCT niet en willen liever niet weten of zij besmet zijn met een dodelijke ziekte, omdat er geen geneesmiddel op de markt is voor HIV. Medische behandeling, bijvoorbeeld met retrovirale middelen, is vaak te duur of niet mogelijk voor deze minder bedeelde groep (Baggaley, 2001; Brown, Trujillo & Macintyre, 2001). Personen met een hoge SES hebben doorgaans wel de middelen om medische behandelingen te financieren en een gezond leven te kunnen leiden om zo de fase van AIDS zo lang mogelijk uit te stellen, waardoor zij wellicht eerder bereid zijn zich te laten testen dan mensen met een lage SES. Dat deelnemers met een hoge SES meer bereid zouden zijn om een HIV-test te ondergaan dan deelnemers met een lage SES was opvallend genoeg niet terug te vinden in een positievere intentie om zich te laten testen. Beide groepen hadden weinig intentie zich binnen zes maanden te laten testen. Hierin verschilden zij niet significant. Het is mogelijk dat ondanks de grotere bereidwilligheid om zich te laten testen onder de deelnemers met een hoge SES dan onder de deelnemers met een lage SES, dit bij de eerste groep niet hoeft te leiden tot een positievere intentie als de deelnemers die zich reeds hebben laten testen het niet nodig vinden om zich binnen een half jaar nog eens te laten testen.

Het gemiddelde aantal maanden geleden dat de deelnemers getest waren op HIV lag bij de geteste deelnemers met een lage SES op 13,91 en bij geteste deelnemers met een hoge SES op 18,57. Het verschil tussen de groepen bleek niet significant.

Er is geen verschil gevonden tussen de groepen met een hoge en een lage SES in de kennis over hun eigen HIV-status. De meerderheid, 64,2%, kende de eigen HIV-status niet. Noch zijn er significante verschillen gevonden tussen de groepen in het kennen van een getest persoon en het kennen van iemand met HIV/AIDS. Meer dan de helft van de deelnemers kende iemand die een HIV-test had ondergaan en bijna 60% kende iemand met HIV/AIDS.

Aangezien in de groep met een hoge SES meer deelnemers een HIV-test hadden laten doen, viel te verwachten dat ook meer personen binnen deze groep iemand kenden die zich had laten testen dan binnen de groep met een lage SES, maar dit bleek niet het geval. Wellicht wordt er weinig gesproken over VCT wegens het AIDS-stigma. Dit is wellicht ook de verklaring voor het relatief lage percentage deelnemers dat iemand zegt te kennen met HIV/AIDS. In een land waar 11,4% van de inwoners met HIV besmet is, was het niet ongewoon geweest als zou zijn gebleken dat bijna iedereen iemand met HIV/AIDS kent. Het stigma dat op HIV/AIDS rust zorgt er waarschijnlijk voor dat personen die HIV/AIDS hebben niet of nauwelijks over hun situatie spreken om te voorkomen dat zij

sociale afwijzing ondervinden. Dit is mogelijk ook de verklaring voor het feit dat slechts iets meer dan de helft van de deelnemers zei iemand met HIV/AIDS te kennen.

5.3 Invloeden op gedrag

De deelnemers hadden een enigszins positieve attitude ten aanzien van VCT. De subjectieve norm werkte enigszins als een positieve invloed op de intentie om zich aan te melden voor VCT en de gemiddelde score op eigen effectiviteit was enigszins positief ten aanzien van VCT. Er werden niet heel sterk barrières ervaren en de deelnemers waren van mening enigszins te beschikken over de vaardigheden die nodig zijn om VCT te ondergaan. De meeste deelnemers hadden weinig intentie zich binnen zes maanden aan te melden voor VCT. Het is mogelijk dat de attitude, de subjectieve norm en de eigen effectiviteit niet positief genoeg waren om tot een positieve gedragsintentie te kunnen leiden. De meeste deelnemers waren enigszins bang dat hun resultaten niet geheim gehouden zouden worden. Deze angst heeft een negatieve invloed op de attitude, net zoals de angst voor stigma. Het instrumentele stigma werd niet echt gevreesd, maar de deelnemers waren wel een enigszins angstig voor het symbolisch stigma. De score op attitude was waarschijnlijk positiever ten aanzien van VCT geweest als de deelnemers er vertrouwen in hadden gehad dat er vertrouwelijk met de patiëntgegevens om zou worden gegaan en als zij het symbolisch stigma niet hadden gevreesd. Maar het blijft natuurlijk de vraag of dit uiteindelijk doorslaggevend zou zijn om een positieve intentie te creëren, aangezien er meer factoren van invloed zijn op de intentie.

De variabele ‘tekstversie’ bleek geen significante invloed te hebben op de variabelen voor gedragsverandering (attitude, subjectieve norm, eigen effectiviteit, barrières, vaardigheden, intentie, instrumenteel stigma, symbolisch stigma en vertrouwen in de vertrouwelijkheid). De scores op de variabelen voor gedragsverandering van de groep die tekst A had gelezen verschilden niet significant van de scores op de variabelen voor gedragsverandering van de deelnemers die tekst B hadden gelezen. Dit was een opvallend resultaat, omdat er minstens een verschil verwacht werd in de ervaring van het instrumentele en het symbolische stigma tussen deze groepen, aangezien in tekst A geprobeerd was de angst voor het stigma te verminderen en hier in tekst B geen aandacht aan was geschonken. Wellicht waren de manipulaties niet geslaagd. Een andere, zeker niet onwaarschijnlijke mogelijke oorzaak is dat een voorlichtingstekst de angst voor stigma misschien niet kan verminderen. Stigmatisering is zo’n complex sociaal proces dat een tekst mogelijk weinig invloed uit kan oefenen op de angst voor stigma. Het is niet onwaarschijnlijk dat de men pas minder bang voor stigma zal zijn als het stigma op HIV/AIDS daadwerkelijk minder wordt en niet meer zo’n grote bedreiging vormt. Enkel met een tekst proberen de vrees voor stigma te verminderen is wellicht te ambitieus.

SES had wel een significante invloed op een aantal van de variabelen voor gedragsverandering, namelijk op: barrières, instrumenteel stigma en symbolisch stigma. Uit de resultaten kan geconcludeerd worden dat deelnemers met een lage SES meer last hadden van de barrières en dat zij zowel het instrumentele stigma als het symbolische stigma sterker vreesden dan

deelnemers met een hoge SES. De antwoorden op vraag aan wie de deelnemers zouden een HIV-positief testresultaat bekend zouden maken bevestigden dit verschil in angst voor stigma. Deelnemers met een lage SES antwoordden significant vaker een HIV-positief resultaat geheim te houden dan deelnemers met een hoge SES.

Om een verklaring te geven voor het effect van SES op barrières is van belang te weten hoe de variabele 'barrières' is geconstrueerd. Uit vragen over het hebben van voldoende informatie om zich aan te kunnen melden voor VCT (weten waar dichtbij een VCT-plek is en over voldoende informatie beschikken om een beslissing te kunnen maken om zich wel al dan niet te laten testen) die deelvariabelen representeerden is de variabele 'barrières' geconstrueerd. Dat deelnemers met een lage SES over minder informatie beschikten en hierdoor dus meer last hadden van barrières is te verklaren middels de lagere scholingsgraad van deze groep. Hoger opgeleiden beschikken waarschijnlijk over meer informatie en zij kunnen gemakkelijker informatie vinden en verwerken dan lager opgeleiden, omdat zij doorgaans meer ervaring hebben met het vinden en omgaan met informatie.

Dat de deelnemers met een lage SES stigma sterker vreesden dan deelnemers met een hoge SES komt overeen met de bewering van Phillips et al (1995). Volgens hen vrezen onder anderen mensen met een laag inkomen het stigma sterk.

5.4 Beantwoording centrale vraag

Naar voren is gekomen dat de onderzochte VCT-voorlichtingstekst waarin geprobeerd wordt de angst voor stigma te verminderen bij zwarte bevolkingsgroepen uit verschillende sociale klassen in Zuid-Afrika, niet leidde tot een positievere gedragsintentie ten aanzien van VCT dan de ook onderzochte tekst waarin die poging niet wordt ondernomen. Over het algemeen hadden de deelnemers, ongeacht hun SES of de tekstversie die zij hadden gekregen, weinig intentie om zich te laten testen op HIV. Dit wil zeggen dat de deelnemers niet van plan waren om zich aan te melden voor VCT. Het kan zijn dat deelnemers die zich onlangs hadden laten testen geen reden zagen om binnen een half jaar nog eens naar een VCT-plek te gaan. Aan de andere kant viel op dat de factoren die van invloed zijn op de gedragsintentie geen van alle een sterk positieve invloed hadden. Het is heel waarschijnlijk dat deze invloeden niet sterk genoeg waren om tot een positieve intentie te leiden. Voor het ontstaan van een positieve gedragintentie zullen attitude, subjectieve norm, eigen effectiviteit, barrières en vaardigheden moeten veranderen. In hoeverre een tekst hierbij een rol kan spelen is onduidelijk.

Het is mogelijk dat de attitude ten aanzien van VCT veel positiever wordt wanneer de vrees voor stigma afneemt. Vooral bij deelnemers met een lage SES is vrees voor het stigma vastgesteld. Zij gaven ook significant vaker te kennen dat zij aan niemand hun HIV-status bekend zouden maken als zij ooit HIV-positief zouden testen dan deelnemers met een hoge SES. Zolang niemand op de hoogte is van hun HIV-positieve status zullen zij niet gestigmatiseerd worden. Dit kan een belangrijke reden zijn om af te zien van VCT.

Het lijkt erop dat vrees voor stigma de effectiviteit van VCT-voorlichtingscampagnes beperkt en het is maar de vraag of VCT-voorlichtingsteksten daadwerkelijk effectief kunnen zijn zolang de angst voor stigma nog zo sterk is als op dit moment. Om hier meer duidelijkheid over te krijgen zou er meer onderzoek gedaan moeten worden naar de invloed van stigma op de effectiviteit van de voorlichtingsteksten en naar de vraag hoe het stigma aangepakt kan worden.

5.5 Discussie over de opzet en uitvoering van het onderzoek

5.5.1 Taalproblemen

Het materiaal dat voor het experiment is gebruikt was geheel in het Engels geschreven, terwijl geen van de deelnemers Engels als moedertaal had. Hierdoor was het materiaal, zeker voor deelnemers met een lage SES, soms lastig te begrijpen. Wellicht was het beter geweest om het experiment uit te voeren in Xhosa, aangezien bijna alle deelnemers deze taal als moedertaal hadden. Met de keuze voor Engelstalig materiaal is wel dichterbij de werkelijke situatie gebleven, want in Zuid-Afrika zijn de meeste voorlichtingsbrochures over HIV/AIDS in het Engels (en Afrikaans) geschreven, vooral de meer uitgebreide brochures. Dit is op zich opmerkelijk, want voor de grote meerderheid van de bevolking is Engels (of Afrikaans) niet de moedertaal. Men kan zich afvragen of een tekst die niet in de moedertaal is geschreven überhaupt wel gelezen en begrepen wordt.

5.5.2 Locatie van het experiment

Stellenbosch bleek geen goede locatie voor het vinden van zwarte deelnemers voor het experiment, omdat dit een plaats is waar veel blanken en kleurlingen wonen en veel minder zwarten. Het experiment had daarom beter in de omgeving van Johannesburg uitgevoerd kunnen worden, aangezien er in dat gebied een groter percentage zwarten wonen dan in Stellenbosch.

5.5.3 Vergelijkbare groepen

Bij de analyse van de demografische kenmerken van de deelnemers viel op dat de groep met een lage SES gemiddeld meer vrouwen telde dan de groep met een hoge SES en dat de gemiddelde leeftijd een paar jaar lager lag binnen de groep met een lage SES wanneer dit gemiddelde werd vergeleken met de groep met een hoge SES. Bij verdere analyse bleken deze verschillen tussen de groepen geen significante invloed te hebben op de resultaten van het onderzoek.

De verschillen tussen de groep met een hoge SES en de groep met een lage SES kunnen verklaard worden door steekproeven die niet representatief zijn voor de populatie, maar het is ook mogelijk dat deze groepen binnen de populatie ook verschillen in man-vrouwverdeling en gemiddelde leeftijd. Zoals op vele plaatsen in de wereld hebben vrouwen in Zuid-Afrika een slechtere positie dan mannen. Doordat zij vaak sociaal en economisch afhankelijk zijn van anderen, is het niet verwonderlijk dat er de groep met een lage SES gemiddeld meer vrouwen telde dan de groep met een

hoge SES. Maar een verdeling van ongeveer 30% mannen en 70% vrouwen lijkt onwaarschijnlijk. Deze ongelijke verdeling is dus slechts deels te verklaren met een ongelijke verdeling binnen de populatie. Het verschil in man-vrouwverdeling moet daarom grotendeels verklaard worden met een steekproef uit de populatie van personen met een lage SES die niet representatief was. Het feit dat de gemiddelde leeftijd bij de groep met een lage SES lager lag dan bij de groep met een hoge SES hoeft niet te betekenen dat de steekproeven niet representatief waren. De levensverwachting van iemand met een hoge SES ligt hoger dan van een persoon met een lage SES, en daarmee ligt de gemiddelde leeftijd van personen met een hoge SES dus ook hoger. In de populatie is dus ook een verschil in gemiddelde leeftijd bij personen met een hoge en een lage SES.

5.5.4 Suggesties voor vervolgonderzoek

De deelnemers van dit onderzoek hadden weinig intentie om zich te laten testen op HIV. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de factoren die van invloed zijn op de gedragsintentie (attitude, subjectieve norm, eigen effectiviteit, barrières en vaardigheden) geen van alle een sterk positieve invloed hadden, waardoor deze invloeden waarschijnlijk niet sterk genoeg waren om tot een positieve intentie te leiden. In vervolgonderzoek kan nagegaan worden hoe deze factoren veranderd kunnen worden en in hoeverre tekst hierbij een rol kan spelen. Hiervoor kan een serie experimenten worden opgezet waarbij telkens de invloed van één factor middels tekst gemanipuleerd wordt, zoals dat in dit onderzoek is gedaan voor attitude door in de voorlichtingstekst in te spelen op de angst voor stigma. Wanneer in vervolgonderzoek ook voor zwarte deelnemers wordt gekozen, is het wellicht verstandig om ook rekening te houden met de locatie van het onderzoek door voor een gebied te kiezen waar veel zwarte deelnemers gevonden kunnen worden. Bovendien is het wellicht aan te raden om vervolgonderzoek (deels) in de moedertaal van de deelnemers uit te voeren om begripsproblemen te voorkomen.

Literatuur

Aggleton, P. & Parker, R. (2002). *HIV/AIDS-related Stigma and Discrimination. A conceptual framework and a agenda for action*. New York: The population council inc. (HORIZONS)

Airhihenbuwa, C.O. & DeWitt Webster, J. (2004). "Culture and African context of HIV/AIDS prevention, care and support." *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS, vol 1, no 1*, pp.4-13.

AVERT

<http://www.avert.org/AIDSsouthafrica.htm>, <http://www.avert.org/safricastats.htm> (5 augustus 2005)

Awad, G.H., Sagrestano, L.M., Kittleson, M.J., Sarvela, P.D. (2004). "Development of a measure of barriers to hiv testiging among individuals at high risk." *AIDS Education and Prevention, vol 16, iss. 2*, pp.115-126.

Baggaley, R. (2001). *The impact of Voluntary Counselling and Testing. A global review of the benefits and challenges*. UNAIDS: Geneva, Switzerland.

Baggaley, R., Kayawe, I. & Miller, D (z.j.). *Counseling, Testing, and Psychosocial Support*. <http://www.fhi.org/NR/rdonlyres/ez3lk22llp6zji5tej2h3kzbbxyt6fgxbkdddx6h2mpnaki3e3p4yw3t23pmsvf5ggoplbdqvqsef/PCHandbook23.pdf> (28 maart 2005)

Bandura, A. (1977). "Self-efficacy theory: Toward a unifying theory of behavioral change." *Psychological Review 84*, pp.191-215.

Bennett, R. & Erin, C.A. (1999). *HIV and AIDS. Testing, screening, and confidentiality*. Oxford: Oxford University Press.

Bor, R., Millert, R. & Gordman, E. (1993). "HIV/AIDS and the family: a review of research in the first decade." *Journal of Family Therapy 15*. pp.187-204.

Brown, L., Trujillo, L. & Macintyre, M. (2001). *Interventions to Reduce HIV/AIDS-stigma: What Have We Learnt?* New Orleans, Louisiane: Tulane School of Public Health and Tropical Medicine. (HORIZONS The population council inc.)

Crawford (1996). "Stigma Associated with AIDS: A Meta-Analysis". *Journal of Applied Psychology 26 (5)*, pp.398-416.

Dijker, A.J. & Koomen, W. (1996). "Stigmatisering van zieken en gehandicapten: een integratie van cognitieve en emotionele componenten." *Nederlands tijdschrift voor de psychologie 51*, pp. 252-260.

Dijker, A.J. & Raeijmaekers, F. (1999). "The influence of seriousness and contagiousness of disease on emotional reactions to ill persons." *Psychology and Health, vol 14*, pp.131-141.

Ellenchild Pinch, J. W. (2000)."Confidentiality: Concept analysis and clinical application." *Nursing Forum, vol 35, iss.2*, pp. 5-16.

Epidasa project 2003-2006. *Improving the effectiveness of public documents on HIV/AIDS in South Africa*. www.epidasa.org/index.html (4 september 2005)

Fishbein, M. & Azjen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Fishbein, M. & Yzer, M.C. (2003). "Using Theory to Design Effective Health Behavior Interventions." *Communication Theory*, 13 (2), pp.164-183.

Gaillard, P., Meilis, r., Mwanyumba, F., Claeys, P., Muigai, E., Mandaliya, K., Bwayo, J. & Temmerman, M. (2000). *Consequences of announcing HIV seropositivity to women in an African setting: Lessons for the implementation of HIV testing and interventions to reduce mother-to-child HIV transmission*. Paper delivered at the XIIIth International AIDS Conference, Durban.

Ginwalla, S.K., Grant, A.D., Day J.H., Dlova, T.W., Macintyre, S., Baggaley, R. & Churchyard, G.J. (2002). "Use of UNAIDS tools to evaluate HIV voluntary counselling and testing services for mineworkers in South Africa." *AIDS CARE*, vol. 14, no 5, pp.707-726.

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, Nj: Prentice Hall.

Heider, F. (1958). *The Psychology of Interpersonal Relation*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Herek, G.M. & Capitanio, J.P. (1998). "Symbolic prejudice or fear of infection? A functional analysis of AIDS-related stigma among heterosexual adults." *Basic and Applied Social Psychology*, 20 (3), pp.230-241.

Holzemer, W.L. & Uys, L.R. (2004). "Managing AIDS stigma." *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, vol , no 3, pp.165-174.

Kalichman, S.C. & Simbayi, L.C. (2003). "HIV testing attitudes, AIDS stigma and voluntary HIV counselling and testing in a black township in Cape Town, South Africa." *Sexually Transmitted Infections* 79, pp.442-447.

Kayawe, I., Kelly, M. & Baggaley, R. (1998). "HIV counseling and testing." *World Health* 51 (6), pp.12-13.

Letamo, G. (2003). "Prevalence of, and factors Associated with, HIV/AIDS-related Stigma and Discriminatory Attitudes in Botswana." *J Health Popul Nutr* 21 (4), pp.347-357.

Link, B.G., Cullen, F.T., Frank, J. & Wozniak, J. (1987). "The social rejection of ex-mental patients: understanding why labels matter." *Am. J. Sociol.* 92, pp.1461-1500.

Link, B.G. & Phelan, J.C. (2001). "Conceptualizing Stigma." *Annual Reviews Sociol.* 27, pp.363-385.

Macintyre, K., Brown, L. & Sosler, S. (2001). "It's not what you know, but who you knew: Examining the relationship between behavior change and AIDS morality in Africa." *AIDS Education and Prevention* 13 (2), pp.160-174.

Melnyk, K.A.M. (1988). "Barriers: A critical review of recent literature." *Nursing Research*, 37, pp.196-201.

Meyer, P.A. & Jones, J.L. (1994). "Comparison of individuals receiving anonymous and confidential testing for HIV." *Southern Medical Journal*, vol. 87, iss. 3, pp.344-347.

- O'Keefe, D. J. (1995). "Argumentation studies and dual-process models of persuasion." In F. H. van Eemeren et al. (Eds.), *Proceedings of the Third ISSA conference on Argumentation. (Vol. 1: Perspectives and approaches)*, pp.3-17. Amsterdam: SicSat.
- Perloff, R.M. (2001). *Persuading People to Have Safer Sex. Applications of Social Science to the AIDS Crisis*. London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Petty, R.E. & Cacioppo, J.T. (1986a). *Communication and Persuasion: Central and Peripheral Routes to Attitude Change*. New York: Springer-Verlag.
- Petty, R.E. & Cacioppo, J.T. (1986b). "The elaboration likelihood model of persuasion." In: L. Berkowitz (ed.), *Advances in Experimental Social Psychology, vol.19*, pp.123-203. New York: Academic Press.
- Phillips, K.A., Coates, T.J., Eversley, R.B. & Catania, J.A. (1995). "Who plans to be tested for HIV or would get tested if no one could find out the results?" *American Journal of Preventive Medicine, 11*. pp.156-162.
- Population Reports. Youth and HIV/AIDS (2001). *Can we avoid a catastrophe? Addressing the epidemic. Voluntary, Counseling, Testing, and Referral*.
http://www.infoforhealth.org/pr/112/112chap4_5.shtml (18 maart 2005)
- Rosen, R. (2001). *Aids in Africa*.
<http://www.prcdc.org/summaries/aidsinafrica/aidsinafrica.html> (2 september 2005)
- Rosenstock, I.M. (1974). "Historical origins of the health belief model." *Health Education Monographs, 2*, pp.1-8.
- Shinsasa, O. & Simbayi, L. (2002). *Nelson Mandela/HSRC study of HIV/AIDS: South African national HIV prevalence, behavioral risks and mass media, household survey 2002*. Cape Town South Africa: Human Sciences Research Council, 2002.
- Skinner, D. & Mfecane, S. (2004). "Stigma, discrimination and the implications for people living with HIV/AIDS in South Africa." *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS, vol 1, no 3*, pp.157-164.
- SouthAfrica (2004). *Black middle class on the rise*.
http://www.southafrica.info/doing_business/trends/empowerment/blackmiddeclass.htm
 (26 oktober 2005)
- Stafford, M.C. & Scott, R.R. (1986). Stigma deviance and social control: some conceptual issues. In *The Dilemma of Difference*, ed. SC Ainlay, G Becker, LM Coleman . New York: Plenum.
- Steele, C.M. & Aronson, J. (1995). "Stereotype vulnerability and the intellectual test performance of African Americans." *J. Personality Soc. Psychol. 69*, pp.797-811.
- Stein, J. (2003). *HIV/AIDS stigma: the latest dirty secret*. Cape Town: Centre for Social Science Research, University of Cape Town.
http://www.sahims.net/doclibrary/11_03/05/regional/HIV%20stigma%20-%20the%20latest%20dirty%20secret.pdf (13 maart 2005)
- Swanepoel, P. (2003). "Die (on)effektiwiteit van MIV/VIGS-voorligtingstekste in Suid-Afrika: normatiewe raamwerke, probleme en riglyne vir oplossings." *Tydskrif vir Nederlands & Afrikaans, 10 (1)*, pp. 5-51.

Tajfel, H. (1981). *Human groups and social categories: Studies in social psychology*. Cambridge: Cambridge University Press.

UNAIDS (2000). *Voluntary Counselling and Testing. Technical update*. UNAIDS: Geneva.
<http://www.un.org/Depts/dpko/medical/pdfs/602unaidscounsel.pdf> (23 maart 2005)

UNISA Centre for Applied Psychology (2002). Focus groups on personal experiences with Voluntary HIV Counselling and Testing. HIV/AIDS counselling skills workshop. University of South Africa, Pretoria.

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

Van Dyk, A.C. & Van Dyk, P.J. (2003). "What is the point of knowing?": Psychosocial barriers to HIV/AIDS voluntary Counselling and Testing programmes in South Africa. *South African Journal of Psychology*. 33 (2), pp.118-125.

Weiner, B. (1996). Searching for order in social motivation. *Psychological Inquiry*, 7, pp.158-168.

Wikipedia. De vrije encyclopedie.
<http://nl.wikipedia.org/wiki/Zuid-Afrika> (5 augustus 2005)

Bijlage 1: Voorlichtingstekst A

In deze voorlichtingstekst is geprobeerd angst voor stigma te verminderen (zie pagina 28).

Voluntary counselling and testing for HIV

At least one of every ten people has HIV. Many people with HIV develop AIDS and die. But many infected people are living healthy and happy lives, even though they know that they are infected with HIV. They took an HIV test to find out if they had HIV. Should you maybe go for a voluntary HIV test too?

You do NOT need to have an HIV-test if:

- you've never had sex,
- you or your partner have never had a blood transfusion,
- you or your partner have never been pricked with a needle or sharp instrument which had blood in it or on it,
- AND you or your partner have never injected drugs into yourselves.
- OR if you got tested more than three months ago and you haven't been at risk since (at risk means having unprotected sex, being pricked with a needle or sharp instrument which had blood in it or on it, injecting drugs with a needle that was used, having blood transfusion).

Advantages of knowing that you are HIV-positive (=infected with HIV)

If you know that you are HIV positive, you are able to act on this new situation. You can change your lifestyle to make sure that you stay healthy and happy for as long as possible and you can start taking medication that slows down the process of developing AIDS. Also, you can try to prevent your partner from getting infected, if she or he is not already infected. And, if you are pregnant or want to fall pregnant, you can have treatment that probably will protect your baby from the infection with HIV. Even if you've taken out a life insurance policy that excludes HIV or AIDS, you could surrender it and get the money back or negotiate with the life insurance company to change it to a policy that does not exclude HIV or AIDS.

Disadvantages of knowing that you are HIV-positive (=infected with HIV)

People may become depressed and think about committing suicide, once they find out that they are HIV positive. Or they may give up hope and get sick more quickly. Family and friends may reject them and they may think of themselves as bad or dirty. And maybe they will have to pay extra on their medical aid or life insurance policies.

You are not alone

Always remember that there are a lot of people to help you if you test HIV-positive. Counsellors can help you with coping with feelings of fear, anger, guilt and the shock of finding out that you are HIV-positive. They can even help you disclose your HIV-status to your partner if you want. You can join support groups for people living with HIV. And your doctor can explain how you can stay healthy for many years. If you test HIV-positive, you don't have to stand alone.

The process of voluntary counselling and testing:

If you're thinking about getting tested you first go to a counselling session. A health worker will explain how the test is performed. He or she has the correct medical training to do so and will tell you what it means to have the HIV-test. You can ask all questions you want. If you want to take the test after this counselling session, then the health worker will draw blood from you with a unused needle. The tube with your blood in it will be sent to a laboratory where the test is done. The result will stay confidential. Confidential means that only you and your health worker will know the result. Your health worker will not tell anybody else the results of the test, unless you want anyone else to know. He or she knows how important confidentiality is for you and understands your fears. Only you decide if you want to tell somebody else about the results. Nobody can force you to reveal your HIV status.

When you receive the result of the test, you will have another counselling session. If you test HIV-negative, the health worker will explain how to stay negative. And if you test HIV-positive he or she will help you to live healthy with HIV and refer you to all the places you need.

There are a lot of places where you can get counselling and testing free of charge.

Bijlage 2: Voorlichtingstekst B

In deze voorlichtingstekst is niet geprobeerd angst voor stigma te verminderen (zie pagina 28).

Voluntary counselling and testing for HIV

At least one of every ten people has HIV. If the people with HIV don't take action they will develop AIDS and die. How do you know if you are not one of them? Should you go for a voluntary HIV test?

You do NOT need to have an HIV-test if:

- you've never had sex,
- you or your partner have never had a blood transfusion,
- you or your partner have never been pricked with a needle or sharp instrument which had blood in it or on it,
- AND you or your partner have never injected drugs into yourselves.
- OR if you got tested more than three months ago and you haven't been at risk since (at risk means having unprotected sex, being pricked with a needle or sharp instrument which had blood in it or on it, injecting drugs with a needle that was used, having blood transfusion).

Advantages of knowing that you are HIV-positive (=infected with HIV)

If you know that you are HIV positive, you are able to act on this new situation. You can change your lifestyle to make sure that you stay healthy and happy for as long as possible and you can start taking medication that slows down the process of developing AIDS. Also, you can try to prevent your partner from getting infected, if she or he is not already infected. And, if you are pregnant you or want to fall pregnant, you can have treatment that probably will protect your baby from the infection with HIV. Even if you've taken out a life insurance policy that excludes HIV or AIDS, you could surrender it and get the money back or negotiate with the life insurance company to change it to a policy that does not exclude HIV or AIDS.

Disadvantages of knowing that you are HIV-positive (=infected with HIV)

People become depressed and think about committing suicide, once they find out that they are HIV positive. Or they give up hope and get sick more quickly. Family and friends reject them and they think of themselves as bad or dirty. And they have to pay extra on their medical aid or life insurance policies.

The process of voluntary counselling and testing

If you're thinking about getting tested you first go to a counselling session. A health worker will explain how the test is performed. He or she will tell you what it means to have the HIV-test. You can ask all questions you want. If you want to take the test after this counselling session, then the health worker will draw blood from you with a unused needle. The tube with your blood in it will be sent to a laboratory where the test is done.

When you receive the result of the test, you will have another counselling session. If you test HIV-negative, the health worker will explain how to stay negative. And if you test HIV-positive he or she will help you to live healthy with HIV and refer you to all the places you need.

There are a lot of places where you can get counselling and testing free of charge.

Bijlage 3: Vragenlijst

Alle deelnemers werd gevraagd de vragenlijst in te vullen na het lezen van de voorlichtingstekst (zie pagina 32).

Demographics

1. What is your sex? Male
 Female
2. Do you have a steady relationship? No, I'm single
 Yes, I'm seeing someone
 Yes, I'm married
 Yes, I'm living together with my partner
3. How old are you?.....
4. What is your mother tongue?.....
5. What is your highest lever of education?*.....
*Examples of an answer: no education, grade 10, diploma, university degree.
6. Are you currently employed? Yes
 No
 - 6a. If you are employed currently, what are you doing for living?.....
 - 6b. What is your monthly income?.....

About the text

What do you think about the following statements:

7. The text I just read is probably copied from a brochure about the HIV test.
I strongly agree I strongly disagree
8. I believe the text I just read is telling the truth about the HIV test.
I strongly agree I strongly disagree
9. The text convinces me that the health worker at the testing site will keep my results confidential and he or she will not tell other people about my test results.
I strongly agree I strongly disagree
10. After reading the text I think that you still can have a good life if you are infected with HIV.
I strongly agree I strongly disagree
11. The text motivates me to get tested.
I strongly agree I strongly disagree
12. After reading the text I feel less afraid of the reactions of others, should I decide to take a test.
I strongly agree I strongly disagree
13. It was interesting to read the text.
I strongly agree I strongly disagree
14. The text was too long.
I strongly agree I strongly disagree
15. I found the message of the text convincing.
I strongly agree I strongly disagree
16. The text is difficult to read.
I strongly agree I strongly disagree

History of testing

Important:

Some of the following questions are of a highly sensitive nature. We are well aware of that and will deal with the information in a sensitive and wpecially confidential manner.

17. How many sexual partners did you have last three months?.....
18. Have you ever injected yourself with drugs? Yes
 No
19. Has your sexual partner ever injected himself/herself with drugs? Yes
 No
 I don't know
 I have no partner
20. Have you ever had sex without a condom?
 Yes, because I never use a condom
 Yes, often I have sex without a condom
 Yes, sometimes I have sex without a condom
 No, I never had sex
 No, I always use a condom
21. Have you ever had a STD (Sexual Transmitted Disease)? Yes
 No
22. Have you ever considered having an HIV test? Yes
 No
23. Have you had an HIV test? Yes
 No
- 23a. If you did have an HIV test, when was the last time?.....
24. Do you know your HIV status? Yes, I tested negative, I don't have HIV
 Yes, I tested positive, I have HIV
 No, I don't know if I am HIV negative/positive
25. Do you personally know somebody who has had an HIV test? Yes
 No
26. Do you personally know somebody with HIV/AIDS? Yes
 No
27. Because I want to know if I infected with HIV, I will go to a testing site for an HIV test this month.
 No
 Maybe
 Probably
 Certainly
 Yes, definitely

Opinions

What do you think about the following statements:

28. Getting tested for HIV helps people feel better, therefore I think getting tested is good.
I strongly agree I strongly disagree
29. Because there isn't a cure for HIV, it is no use to get tested.
I strongly agree I strongly disagree
30. Getting tested for HIV is good, because knowing your HIV status helps to protect your health and the health of others.
I strongly agree I strongly disagree
31. I would not like to go for an HIV test, because it might ruin my life.
I strongly agree I strongly disagree
32. Though taking an HIV test can be scary, I would like to know if I have HIV.
I strongly agree I strongly disagree
33. Because family members think it is good to take an HIV test, I will take the test.
I strongly agree I strongly disagree
34. People might think bad things about me if I go for an HIV test.
I strongly agree I strongly disagree
35. People think that I am a responsible person if I have an HIV test.
I strongly agree I strongly disagree
36. If my partner wants me to take the test, I won't do it.
I strongly agree I strongly disagree
37. I still would go for a test, even if other people think I shouldn't.
I strongly agree I strongly disagree
38. My friends think that it's no good to take an HIV test, therefore I won't have an HIV test.
I strongly agree I strongly disagree
39. I think I can't handle having an HIV test.
I strongly agree I strongly disagree
40. I will quite easily make an appointment for voluntary counselling and testing.
I strongly agree I strongly disagree
41. If the test result is that I am infected with HIV, I will be able to handle it.
I strongly agree I strongly disagree

42. I think my results will be treated as confidential.
I strongly agree I strongly disagree
43. I fear that somebody might reveal my test results to other people.
I strongly agree I strongly disagree
44. I'm afraid that they might force me to have the test after the counselling session.
I strongly agree I strongly disagree
45. I think that the medical personell will help me even if they know I am HIV positive.
I strongly agree I strongly disagree
46. I don't have enough information about HIV testing, therefore I can't decide if I want to be tested.
I strongly agree I strongly disagree
47. I know a testing site close by.
I strongly agree I strongly disagree
48. If I was infected with HIV, it might be better that I avoided contact with healthy persons.
I strongly agree I strongly disagree
49. If I should I become infected with HIV, my boss would still allow me to go to work.
I strongly agree I strongly disagree
50. People still would share things with me, even if I would be infected with HIV.
I strongly agree I strongly disagree
51. If I were to be infected with HIV, other people won't have a problem touching me.
I strongly agree I strongly disagree
52. If I were to be infected with HIV, other people might avoid contact with me, so that they don't get the disease.
I strongly agree I strongly disagree
53. If I ever should prove to be HIV positive*, people would still feel the same about me as a person.
I strongly agree I strongly disagree
* Being HIV positive means that you are infected with HIV.
54. If I was infected with HIV, other people would think I must have done something wrong.
I strongly agree I strongly disagree
55. If I were to be infected with HIV, I would fear that other people may think I have lived an immoral life.
I strongly agree I strongly disagree

56. I won't feel ashamed if I would be infected with HIV.
I strongly agree I strongly disagree
57. Even if I would be infected with HIV, I would still try to get a promotion.
I strongly agree I strongly disagree
58. If I would be infected with HIV, I would work harder, so I won't do worse than other people.
I strongly agree I strongly disagree
59. My family would still visit me often, if I would have HIV, because they won't fear that people think bad things about them, when they see us together.
I strongly agree I strongly disagree
60. I think I won't make an appointment for an HIV test within the next six months.
I strongly agree I strongly disagree
61. Who would you tell if you had HIV/AIDS? Nobody
(you can put down more than one x) my partner
 my parents
 my kids
 my friends
 my boss
 everybody

This is the end of the questionnaire. Thank you very much for answering all the questions!

Bijlage 4: Instructie

Voorafgaand aan de vragenlijst kregen de deelnemers instructies, waarin gevraagd werd de voorlichtingstekst te lezen, voordat zij antwoord gaven op de vragen. Bovendien werd uitgelegd hoe de vragen beantwoord dienden te worden (zie pagina 35) .

Project: Opinions about Voluntary Counselling and Testing

Thank you for taking part in this project! With your help we might be able to slow down the spread of HIV/AIDS. Before we start it is important that you read the instruction carefully.

Instruction

First you will have to read a text called “**Voluntary counselling and testing for HIV**”, which is followed by different kinds of questions. There are no right or wrong answers for these questions, but it is important to answer **all** the questions. It is also very important that you give **honest answers**. You need not to worry about what others may think of your answers. Your name isn't on the questionnaire, so nobody will know who filled in the questionnaire. We guarantee confidentiality. It will take about 15 minutes to answer the questions and read the text.

How to answer the questions?

This questionnaire has three kind of questions:

1. There are questions followed by dots. You write your answer on the dots.

Example: What is your favorite color?...red.....

2. There are questions with answer categories. You answer the question by marking your choice with an x.

Example: The colour I like most is: yellow
 green
 red
 blue

3. There are questions with answer bars.

Example: I think that red is a beautiful colour.

I strongly agree I strongly disagree
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

If you mark the first block you strongly agree

If you mark the second block you agree

If you mark the third block you agree a little bit

If you mark the fourth block you don't know

If you mark the fifth block you disagree a little bit

If you mark the sixth block you disagree

If you mark the seventh block you strongly disagree

You answer the question by marking your choice with an x, like this:

Statement: I think that red is a beautiful colour.

I strongly agree I strongly disagree
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

If you have any questions or something is not clear, please ask for an explanation.