

Vigs-voorligting: kennis, houdings en gedrag in 'n multi-kulturele, heteroseksuele konteks¹

Alta van Dyk
Departement Sielkunde
Universiteit van Suid-Afrika
PRETORIA

Abstract

The first decade of the AIDS epidemic was mainly characterized by the dissemination of information, without taking the needs of different target groups into consideration. The objective of this study was to examine the knowledge, myths, causal attributions, attitudes, susceptibility, sexual behaviour, sexual behavioural change and obstacles preventing behavioural change in a multi-cultural, heterosexual context. Possible cultural differences were established and recommendations made for AIDS education programs. A survey was conducted and data collected through questionnaires obtained from 1494 subjects. Although marked cultural differences were evident, the results indicated that all AIDS prevention programs should contain certain basic components, which should be modified to suit the needs of specific target groups. The purpose of AIDS education programs should be to give practical advice about AIDS; to dispel myths about the spread of HIV; to correct faulty attributions about the causes of AIDS; to change attitudes and to establish a sense of compassion for infected people; to alleviate anxiety and to establish a realistic sense of susceptibility, to motivate people to change their sexual behaviour, and to determine and rectify the obstacles preventing people from changing their sexual behaviour.

1. Inleiding

VIGS-voorligtingsprogramme is in die verlede hoofsaaklik gekenmerk deur die verspreiding van inligting oor VIGS. Weens die dringendheid van VIGS is hierdie inligting dikwels op 'n lukraak wyse versprei sonder om die spesifieke inlig-

¹ Hierdie artikel is gebaseer op 'n Ph.D.-proefskrif getiteld: *Die voorkoming van VIGS: Psigo-sosiale voorspellers van houdings, gedrag en gedragsverandering*, 1991, UNISA, en is gedeeltelik befonds deur 'n beurs van die RGN. Vraclyste of meer besonderhede oor statistiese verwerkings kan by outeur verkry word.

tingsbehoefte, houdings en gedrag van die teikengroepe of persone vir wie die voorligtingsprogramme bedoel is, in ag te neem (Fishbein & Middlestadt, 1989). Waar kennis, houdings en gedrag in die Suid-Afrikaanse konteks wel ondersoek is, is dit meestal gedoen onder sogenaamde 'risiko-groepe' of groepe wat 'maklik bekombaar' is, soos homoseksuele groepe, persone wat STD-klinieke besoek, swart skoolkinders, studente, swart mynwerkers, vragmotorbestuurders en vroue wat voorgeboorte- of gesinsbeplanningsklinieke besoek (Friedland *et al.*, 1991; Govender *et al.*, 1992; Ijsselmuiden, *et al.*, 1990; O'Farrell & Will, 1989; Schurink & Schurink, 1990). Kritiek teen hierdie tipe navorsing is dat die bevindinge nie veralgemeen kan word na die wyer publiek waar HIV tans vinnig versprei nie. Die heteroseksuele gemeenskap is ook grootliks geignoreer in bestaande navorsing – 'n gegewe wat die valse beeld skep dat heteroseksuele persone nie die risiko loop om VIGS te kry nie (Skinner, 1992).

Kritiek word ook dikwels uitgespreek teen VIGS-voorligtingsprogramme wat op 'n hoofsaaklik blanke, Westerse model geskoei is, terwyl mense wat die swaarste getref word deur VIGS dikwels aan minderheids-groepe behoort met verskillende kulturele sisteme en sienings van siekte en seksualiteit (Coleman, 1990; Parker & Carballo, 1990). Om in die komplekse, multi-kulturele Suid-Afrikaanse samelewing sonder meer te aanvaar dat dieselfde voorligtingsmodel vir al die kultuurgroepe ewe effektief sal wees, sou onwetenskaplik wees. Om egter op 'n lukraak wyse verskillende programme vir verskillende teikengroepe op te stel, terwyl daar geen wesenlike verskille bestaan nie, sou onekonomies wees. Navorsing is daarom noodsaaklik om te bepaal of daar wel kulturele verskille is ten opsigte van mense se kennis, houdings en gedrag in die VIGS-konteks.

'n Verdere tekortkoming van bestaande Suid-Afrikaanse navorsing en VIGS-voorligtingsprogramme is dat teorieë van gedragsverandering selde in ag geneem word. Faktore eiesoortig aan VIGS – soos angs, vooroordele en mites – is ook selde in berekening gebring in navorsing wat mense se kennis, gedrag en houdings bepaal. Vervolgens word veranderlikes wat deur navorsing ondersoek en in VIGS-voorligtingsprogramme opgeneem moet word, kortliks bespreek.

1.1 Mites oor die oordrag van VIGS

Aanvanklike foutiewe inligting deur die massamedia, sensasionele beriggewing en mondelinge oorlewering van sensasionele verhale het die onsekerheid en angstigtheid rondom VIGS versterk en verskeie mites oor veral die oordrag van HIV laat ontstaan. Verskeie navorsers vind dat hul proefpersone, ten spyte van 'n goeie kennis oor die oordrag van HIV, steeds in mites glo – mites soos die oordrag deur bloedtoetse, toilette, bloedskenk en insekte (Friedland *et al.*, 1991; Govender *et al.*, 1992; Kann *et al.*, 1990).

Hoewel verskeie outeurs na die bestaan van mites oor VIGS verwys, is daar feitlik geen studies wat die invloed van mites op gedrag en houdings ondersoek nie. Sodanige navorsing is noodsaaklik omdat sommige mites uiters nadelige gevolge vir 'n gemeenskap kan inhou. So byvoorbeeld, skryf bloedbanke hul ernstige tekorte aan bloed dikwels toe aan die mite dat 'n mens VIGS kan kry deur bloed te skenk (Burrell & Davis, 1985). Mites kan ook direk aanleiding gee tot die verspreiding van HIV. Sommige jong homoseksuele mans glo byvoorbeeld dat hulle nie VIGS kan kry as hulle seks met ouer mans het nie, omdat 'ouer mans nie draers van HIV is nie' (Emmons *et al.*, 1986).

1.2 Ongunstige houdings teenoor HIV-positiewe mense

Mense reageer dikwels op die bedreiging wat VIGS inhou met oormatige en dikwels onrealistiese gevoelens van angs en vooroordele – 'n reaksie teenoor HIV-positiewe persone sowel as teenoor sogenaamde 'risiko-groepe'. Suid-Afrikaanse navorsing oor kennis, houdings en gedrag dui oor die algemeen op ontstellende hoë vlakke van diskriminasie teenoor HIV-positiewe persone (Mathews *et al.*, 1990; Naidoo, *et al.*, 1991; Skinner, 1992). Omdat 'VIGS-aggressie' (Bean *et al.*, 1989) meestal gepaard gaan met sosio-emosionele skade en dikwels lei tot werksdiskriminasie en verwerping in skole, kerke en hospitale, is dit belangrik om 'n houdingsverandering jeens geïnfekteerde persone teweeg te bring.

Om houdings in 'n meer gunstige rigting te stuur, is dit nie voldoende om slegs proefpersone se posisies op 'n houdingskontinuum te bepaal nie; dit is ook nodig om vas te stel watter VIGS-verwante faktore (soos mites en foutiewe attribusies) met ongunstige houdings verband hou.

1.3 Attribusies oor die oorsake van VIGS

Volgens Fishbein en Ajzen (1975) sal mense se interpretasie van die oorsake van gebeure (oorsaaklike attribusies) 'n belangrike invloed hê op hul oortuigings, houdings en gedrag. Dit impliseer dat die oorsaaklike verduidelikings wat mense vir 'n spesifieke siekte gee, 'n invloed sal hê op hul vermoë om die siekte te hanteer, asook op hul geneigdheid om voorkomende maatreëls te tref (King, 1983).

Omdat VIGS so 'n sterk emosioneel-gelade siekte is, bestaan daar baie teorieë oor waar VIGS vandaan kom en wie te blameer is vir hierdie siekte (Sabatier, 1988). Die funksie van hierdie attribusies – wat meestal foutief is – is dat dit vir mense 'n sondebok gee om te blameer – 'n sondebok wat hulle van 'persoonlike verantwoordelikheid' onthef. Volgens attribusie-teorie sal mense wat VIGS aan allerlei faktore buite hul beheer toeskryf (soos homoseksualiteit en prostitusie), minder bedreig voel deur VIGS omdat hulle hulself nie met hierdie groepe identifiseer nie (Kelley, 1967). Om houdings en gedrag in die VIGS-konteks te

verander, is dit noodsaaklik om te bepaal watter foutiewe attribusies oor die oorsake van VIGS gemaak word.

1.4 Persepsie oor die vatbaarheid vir VIGS

Dit lyk oor die algemeen asof 'n kognitiewe bewustheid van die gevare van VIGS (kennis) nie genoeg is om mense se hoërisiko seksuele gedrag te verander nie; mense moet hulself eers sien as persoonlik vatbaar vir VIGS voordat tot gedragsverandering oorgegaan sal word (Rosenstock, 1966). Verskeie studies oor seksuele risikogedrag dui daarop dat persone wat hulself beskou as lede van 'n hoërisikogroep, en daarom ook as vatbaar vir VIGS, geneig is om hul seksuele gedrag te verander (Keeter & Bradford, 1988; Klein *et al.*, 1987; Kotarba & Lang, 1986; Valdiserri *et al.*, 1988). Hierteenoor het die mening dat VIGS nie 'n persoonlike bedreiging inhou nie, gepaard gegaan met volgehoue hoërisiko seksuele aktiwiteite (Coates *et al.*, 1987; McKusick *et al.*, 1985). 'n Onakkurate persepsie van eie vatbaarheid skep veral probleme by heteroseksuele persone wat glo dat VIGS 'n siekte vir promiskue mense is en dat hulle nie in hierdie kategorie val nie (Davis, 1990).

1.5 Intensies om gedrag te verander

Volgens die teorie van beredeneerde aksie (Fishbein & Ajzen, 1975) is die uitvoering al dan nie van bepaalde gedrag primêr 'n funksie van die persoon se intensies om daardie gedrag uit te voer. Mense sal nie hul seksuele gedrag verander as hulle nie in die eerste plek die intensie toon om dit te doen nie.

1.6 Struikelblokke in die pad van gedragsverandering

Dit blyk uit die literatuur dat die persepsie van struikelblokke een van die grootste redes is waarom mense nie voorkomingsmaatreëls teen siektes tref nie (Janz & Becker, 1984). Die persepsie van struikelblokke is dan ook een van die grootste voorspellers van mense se traagheid om hul seksuele gedrag te verander. Navorsers het bevind dat mense alle pogings tot seksuele gedragsverandering laat vaar as hulle struikelblokke ervaar soos te veel stres; as gedragsverandering of alternatiewe gedragspatrone nie deur die portuurgroep of samelewing ondersteun word nie; as seksmaats nie met mekaar kan kommunikeer oor veiliger sekspraktyke nie; as daar nie alternatiewe veiliger gedragswyses bestaan nie; as 'n fatalistiese lewenshouding aangehang word; as alkohol of dwelmmiddels gebruik word; as die persoon verlief is en vrees om 'n maat te verloor; en as geslagshiërargieë 'n belangrike rol speel en vroue geen status het om op kondoomgebruik aan te dring nie (Feldman, 1985; Miles, 1991; Montgomery *et al.*, 1989; Preston-Whyte & Zondi, 1989; Schurink & Schurink, 1990; Valdiserri *et al.*, 1988).

Een van die grootste struikelblokke wat mense daarvan weerhou om veiliger seksuele praktyke te beoefen, is hul onwilligheid om kondome te gebruik. Hoewel verslae daarop dui dat kondoomgebruik grootliks toegeneem het as gevolg van die VIGS-epidemie (Martin, 1987), is die gebruik van kondome steeds besonder laag by mense wat hoërisikogedrag beoefen (Schurink & Schurink, 1990; Valdiserri *et al.*, 1988). Daar bestaan baie mites, negatiewe houdings en selfs politieke, kulturele en godsdienstige taboes oor die gebruik van kondome.

1.7 Doelstellings van hierdie artikel

Die doelstellings van hierdie artikel is om 'n oorsig te verkry oor heteroseksuele proefpersone se kennis oor VIGS; die mites en oorsaaklike attribusies waarin hulle glo; hul houdings teenoor HIV-positiewe persone; hul beleving van ang en persepsie van vatbaarheid vir VIGS; die mate waarin hulle hoërisiko seksuele gedrag beoefen; seksuele gedragsverandering; die struikelblokke wat hulle ervaar in die pad van gedragsverandering; houdings teenoor kondoomgebruik en intensies om gedrag in die toekoms te verander.

Om vas te stel of daar verskillende teikengroepe binne die steekproef is met verskillende voorligtingsbehoefes ten opsigte van VIGS, was 'n verdere doelstelling om te bepaal of daar enige kulturele verskille bestaan ten opsigte van bogenoemde veranderlikes. Moontlike verbande tussen veranderlikes wat belangrike implikasies vir VIGS-voorligtingsprogramme mag inhou, is ook ondersoek. Die implikasies wat die bevindinge vir VIGS-voorligtingsprogramme inhou, sal bespreek word, en voorstelle vir voorligtingsprogramme sal gemaak word.

2. Metode

2.1 Proefpersone

Data is ingesamel met behulp van vraelyste wat aan 'n ewekansig geselekteerde steekproef van 4 000 UNISA-studente gestuur is. Een duisend vier honderd vier en negentig (37%) voltooide vraelyste is terugontvang. Die vraelyste is deur 49,9% (n=745) mans en 50,1% (n=747) vroue voltooi. Die proefpersone se ouderdomme het gewissel van 18 tot 65 jaar, met 'n gemiddeld van 30,6 jaar (SD=8,30). Twee en veertig persent (n=633) van die proefpersone was nog nooit getroud nie; 52% (n=779) is wel getroud; en 6% (n=82) van die proefpersone is geskei, vervreemd of weduwees/wewenaars. Kultuurgroepe is soos volg verteenwoordig: Afrikaanssprekende wit mense: 25,5% (n=381); Engelssprekende wit mense: 37,8 (n=564); Indiërs: 7,6% (n=113); kleurlinge: 3,3% (n=49); swart mense: 25,4% (n=379).

2.2 Die vraelys

'n Vraelys is ontwikkel om proefpersone se kennis, mites, attribusies, houdings en gedrag in die VIGS-konteks te bepaal. Omdat daar ten tye van die studie nog feitlik geen skale bestaan het nie, is die meeste van die skale deur die navorser ontwikkel. Om so 'n geldige en betroubare meetinstrument as moontlik te ontwikkel, is die konstrugeldigheid (met behulp van faktorontledings), asook die interne betroubaarheid (die Cronbach Alfa) van die skale bereken. Slegs items wat aan die geldigheids- en betroubaarheidskriteria voldoen het, is behou. Skale soos gebruik in die finale berekening word vervolgens bespreek.

2.2.1 Algemene kennis oor VIGS as siekte

Die algemene kenniskaal bestaan uit nege waar-vals-stellings wat proefpersone se algemene kennis oor VIGS as siekte toets. Die items is saamgestel uit inligting wat dikwels aandag in die media geniet en wat dus redelik bekend onder die algemene publiek behoort te wees – inligting soos byvoorbeeld dat VIGS deur 'n virus veroorsaak word. (Skaalwaardes: 0-9; Cronbach Alfa: 0,59.) Op 'n oop vraag kon proefpersone aandui watter tipe inligting hulle oor VIGS verlang.

2.2.2 Kennis oor die voorkoming van VIGS

Om te bepaal of proefpersone weet hoe die verspreiding van VIGS voorkom of verminder kan word, is basiese voorkomingsmaatreëls (soos monogame verhoudings of kondoomgebruik) in ses waar-vals-stellings omskep. (Skaalwaardes: 0-6; Cronbach Alfa: 0,57.) Die lae betroubaarheidskoeffisiënte van die kenniskaal kan waarskynlik toegeskryf word aan die feit dat die skale uit baie min items bestaan.

2.2.3 Mites oor die verspreiding van VIGS

Mites wat algemeen in die volksmond bestaan oor die maniere waarop VIGS van een persoon na 'n ander oorgedra word (byvoorbeeld toiletsitplekke en muskiete), is in elf waar-vals-stellings omskep om te bepaal tot watter mate mense hierdie foutiewe menings huldig. (Skaalwaardes: 0-11; Cronbach Alfa: 0,84.)

2.2.4 Foutiewe oorsaaklike attribusies oor VIGS

Foutiewe oorsaaklike attribusies wat dikwels oor VIGS gemaak word, is gemeet met behulp van 'n agt-item Likertskaal wat vyf responsmoontlikhede per item het. Die items is saamgestel uit tipiese foutiewe attribusies wat dikwels in die literatuur oor die oorsprong of oorsake van VIGS gemaak word, soos dat VIGS sy

oorsprong by homoseksuele persone, prostitute, swartes uit Afrika, of wit Amerikaners het. (Skaalwaardes: 8-40; Cronbach Alfa: 0,61.)

2.2.5 Houdings teenoor HIV-geïnfekteerde persone

Houdings teenoor HIV-geïnfekteerde persone is bepaal met behulp van 'n elf-item Likertskaal. Die items is saamgestel uit tipiese vooroordele wat dikwels deur individue, maatskappye en deur die media uitgespreek word oor die hantering van persone met HIV of VIGS. Die vooroordele is meestal daarop gerig om die gemeenskap sogenaamd te 'beskerm' deur HIV-draers te isoleer en hulle uit die skole, werkplek, hospitale, swembaddens, restaurante, openbare toilette en uit die gemeenskap oor die algemeen te hou. (Skaalwaardes: 11-55; Cronbach Alfa: 0,92.)

2.2.6 Seksuele gedragspatrone

Om te bepaal tot watter mate proefpersone hulself aan seksuele risikogedrag blootstel, is 'n skaal gebruik met tien stellings wat seksuele gedrag beskryf (die risiko-kategorieskaal). Die stellings strek van situasies wat laerisikogedrag beskryf (soos geen seksuele kontak, of seksuele kontak met slegs een getroue persoon) tot hoërisikogedrag (soos gereelde betrokkenheid in terloopse seks sonder kondoomgebruik). Proefpersone moes die een stelling op die skaal kies wat hul *huidige seksuele gedrag* die beste beskryf.

Proefpersone moes op twee oop vrae reageer deur aan te dui met "hoeveel persone hulle die afgelope ses maande 'n *vaste* seksuele verhouding" gehad het; en "met hoeveel persone hulle die voorafgaande ses maande 'n *terloopse (casual)* seksuele verhouding" gehad het. 'n Maatstaf van risiko-gedrag is saamgestel deur die aantal *vaste* seksmaats by die aantal *terloopse* seksmaats te tel. Behalwe dat die samevoeging van die twee items teoreties sin maak, dui die beduidende korrelasie tussen die veranderlikes daarop dat albei items dieselfde konstruk (naamlik risiko-gedrag) meet ($r=0,409$; $p=0,0001$).

Die risiko-kategorieskaal, wat proefpersone in lae- tot hoërisiko-groepe indeel, is ook gebruik om die gesigsgeldigheid van die oop vrae oor proefpersone se seksuele gedrag te bepaal. 'n Hoogs beduidende korrelasie van 0,504 ($p=0,0001$) is gevind tussen risiko-kategorie en die aantal *vaste* seksmaats die voorafgaande ses maande asook tussen risiko-kategorie en die aantal *toevallige* seksmaats ($r=0,242$; $p=0,0001$). Hoe meer *vaste* en *toevallige* seksmaats die proefpersone rapporteer op die oop vrae, hoe hoër is die risiko-kategorie waarin hulle hulself plaas op die risiko-kategorieskaal.

2.2.7 Seksuele gedragsverandering

Proefpersone moes op 'n vyfpuntskaal aandui of hulle seksuele gedrag verander het as gevolg van die gevare van VIGS al dan nie. Vir die finale berekeninge is slegs persone wat by hoërisikogedrag betrokke is se tellings op die gedragsveranderingskaal in berekening gebring. Proefpersone wat wel hul gedrag verander het, moes die redes vir hul gedragsverandering noem.

2.2.8 Kondoomgebruik

Kondoomgebruik is bepaal deur aan proefpersone te vra hoe gereeld hulle – of hul maats – die voorafgaande ses maande kondome gebruik het. Vir die doel van hierdie studie is slegs persone wat hoërisikogedrag beoefen, se persentasie kondoomgebruik in ag geneem.

2.2.9 Houdings teenoor kondoomgebruik

Algemene besware en vooroordele wat gewoonlik uitgespreek word teen die gebruik van kondome, is omskep in 'n vyftien-item Likertskaal wat houdings teenoor kondome meet. Van die algemeenste besware teen kondome is dat dit seks 'bederf', ongemaklik en 'n verleentheid is, in stryd met kulturele of godsdienstige geloof is, en dat dit wantroue in die seksmaat impliseer. (Skaalwaardes: 15-75; Cronbach Alfa: 0,88.)

2.2.10 Algemene struikelblokke in die pad van gedragsverandering

Om te bepaal watter ander struikelblokke, buiten kondoomgebruik, in mense wat hoërisikogedrag beoefen se pad kan staan om veiliger seksuele praktyke te beoefen, is 'n nege-item Likertskaal opgestel. Struikelblokke wat algemeen in die literatuur genoem word (kyk 1.6), is in items vir hierdie skaal omskep. (Skaalwaardes: 9-45; Cronbach Alfa: 0,80.)

2.2.11 Intensies tot gedragsverandering

Proefpersone moes op 'n tweepuntskaal (Ja, Nee) aandui of hulle hul seksuele gedrag in die toekoms op enige wyse sou wou verander. Indien proefpersone die intensie het om hul gedrag te verander, moes hulle op 'n oop vraag reageer deur te sê op watter wyse hulle hul gedrag sou wou verander. Vir die doeleindes van hierdie studie is slegs proefpersone wat hoërisikogedrag beoefen se intensies tot gedragsverandering in ag geneem.

2.2.12 Persepsie van vatbaarheid en die beleving van angs oor VIGS

Vyf Likertipe-items is gebruik om te bepaal tot watter mate proefpersone hulself as vatbaar vir VIGS beskou. (Skaalwaardes: 5-25; Cronbach-Alfa: 0,86.) Ervaring van angs oor VIGS is bepaal met behulp van 'n twaalf-item Likertskaal wat aangepas is uit Horowitz *et al.* (1979) se *Impak van gebeureskaal*. (Skaalwaardes: 12-60; Cronbach Alfa: 0,87.) Proefpersone moes ook aandui tot watter mate hulle kontak met 'n HIV-geïnfekteerde persoon vrees.

2.3 Die verwerking van gegewens

Alle statistiese verwerkings is met behulp van die rekenaarprogramme van die SAS-stelsel (Statistical Analysis System) gedoen. Om te bepaal of daar beduidende kulturele verskille bestaan ten opsigte van die veranderlikes, is 'n eenrigting-analise van variansie (ANOVA) uitgevoer. Indien daar volgens die ANOVA wel verskille tussen die gemiddeldes van verskillende groepe is, is 'n Bonferroni (Dunn) T-toets uitgevoer om te bepaal watter groepe se gemiddeldes beduidend van mekaar verskil. Die kritieke waarde van t is telkens 2,81; met 1481 grade van vryheid; en 'n alfa-waarde van 0,05. Die statistiek word dus nie telkens herhaal nie. Korrelasies tussen die onafhanklike veranderlikes is bestudeer met behulp van Pearson se *produktmomentkorrelasiekoëffisiënt*.

Resultate is as statisties beduidend beskou as die waarskynlikheidswaardes kleiner of gelyk aan vyf persent was. Omdat die hipoteses nie-rigtinggewend gestel is, is tweekantige toetsing toegepas.

3. Resultate

3.1 Kulturele verskille

Vervolgens word die resultate gegee van moontlike kulturele verskille ten opsigte van die veranderlikes wat in hierdie studie ondersoek is.

3.1.1 Algemene kennis oor VIGS

Hoewel die proefpersone oor die algemeen 'n goeie kennis van VIGS as siekte het, bestaan daar tog kulturele verskille ten opsigte van algemene kennis, $F(4)=63,91$; $p=0,0001$. Engelssprekende wit mense se algemene kennis oor VIGS ($M=7,65$; $s=1,18$) is beduidend beter as enige ander groep se kennis. Afrikaanssprekende wit mense se kennis is die tweede beste ($M=7,37$; $s=1,29$) en dit is beduidend beter as dié van Indiërs ($M=6,44$; $s=1,55$) en swart mense ($M=6,27$; $s=1,74$). Kleurlinge ($M=6,96$; $s=1,51$) se kennis is nie veel laer as dié van Afrikaanssprekende wit mense nie en dit is ook beduidend beter as swart mense se

kennis. Indiërs en swart mense se algemene kennis oor VIGS is onderskeidelik die laagste.

3.1.2 Kennis oor die voorkoming van VIGS

Daar is geen beduidende kulturele verskille ten opsigte van die proefpersone se kennis oor die voorkoming van VIGS nie. Proefpersone het oor die algemeen 'n goeie kennis ten opsigte van die voorkoming van VIGS. Tussen 85% en 98% van die proefpersone is bewus daarvan dat die gebruik van kondome, die beperking van die aantal seksmaats en 'n wedersyds getroue verhouding met 'n ongeïnfekteerde maat die verspreiding van VIGS kan voorkom.

3.1.3 Mites oor die verspreiding van VIGS

Daar is beduidende kulturele verskille ten opsigte van die proefpersone se geloof in mites oor die oordrag van VIGS, $F(4)=19,68$; $p=0,0001$. Swart mense ($M=6,79$; $s=3,60$) glo beduidend meer in die mites oor die oordrag van VIGS as enige van die volgende groepe: Engelssprekende wit mense ($M=8,41$; $s=2,66$), kleurlinge ($M=8,35$; $s=2,80$) en Afrikaanssprekende wit mense ($M=8,33$; $s=2,76$). Naas swart mense glo Indiërs ($M=7,60$; $s=3,12$) in die meeste mites oor die oordrag van VIGS.

Mites wat die algemeenste deur die proefpersone geglo word, asook die persentasie proefpersone wat in bepaalde mites glo, word in Tabel 1 aangedui.

Tabel 1: Persentasie van kultuurgroepe se geloof in mites oor die oordrag van VIGS

Mite oor die oordrag van VIGS	swart mense (N=397)	Indiërs (N=113)	Afrikaanssprekende wit mense (N=381)	kleurlinge (N=49)	Engelsprekende wit mense (N=564)
Muskiete	48 %	43 %	29 %	33 %	31 %
Soengroet	46 %	39 %	38 %	33 %	36 %
Nies of hoes	32 %	31 %	29 %	27 %	27 %
Swembaddens	44 %	34 %	24 %	22 %	18 %
Kos in restaurante	34 %	23 %	27 %	24 %	26 %
Koppies en eetgerei	32 %	29 %	15 %	12 %	16 %
Toiletsitplekke	37 %	28 %	15 %	8 %	12 %

3.1.4 Foutiewe attribusies oor die oorsake van VIGS

Daar bestaan beduidende verskille tussen verskillende kultuurgroepe se foutiewe attribusies oor die oorsake van VIGS, $F(4)=42,47$; $p=0,0001$. Swart mense ($M=21,18$; $s=4,89$), Indiërs ($M=20,97$; $s=5,25$) en Afrikaanssprekende wit mense ($M=20,33$; $s=5,06$) maak ongeveer ewe veel foutiewe oorsaaklike attribusies oor VIGS aan faktore buite hul beheer. Swart mense, sowel as Indiërs, maak beduidend meer foutiewe oorsaaklike attribusies oor VIGS as Engelssprekende wit mense ($M=17,42$; $s=4,74$) en kleurlinge ($M=18,35$; $s=4,61$). Afrikaanssprekende wit mense maak beduidend meer foutiewe attribusies oor die oorsake van VIGS as Engelssprekende wit mense.

Die tipe foutiewe attribusies wat oor VIGS gemaak word, verskil van kultuurgroep tot kultuurgroep. So, byvoorbeeld, skryf *Afrikaanssprekende wit mense* VIGS hoofsaaklik toe aan 'God se straf vir immoraliteit en sonde' (55,1%); 'die natuur se manier om oorbevolking te hanteer' (51,9%); 'Swart Afrika' (40,7%); en 'homoseksuele' (38,8%). *Swart mense* meen dat VIGS hoofsaaklik deur 'prostitute' (63,1%); 'homoseksuele' (38%) en 'uitlanders uit Amerika' (26,7%) veroorsaak word, terwyl *Indiërs* VIGS hoofsaaklik toeskryf aan 'homoseksualiteit' (52,2%); 'God se straf op sonde' (31%); die 'natuur' (29,2%) en 'prostitute' (28,3%). *Engelssprekende wit mense* meen dat VIGS die 'natuur se manier is om oorbevolking te hanteer' (39,5%); dat dit deur 'Swart Afrika' (25,5%); of deur 'homoseksuele' (24,4%) veroorsaak word, terwyl *kleurlinge* glo dat VIGS hoofsaaklik 'n homoseksuele (34,7%) en 'n swart Afrika (32,6%) probleem is.

3.1.5 Houdings teenoor HIV-positiewe persone

Daar is beduidende verskille tussen verskillende kultuurgroepe se houdings teenoor HIV-positiewe persone, $F(4)=29,79$; $p=0,0001$. Swart mense ($M=33,32$; $s=10,92$) en Afrikaanssprekende wit mense ($M=34,60$; $s=10,07$) toon die ongunstigste houdings teenoor HIV-positiewe persone. Swart mense en Afrikaanssprekende wit mense se houdings teenoor HIV-positiewe persone is beduidend ongunstiger as dié van kleurlinge ($M=40,04$; $s=8,56$) en van Engelssprekende wit mense ($M=39,65$; $s=8,82$). Indiërs se houdings ($M=36,26$; $s=9,89$) is ook beduidend ongunstiger as Engelssprekende wit mense se houdings.

Die verskillende kultuurgroepe se houdings teenoor HIV-positiewe persone word in Tabel 2 uiteengesit. Dit blyk uit Tabel 2 dat veral swart mense, Afrikaanssprekende wit mense en in 'n mindere mate Indiërs, uiters onverdraagsaam is teenoor mense met HIV-infeksie en VIGS in die werksplek, in skole en in die gemeenskap.

Tabel 2: Persentasie van kultuurgroepe se houdings teenoor HIV-positiewe persone.

Houding	swart mense (N=397)	Afrikaans- sprekende wit mense (N=381)	Indiërs (N=113)	kleurlinge (N=49)	Engels- sprekende wit mense (N=564)
Moet uit gemeenskap verwyder word	37 %	18 %	17 %	27 %	10 %
Stel pasiënte in gevaar – moet geïsoleer word	72 %	65 %	66 %	57 %	48 %
Weier om familieledede met VIGS te versorg	40 %	32 %	19 %	20 %	14 %
Weier om saam met HIV+ mense te werk	39 %	24 %	28 %	16 %	15 %
HIV+ mense moet uit werk ontslaan word	29 %	11 %	8%	6 %	6 %
HIV+ kinders moet uit skole geskors word	45 %	27 %	17 %	18 %	15 %
Mag nie openbare fasiliteite gebruik nie (busse, toilette, swembaddens)	31 %	17 %	20 %	6 %	7 %
Geen simpatie met HIV+ homoseksuele persone nie	35 %	63 %	41 %	16 %	32 %

3.1.6 Seksuele gedragpatrone

Daar is beduidende verskille ten opsigte van die seksuele gedragskategorieë waarin persone van verskillende kultuurgroepe hulself plaas, $F(4)=54,61$; $p=0,0001$. Swart mense ($M=4,57$; $s=2,15$) plaas hulself in 'n beduidend hoër

seksuele risikogroep as enige van die ander groepe, naamlik Engelssprekende wit mense ($M=3,26$; $s=1,61$), kleurlinge ($M=3,00$; $s=1,71$), Indiërs ($M=2,92$; $s=2,20$) en Afrikaanssprekende wit mense ($M=2,82$; $s=1,44$). Wanneer die groot persentasie Indiërproefpersone wat aangedui het dat hulle nog nooit seksuele kontak gehad het nie (25,7%), buite rekening gelaat word, toon Indiërs naas swart mense die hoogste seksuele risikogedrag ($M=4,10$; $s=1,72$). Engelssprekende proefpersone plaas hulself in 'n beduidend hoër risikogroep as Afrikaanssprekende wit mense.

Dit blyk uit die resultate dat 85% Afrikaanssprekende wit mense relatief laer risikogedrag rapporteer (geen of slegs een vaste seksmaat, hoewel daar voorheen 'n ander persoon kon gewees het). Drie en tagtig persent Engelssprekende wit mense beoefen relatief veilige seksuele praktyke teenoor 73,4% kleurlinge, 59,3% Indiërs en 53,3% swart mense. Die persentasie proefpersone wat rapporteer dat hulle tot dusver met slegs een persoon seksuele kontak gehad het, is 46,7% Afrikaanssprekende wit mense; 37,2% Indiërs; 36,7% kleurlinge; 31,3% Engelssprekende wit mense en 18,7% swart mense.

Swart mense rapporteer beduidend meer 'vaste' ($F(4)=12,31$; $p=0,0001$), sowel as 'terloopse' seksmaats ($F(4)=8,91$; $p=0,0001$) in die ses maande wat die studie voorafgegaan het, as enige van die ander groepe. Van die swart proefpersone dui 23,5% aan dat hulle seks met meer as een 'vaste' persoon die voorafgaande ses maande gehad het, teenoor 9,2% Engelssprekende wit mense; 8,8% Indiërs; 6,1% kleurlinge; en 3,5% Afrikaanssprekende wit mense. Dit blyk verder dat 21,6% van die swart proefpersone die afgelope ses maande ten minste een 'terloopse' seksuele kontak gehad het, teenoor 10,7% Indiërs, 9,1% Engelssprekende wit mense, 8,1% kleurlinge en 3,3% Afrikaanssprekende wit mense. In sommige gevalle is tot 50 verskillende seksmaats oor 'n tydperk van ses maande genoem.

Swart mense is by uitstek die groep wat nie hul seksmaats vertrou nie. Van die 23% swart proefpersone wat aangedui het dat hulle nie seker is van hul maats se getrouheid aan hulle nie, is 83% vrouens. Swart vrouens rapporteer dat die ontrouheid van hul maats (meestal eggenote) vir hulle baie probleme meebring. Hulle is baie bang vir VIGS, maar hulle het geen status as vrou om op kondoomgebruik aan te dring nie. As die vroue wel op kondoomgebruik aandring, vererg die mans hulle, beskuldig die vrou daarvan dat sy 'rondslaap' of 'n veneriese siekte het, en gaan soek hul seksuele plesier elders.

3.1.7 Seksuele gedragsverandering

Daar is beduidende verskille ten opsigte van kultuurgroepe se seksuele gedragsverandering, $F(4)=15,29$; $p=0,0001$. Swart mense ($M=2,21$; $s=1,63$) rapporteer beduidend meer gedragsverandering as Engelssprekende wit mense ($M=1,66$; $s=$

1,31), as kleurlinge ($M=1,59$; $s=1,24$) en as Afrikaanssprekende wit mense ($M=1,48$; $s=1,17$).

Dit blyk dat 17,9% swart mense; 14,2% Indiërs; 8,0% Engelssprekende wit mense; 6,6% Afrikaanssprekende wit mense; en 6,1% kleurlinge sê dat hulle beslis hul seksuele gedrag verander het van hoër na laerisikogedrag as gevolg van die gevare van VIGS. Wanneer daar slegs gekyk word na gedragsverandering onder mense wat tans nog steeds hoërisikogedrag openbaar, blyk dit dat heelwat van die proefpersone reeds hul gedrag van 'n hoër vorm van risikogedrag na laer risikogedrag verander het, hoewel hulle nog steeds hoërisikogedrag beoefen. (Waar sommige proefpersone byvoorbeeld vroeër vryelik van prostitute gebruik gemaak het, vra hulle nou vir spesifieke meisies wat hulle 'goed ken'.) Die meerderheid proefpersone wat hoërisikogedrag beoefen, het egter nie hul seksuele gedrag verander nie.

Proefpersone wat hul seksuele gedrag verander het, gee oor die algemeen die volgende redes vir gedragsverandering: vrees vir VIGS; artikels oor VIGS in koerante en tydskrifte; gesprekke en advies van familie, vriende en mediese personeel; die siekte van 'n vriend of familielid met VIGS; en persoonlike ervaring van simptome wat proefpersone laat dink dat hulle VIGS het.

3.1.8 Kondoomgebruik

Slegs proefpersone wat aangedui het dat hulle meer as een sekspartner het, se kondoomgebruik is bestudeer. Daar is geen beduidende verskille gevind tussen kultuurgroepe se persentasie kondoomgebruik tydens hoërisikogedrag nie, $F(4)=1,79$; $p=0,13$. Kondoomgebruik is besonder laag by al die kulturele groepe wat hoërisikogedrag rapporteer. So gebruik 71,6% swart mense ($n=81$); 67% Indiërs ($n=8$); 51,4% Engelssprekende wit mense ($n=35$); en 55,6% Afrikaanssprekende wit mense ($n=9$), wat meer as een sekspartner rapporteer, *nooit* kondome nie. Slegs 3,7% swart mense; en 14,3% Engelssprekende wit mense wat hoërisikogedrag rapporteer, gebruik *altyd* kondome. Vier en dertig persent Engelssprekendes, 44% Afrikaanssprekendes, 24,6% swart mense en 33% Indiërs sê dat hulle *soms* kondome gebruik. Verskeie manlike proefpersone het aangedui dat hulle dit slegs oorweeg om kondome te gebruik as hulle die meisie glad nie ken en sy 'nie te goed lyk nie', as sy 'n prostituut is, of as sy aandring op kondoomgebruik en dit self verskaf.

3.1.9 Houdings teenoor kondoomgebruik

Proefpersone uit al die groepe toon redelike ongunstige houdings teenoor kondoomgebruik. Die enigste beduidende verskil wat bestaan tussen kultuurgroepe, $F(4)=3,76$; $p=0,0047$, kom tussen swart mense en Engelssprekende wit mense

voor, waar swart mense ($M=37,04$; $s=10,94$) 'n ongunstiger houding teenoor kondome het as Engelssprekende wit mense ($M=34,84$; $s=8,54$).

Die grootste besware teen kondoomgebruik is emosioneel van aard. So sê 53% Engelssprekende sowel as Afrikaanssprekende wit mense, 37% swart mense, 33% Indiërs en 31% kleurlinge dat hulle nie daarvan hou om kondome te gebruik nie. Hierdie proefpersone meen dat kondome inmeng met intimiteit en dat die gebruik van kondome ongemaklik is. Daar kleef ook 'n bepaalde stigma aan kondoomgebruik omdat dit geassosieer word met immoraliteit. So byvoorbeeld glo 32,8% swart mense en 18% Afrikaanssprekende wit mense dat die gebruik van kondome die gebruiker of sy maat op 'n negatiewe manier etiketteer; ongeveer 32% swart mense sowel as Afrikaanssprekende wit mense sê dat hul maats baie ontsteld sal wees as hulle nou skielik op die gebruik van kondome aandring. Ongeveer 20% van die proefpersone gee te kenne dat dit vir hulle 'n verleentheid is om kondome aan te skaf, en spreek die mening uit dat hulle nooit aan die gebruik van kondome gewoond sal kan raak nie.

3.1.10 Algemene struikelblokke in die pad van gedragsverandering

Kultuurgroepe verskil wel beduidend van mekaar ten opsigte van hul persepsies van algemene struikelblokke in die pad van seksuele gedragsverandering, $F(4)=40,65$; $p=0,0001$. Daar is vir swart mense ($M=18,42$; $s=5,85$) beduidend meer struikelblokke as vir Indiërs ($M=15,54$; $s=5,69$), Engelssprekende wit mense ($M=15,40$; $s=4,67$), Afrikaanssprekende wit mense ($M=13,98$; $s=4,56$), en kleurlinge ($M=13,79$; $s=4,89$). Afrikaanssprekende wit mense sien beduidend minder algemene struikelblokke as Indiërs en as Engelssprekende wit mense.

Die grootste struikelblokke wat deur proefpersone genoem word, is die volgende: 6,6% van die swart proefpersone sê dat hulle nie daartoe in staat is om hul hoërisikogedrag te verander nie; 8,4% swart mense en 6,3% Indiërs meen dat dit vir hulle onmoontlik is om 'n seksuele verhouding met slegs een vaste persoon te hê omdat hulle aan meer gewoond is; 12% swart mense en 4,5% Indiërs meen dat dit hul sosiale lewe te veel in die wiele sal ry as hul hul aantal seksmaats moet verminder; 9,2% swart mense, 6,7% Engelssprekende wit mense en 4,5% Indiërs sê dat dit vir hulle 'n probleem is om hul gedrag te verander omdat daar nie werklik realistiese alternatiewe gebied word nie. Kommunikasie blyk ook 'n probleem te wees. Sommige proefpersone sê dat hulle nie weet hoe om 'n verhouding te beëindig of hoe om kondoomgebruik met 'n maat te bespreek nie. Daar bestaan ook 'n algemene gevoel dat die gemeenskap nie werklik alternatiewe veiliger seksuele praktyke goedkeur en ondersteun nie.

3.1.11 Intensies om gedrag te verander

Proefpersone wat hoërisikogedrag beoefen, toon oor die algemeen die intensie om hul gedrag in die toekoms te verander. So byvoorbeeld sê 67% Indiërs (n=12); 40% Engelssprekende wit mense (n=14); 70% swart mense (n=57); en 56% (n=5) Afrikaanssprekende wit mense wat hoërisikogedrag beoefen, dat hul graag hul gedrag sou wou verander van hoë- na laer risikogedrag om VIGS te voorkom.

Op 'n oop vraag oor hoe mense hul gedrag sou wou verander, was die mees algemene response die volgende: om 'n stabiele verhoudings aan te knoop en getrou aan 'n enkele persoon te bly; om kondome te begin gebruik en hul aantal seksmaats te verminder. Daar was selfs diegene wat hul gedrag sodanig wou verander dat hulle twee of meer seksmaats het wat net aan hulle getrou bly.

3.2 Korrelasies tussen veranderlikes

Beduidende verbande tussen die veranderlikes wat in hierdie studie ondersoek is, word vervolgens gegee. Wanneer beduidende verbande tussen veranderlikes 'n algemene tendens in al die kulturele groepe is, word die korrelasie vir die hele steekproef in geheel gegee. Korrelasies tussen veranderlikes kenmerkend van spesifieke groepe sal afsonderlik genoem word.

Daar bestaan geen beduidende verbande tussen kennis oor VIGS en gedragsverandering by enige van die kulturele groepe wat aan die studie deelgeneem het nie. 'n Swak algemene kennis oor VIGS hou wel by al die groepe verband met die geloof in mites oor die oordrag van VIGS ($r=0,318$; $p=0,0001$); foutiewe attribusies oor die oorsake van VIGS ($r=-0,283$; $p=0,0001$); vrees vir kontak met HIV-positiewe persone ($r=-0,320$; $p=0,0001$) en met ongunstige houdings teenoor HIV-positiewe persone ($r=$; $p=0,234$; $p=0,0001$). Swart mense met 'n swak algemene kennis oor VIGS beleef meer subjektiewe angs oor VIGS as swart mense met 'n goeie kennis oor VIGS ($r=-0,112$; $p=0,0296$).

Geloof in mites oor die oordrag van VIGS hou by al die groepe verband met ongunstige houdings teenoor HIV-positiewe mense ($r=0,551$; $p=0,0001$); en met 'n persepsie van hoë persoonlike vatbaarheid vir VIGS ($r=-0,249$; $p=0,0001$). Mites hou by al die groepe (behalwe kleurlinge) verband met foutiewe attribusies oor die oorsake van VIGS ($r=-0,281$; $p=0,0001$); vrees vir kontak met HIV-positiewe persone ($r=-0,362$; $p=0,0001$); en 'n beleving van subjektiewe angs oor VIGS ($r=-0,290$; $p=0,0001$).

Foutiewe oorsaaklike attribusies oor VIGS hou by al die groepe beduidend verband met ongunstige houdings teenoor HIV-positiewe mense ($r=-0,411$; $p=0,0001$). By al die groepe behalwe kleurlinge gaan foutiewe attribusies gepaard

met angs oor VIGS ($r=0,254$; $p=0,0001$); vrees vir kontak met HIV-positiewe persone ($r=0,308$; $p=0,0001$); ongunstige houdings teenoor homoseksuele persone ($r=0,242$; $p=0,0001$); en met 'n persepsie van persoonlike vatbaarheid vir VIGS ($r=0,112$; $p=0,0030$).

Hoërisiko seksuele gedrag hou by al die kulturele groepe verband met 'n persepsie dat hulle baie vatbaar is vir VIGS ($r=0,221$; $p=0,0001$). Hoërisikogedrag hou by Engelssprekende wit mense verband met angs vir VIGS ($r=0,146$; $p=0,0005$) en met vrees vir kontak met HIV-positiewe mense ($r=0,094$; $p=0,0255$). By al die groepe behalwe kleurlinge gaan hoërisikogedrag gepaard met seksuele gedragsverandering ($r=0,243$; $p=0,0001$), en by Indiërs ($r=0,211$; $p=0,0251$) en Engelssprekende wit mense ($r=0,148$; $p=0,0004$) met kondoomgebruik. Al die proefpersone behalwe kleurlinge wat hoërisikogedrag beoefen, dui aan dat hulle baie struikelblokke in die pad van gedragsverandering ervaar ($r=0,287$; $p=0,0001$).

Seksuele gedragsverandering gaan by Engelssprekende wit mense ($r=0,23$; $p=0,0001$), kleurlinge ($r=0,383$; $p=0,0066$) en Afrikaanssprekende wit mense ($r=0,144$; $p=0,0048$) gepaard met 'n persepsie van hoë vatbaarheid vir VIGS. By Engelssprekende wit mense ($r=0,195$; $p=0,0001$), swart mense ($r=0,228$; $p=0,0001$) en Afrikaanssprekende wit mense ($r=0,120$; $p=0,0019$) gaan gedragsverandering gepaard met subjektiewe angs oor VIGS. Gedragsverandering gaan by Indiërs ($r=0,244$; $p=0,0092$), Engelssprekende wit mense ($r=0,161$; $p=0,0001$) en kleurlinge ($r=0,345$; $p=0,0153$) gepaard met kondoomgebruik. Engelsprekende wit mense ($r=0,190$; $p=0,0001$), swart mense ($r=0,150$; $p=0,0035$) en Afrikaanssprekende wit mense ($r=0,141$; $p=0,0058$) wat wel hul gedrag verander het, dui aan dat hulle baie algemene struikelblokke in die pad van gedragsverandering ervaar.

'n Gunstige houding teenoor kondome gaan by al die groepe behalwe kleurlinge, gepaard met kondoomgebruik ($r=-0,335$; $p=0,0001$); en by Indiërs ($r=-0,212$; $p=0,0240$) en swart mense ($r=-0,125$; $p=0,0146$) gaan dit gepaard met seksuele gedragsverandering. Proefpersone wat ongunstige houdings teenoor kondoomgebruik het, ervaar ook baie ander struikelblokke in die pad van seksuele gedragsverandering ($r=0,351$; $p=0,0001$).

Die persepsie dat daar baie struikelblokke in die pad van seksuele gedragsverandering is, gaan by al die groepe (behalwe kleurlinge) gepaard met hoërisikogedrag ($r=0,324$; $p=0,0001$); 'n hoë persepsie van vatbaarheid ($r=0,270$; $p=0,0001$); beleving van angs oor VIGS ($r=0,299$; $p=0,0001$); en 'n ongunstige houding teenoor kondome ($r=0,309$; $p=0,0001$). By Engelssprekende wit mense ($r=0,190$; $p=0,0001$), swart mense ($r=0,150$; $p=0,0035$); en Afrikaanssprekende wit mense ($r=0,141$; $p=0,0058$); gaan persepsies van struikelblokke gepaard met

seksuele gedragsverandering, wat daarop dui dat mense wat wel hul gedrag verander het steeds baie struikelblokke ervaar.

4. Bespreking van resultate en implikasies vir VIGS-voorligtingsprogramme

4.1 Kulturele verskille ten opsigte van kennis, houdings en gedrag

Hoewel daar duidelike kulturele verskille ten opsigte van sekere aspekte van die proefpersone se houdings, kennis en gedrag bestaan, blyk dit dat baie van die verskille meer geleë is in die *intensiteit of frekwensie* van voorkoms, as in die *aard* van die veranderlikes wat gemeet is. Hoewel swart mense byvoorbeeld die ongunstigste houdings teenoor HIV-positiewe mense het, in meer mites oor die oordrag van VIGS glo, meer foutiewe oorsaaklike attribusies maak, tot 'n groter mate hoërisiko seksuele gedrag rapporteer en meer struikelblokke ervaar as enige van die ander groepe, kom ongunstige houdings, mites, foutiewe attribusies, hoërisikogedrag en struikelblokke, tot 'n mindere of meerdere mate by alle kulturele groepe voor.

Dit blyk uit die resultate dat VIGS-voorligters hoërisiko seksuele gedrag as 'n gewone moet aanvaar by mense van alle kulturele groepe in die Suid-Afrikaanse gemeenskap. Seksuele gedragsverandering as gevolg van die gevare van VIGS word wel by al die groepe gerapporteer, maar dit is steeds nie voldoende om die risiko van VIGS heeltemal uit te skakel nie. In teenstelling met die populêre mening dat kondoomgebruik hoofsaaklik vir swart mense 'n probleem is, dui die bevindinge daarop dat proefpersone uit al die kulturele groepe ongunstige houdings teenoor kondome het, en dat kondoomgebruik ontstellend laag is by alle proefpersone wat hoërisikogedrag beoefen, ongeag kulturele agtergrond.

Die implikasies van hierdie bevindinge vir VIGS-voorligtingsprogramme is dat alle programme, ongeag die teikengroep, sekere basiese komponente moet bevat wat dan aangepas kan word om die behoeftes of leemtes van 'n bepaalde teikengroep te hanteer. Vervolgens word hierdie basiese komponente van VIGS-voorligtingsprogramme bespreek aan die hand van die bevindinge van die studie wat onderneem is. Kulturele verskille wat besondere implikasies inhou vir VIGS-voorligtingsprogramme, word ook bespreek.

4.2 Kennisverspreiding as basis vir VIGS-voorligtingsprogramme

Proefpersone wat deel was van die ondersoek het oor die algemeen 'n baie goeie kennis oor VIGS. Soos reeds in navorsing wêreldwyd gevind is, bestaan daar egter geen verband tussen kennis en seksuele gedragsverandering nie. Hoewel die meeste van die proefpersone byvoorbeeld weet dat VIGS 'n seksueel oordraag-

bare siekte is, rapporteer tussen 4% en 24% proefpersone dat hulle meer as een seksmaat het. Ook die kennis dat die gebruik van kondome VIGS kan voorkom, dra nie by tot hoër kondoomgebruik nie. Hoewel meer as 91% van die proefpersone weet dat die gebruik van kondome VIGS kan voorkom, gebruik 62% van die proefpersone, wat meer as een seksmaat het, nooit kondome nie.

Die bevinding dat kennis nie verband hou met seksuele gedragsverandering nie, laat baie mense die sin van kennisverspreiding bevraagteken. Dit blyk egter uit die studie wat onderneem is, dat hoewel kennis nie gedrag verander nie, 'n swak kennis oor VIGS allerlei skadelike nuwe-effekte kan hê wat indirek gedragsverandering in die wiele kan ry. So byvoorbeeld het proefpersone met 'n swak algemene kennis oor VIGS 'n sterk geloof in *mites* oor die oordrag van VIGS; hulle glo allerlei *foutiewe attribusies* oor die oorsake van VIGS; het *ongunstige houdings* teenoor HIV-positiewe mense; beleef meer subjektiewe *angs* oor VIGS (veral swart mense); en is baie *bang vir kontak* met HIV-positiewe persone.

Dit blyk dus uit die bevindinge dat die verspreiding van inligting oor VIGS steeds die basis van VIGS-voorligtingsprogramme behoort te vorm. Die *doelstellings* en die *aard* van kennisverspreiding moet egter verander en aangepas word by die behoeftes of leentes van verskillende teikengroepe. Verder blyk dit dat faktore soos mites, foutiewe oorsaaklike attribusies, angs oor VIGS, ongunstige houdings en vrees vir kontak met HIV-positiewe persone, van die belangrikste faktore is wat in VIGS-voorligtingsprogramme opgeneem moet word.

4.2.1 Kennis oor 'n nuwe boeg

VIGS-voorligters moet tred hou met die groei in die samelewing se kennis. Dit blyk uit die bevindinge dat veral Engels- en Afrikaanssprekende wit mense oorblootstelling aan die basiese feite oor VIGS ervaar. Proefpersone dui aan dat hulle nou inligting verlang oor die hantering van VIGS-pasiënte (soos familieledes, kollegas of huishulpe); oor die gewenste optrede by ongelukstonele; oor die gevaar van mond-tot-mond-aseinhaling en oor die hantering van sportbeserings. VIGS-voorligters moet mense van praktiese raad voorsien oor die hantering van VIGS – raad wat op so 'n wyse gegee word dat mense selfeffektiwiteit ontwikkel om te glo dat hulle in beheer kan wees van die meeste situasies wat met VIGS verbandhou (Bandura, 1989).

Onkunde oor VIGS moet steeds reggestel word soos nodig. Dit blyk dat daar veral by swart mense en Indiërs aandag aan algemene inligting oor VIGS gegee moet word. Klem moet veral gelê word op die effek van die virus op die immuunsisteem en op die verband tussen HIV en opportunistiese infeksies soos tuberkulose, wat al hoe meer in die heteroseksuele Suid-Afrikaanse gemeenskap voorkom. Dit blyk ook dat nie alle mense weet hoe VIGS voorkom kan word, of hoe om kondome te gebruik nie.

4.2.2 Die bekamping van mites

Mites oor VIGS hou 'n spesiale uitdaging vir voorligtingsprogramme in, omdat mites 'n uiters nadelige invloed op VIGS-verwante houdings en gedrag kan hê. Proefpersone wat in mites oor die oordrag van VIGS glo, dui byvoorbeeld aan dat vrees vir VIGS hulle in die verlede al daarvan weerhou het om bloed te skenk.

Mense wat in mites glo, is ook geneig om foutiewe attribusies oor die oorsake van VIGS te maak, is baie bang vir VIGS en glo dat hulle die siekte maklik sal opdoen. Die sterk verband tussen mites en ongunstige houdings is veral onrusbarend in die lig daarvan dat daar in die toekoms al hoe meer mense met HIV-infeksie en VIGS sal wees wat afhanklik van ander mense in die gemeenskap sal word. VIGS-voorligters moet verseker dat hulle self 'n goedgefundeerde wetenskaplike kennis oor VIGS het. Proefpersone het byvoorbeeld aangedui dat hulle nou weet *dat* muskiete en swembaddens nie HIV oordra nie, maar niemand kan vir hulle sê *waarom* nie. Onkunde aan die kant van VIGS-voorligters laat mense dikwels die geldigheid van hul inligting bevraagteken. Voorligtingsprogramme sal ook verder moet gaan as die verspreiding van kognitiewe inligting oor die oordrag van HIV en moet die *affektiewe* behoeftes van mense in berekening bring – aspekte soos die byna fobiese vrees vir onskadelike dinge, die gevoel van magtelosheid en vrees vir die onbekende, en vir verskillende lewenstyle (soos homofobie). Mites moet veral beveg word in die swart en Indiërgemeenskappe, waar 'n geloof in mites besonder hoog is.

4.2.3 Regstelling van foutiewe oorsaaklike attribusies

Bevindinge van die studie wat onderneem is, bevestig Fishbein en Ajzen (1975) se teorie dat mense se interpretasie van die oorsake van gebeure, 'n belangrike invloed op hul oortuigings, houdings en gedrag sal hê. Dit blyk byvoorbeeld uit die bevindinge dat mense wat foutiewe attribusies oor die oorsake van VIGS maak, uiters ongunstige houdings teenoor HIV-positiewe persone het. Hulle is ook baie bang vir kontak met geïnfecteerde persone.

Die verwagting word in die literatuur gestel dat mense wat VIGS toeskryf aan faktore buite hul beheer – faktore soos homoseksualiteit en prostitusie – minder bedreig deur VIGS sal voel omdat hulle hulself nie met hierdie groepe identifiseer nie. In teenstelling met hierdie verwagting blyk dit dat proefpersone wat foutiewe eksterne oorsaaklike attribusies maak, juis 'n hoër persepsie van persoonlike vatbaarheid het en meer angs oor VIGS beleef as mense wat nie sodanige attribusies maak nie. Dit wil dus voorkom asof mense wat geneig is om foutiewe eksterne attribusies oor die oorsake van VIGS te maak, nie 'veiliger' voel nie, maar juis meer bedreig. Die rede hiervoor is waarskynlik omdat mense wat foutiewe eksterne attribusies maak, voel dat hulle geen beheer oor die siekte het nie. Die

bevindinge stem ooreen met King (1983) se mening dat die persepsie van bedreiging wat 'n siekte vir 'n persoon inhou heelwat groter sal wees as die siekte toegeskryf word aan onstabiele, eksterne en onkontroleerbare oorsake soos 'n ongeluk, die noodlot, God of die natuur.

VIGS-voorligters moet bedag wees op foutiewe oorsaaklike attribusies, en dit regstel – veral in die swart-, Indiër-, en Afrikaanssprekende wit gemeenskappe waar foutiewe attribusies oor VIGS die sterkste voorkom. Mense moet glo dat hulle self beheer oor VIGS het en dat die keuse om die siekte te voorkom net hul eie is (King, 1983).

4.2.4 Verandering van ongunstige houdings

Swart mense en Afrikaanssprekende wit mense, en in 'n mindere mate Indiërs, is besonder onverdraagsaam teenoor HIV-positiewe mense. Uit hierdie persone se houdings blyk dit dat hulle nie HIV-positiewe persone in hul gemeenskap, hul skole en hul werk wil hê nie, en die meeste van hulle staan een of ander vorm van isolasie van mense met HIV-infeksie en VIGS voor.

Die sterk verband wat gevind is tussen ongunstige houdings en mites dui moontlik daarop dat ongunstige houdings uit onkunde kan voortspruit. Mense wat byvoorbeeld glo dat VIGS deur terloopse kontak of deur druppelbesmetting oorgedra kan word, sal uit die aard van die saak weier dat hul kinders saam met HIV-positiewe kinders skoolgaan. Ongunstige houdings moet so ver as moontlik beveg word met akkurate inligting, gesteun deur navorsingsbevindinge.

4.2.5 Persepsies van persoonlike vatbaarheid en angs oor VIGS

Dit blyk uit die studie wat onderneem is, dat daar twee persepsies oor die vatbaarheid vir VIGS bestaan. In die eerste plek is daar 'n realistiese persepsie van vatbaarheid wat gepaard gaan met hoërisikogedrag, asook met seksuele gedragsverandering. Hierdie bevinding dui op die belangrikheid daarvan dat mense wat hoërisiko seksuele gedrag beoefen, moet besef watter gevare dit vir hulle inhou en hoe noodsaaklik seksuele gedragsverandering is.

Daar is egter ook proefpersone wat glo dat hulle 'n groot risiko loop om VIGS te kry, ten spyte daarvan dat hulle geen seksuele risikogedrag beoefen nie. Dit blyk dat hierdie proefpersone allerlei mites oor die oordrag van VIGS glo, foutiewe oorsaaklike attribusies maak en hoë vlakke van angs oor VIGS beleef. Gepaardgaande met die regstelling van mites en foutiewe oorsaaklike attribusies, moet VIGS-voorligters mense help om 'n realistiese bepaling van hul persoonlike vatbaarheid vir VIGS te maak. Vrees vir VIGS en 'n onrealistiese persepsie van eie vatbaarheid dra dikwels daartoe by dat mense wat feitlik geen risiko loop om VIGS te kry nie, deel word van die *worried-well*-groep – 'n groep mense wat nie

net onnodige spanning op hulself plaas nie, maar ook op reeds oorlaaide hulp-dienste.

4.2.6 Die hantering van struikelblokke in die pad van gedragsverandering

Dit blyk uit die studie dat mense hul seksuele gedrag baie moeilik verander. Wanneer mense wel hul hoërisikogedrag verander, is die tipe gedragsverandering wat plaasvind nie altyd voldoende om die risiko van VIGS heeltemal uit te skakel nie. So byvoorbeeld het sommige proefpersone hul gedrag verander van 'baie' hoërisikogedrag (raak gereeld betrokke by terloopse seks, sonder die gebruik van kondome) na 'minder' hoërisikogedrag (raak minder gereeld by terloopse seks betrokke, en gebruik soms kondome). Nie almal wat hoërisikogedrag beoefen, toon die intensie om hul gedrag in die toekoms te verander nie.

Proefpersone vind dit baie moeilik om hul seksuele gedrag te verander, omdat hulle baie struikelblokke in die pad van seksuele gedragsverandering ervaar. Selfs proefpersone wat wel hul seksuele gedrag verander het, dui aan dat hulle steeds baie struikelblokke ervaar, miskien selfs nog meer vandat hulle hul gedrag verander het.

Een van die grootste struikelblokke in die pad van seksuele gedragsverandering is kondoomgebruik, wat ontstellend laag is by persone wat hoërisiko seksuele gedrag beoefen. Geslagshiërargie blyk 'n groot struikelblok vir swart vroue te wees. Swart mans se hoërisikogedrag skep vir swart vroue wat aan die ondersoek deelgeneem het, 'n geweldige probleem. Die vroue is baie bang vir VIGS (twee vroue het aangedui dat hulle reeds HIV-positief is), hulle weet dat hul mans verskeie seksmaats het, maar hulle het geen status om op kondoomgebruik aan te dring nie.

4.2.7 Seksuele gedragsverandering: implikasies vir VIGS-voorligting

VIGS-voorligting moet gebaseer wees op doelstellings wat duidelik uiteengesit is met die klem op die voorkoming van hoërisikogedrag (Fishbein & Middlestadt, 1989). Doelstellings kan slegs duidelik gedefinieer word as die teikengroep vir wie die voorligting bedoel is, se unieke behoeftes in ag geneem word.

Hoewel VIGS-voorligters altyd die waarde van 'n getroue verhouding met 'n enkele maat (of getrouheid binne 'n groep vir kulture wat poligamie beoefen) moet beklemtoon, is dit hulle verantwoordelikheid om veiliger alternatiewe metodes voor te stel vir persone wat verkies om steeds meer as een seksmaat te hê. Die klem van voorligtingsprogramme onder mense *wat reeds hoërisikogedrag beoefen*, moet dus nie wees om seks ('n gedrag wat kragtig versterk word) te vermy nie, maar om alternatiewe veiliger metodes te beoefen waarmee hul steeds dieselfde beloning kan kry. Voorligtingsprogramme moet dus nie daarop fokus

om die beloning weg te neem nie, maar om met ander tipe gedrag by dieselfde beloning uit te kom (Bandura, 1989).

Dit blyk uit die huidige bevindinge dat struikelblokke in die pad van gedragsverandering een van die belangrikste aspekte is wat in VIGS-voorligting gehanteer moet word. Daar moet ook gepoog word om veiliger seksuele praktyke soos kondoomgebruik meer sosiaal aanvaarbaar en wenslik in die gemeenskap te maak. Die rasionaal vir kondoomgebruik moet verskuif word van *promiskuiteit* na *verantwoordelikheid*.

VIGS-voorligters moet fokus op spesifieke intensies om gedrag te verander (soos kondoomgebruik), en kliënte motiveer om hulself aan hierdie intensies te verbind (Fishbein & Middlestadt, 1989). Kliënte moet self besluit watter tipe gedragsverandering hul lewenstyl die beste sal pas.

Kommunikasievaardighede moet ontwikkel word en mense moet leer hoe om met mekaar te praat oor seks. Mense toon dikwels die intensie om kondome te gebruik, maar weet nie hoe om dit aan seksmaats te kommunikeer nie.

'n Besondere poging moet aangewend word om *vrouens te betrek* in die stryd teen VIGS. Die selfhandhawing wat vroue op die meeste ander sosiale terreine reeds bemeester het, moet uitgebrei word na selfhandhawing en self-effektiwiteit ook op seksuele gebied. Dit blyk uit die bevindinge van die studie dat veral swart vrouens op hierdie gebied ondersteuning nodig het. In die lig daarvan dat fertiliteit so 'n belangrike rol in die swart gemeenskap speel, moet VIGS-voorligters sterk klem lê op die nadelige effekte van HIV op ongebore babas. Die feit dat hul babas met VIGS gebore kan word en sterf, moet veral onder swart mans beklemtoon word.

5. Slotsom

VIGS stel groot eise aan VIGS-voorligters sowel as aan die gemeenskap in geheel. Alles moet in die stryd gewerp word om HIV-infeksie te voorkom, om irrasionele vrese uit die weg te ruim, om vooroordele en diskriminasie te voorkom en om deernis en begrip vir mense met HIV-infeksie en VIGS te ontwikkel. Suid-Afrika kan nie nog 'n apartheid bekostig wat mense verdeel in 'siek en gesond', 'sondig en rein', 'gay en normaal', en weer eens in 'wit en swart' nie.

Verwysings

- BANDURA, A. 1989. Perceived Self-Efficacy in the Exercise of Control over AIDS Infection. (*In* Mays, V.M., Albee, G.W., & Schneider, S.F., eds. Primary Prevention of AIDS: Psychological Approaches. Newbury Park : Sage. p. 128-141.)

Vigs-voorligting: kennis, houdings en gedrag in 'n multi-kulturele, heteroseksuele konteks

- BEAN, J., KELLER, L., NEWBURG, C. & BROWN, M. 1989. Methods for the Reduction of AIDS Social Anxiety and Social Stigma. *AIDS Education and Prevention*, 1(3):194-221.
- BURRELL, C.J. & DAVIS, K.G. 1985. AIDS: Current Concepts and Implications for Blood Transfusion Services and Nursing Staff. *Australian Nurses Journal*, 14(7):45-47.
- COATES, T.J., STALL, R., MANDEL, J.S., BOCELLARI, A., SORENSON, J.L., MORALES, E.F., MORIN, S.F., WILEY, J.A. & MCKUSICK, L. 1987. AIDS: A Psychological Research Agenda. *Annals of Behavioral Medicine*, 9:21-28.
- COLEMAN, E. 1990. Expanding the Boundaries of Sex Research. *The Journal of Sex Research*, 27(4):473-480.
- DAVIS, A.M. 1990. Factors which Inhibit Safe Sexual Behavior in an Older Heterosexual Population. Paper presented at the 6th International Conference on AIDS, San Francisco.
- EMMONS, C., JOSEPH, J.G., KESSLER, R.C., WORTMAN, C.B., MONTGOMERY, S.B. & OSTROW, D.G. 1986. Psychosocial Predictors of Reported Behavior Change in Homosexual Men at Risk for AIDS. *Health Education Quarterly*, 13(4):331-345.
- FELDMAN, D.A. 1985. AIDS and Social Change. *Human Organization*, 44(4):343-348.
- FISHBEIN, M. & AJZEN, I. 1975. Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research. Reading, Mass : Addison-Wesley.
- FISHBEIN, M. & MIDDLESTADT, S.E. 1989. Using the Theory of Reasoned Action as a Framework for Understanding and Changing AIDS-Related Behaviors. (In Mays, V.M., Albee, G.W., & Schneider, S.F., eds. Primary Prevention of AIDS: Psychological Approaches. Newbury Park : Sage. p. 93-110.)
- FRIEDLAND, R.H., JANKELOWITZ, S.K., DE BEER, M., DE KLERK, C., KHOURY, V., CSIZMADIA, T., PADAYACHEE, G.N. & LEVY, S. 1991. Perceptions and Knowledge about the Acquired Immunodeficiency Syndrome among Students in University Residences. *South African Medical Journal*, 79(3):149-154.
- GOVENDER, V., BHANA, R., PILLAY, R., PNACHIA, R., PADAYACHEE, G.N. & DE BEER, M. 1992. Perceptions and Knowledge about AIDS among Family Planning Clinic Attenders in Johannesburg. *South African Medical Journal*, 81:71-74.
- HOROWITZ, M., WILNER, N. & ALVAREZ, W. 1979. Impact of Event Scale: A Measure of Subjective Stress. *Psychosomatic Medicine*, 41(3):209-218.
- IJSSELMUIDEN, C.B., PADAYACHEE, G.N., MASHABA, W., MARTINY, O. & VAN STADEN, H.P. 1990. Knowledge, Beliefs and Practices among Black Goldminers Relating to the Transmission of HIV and Other Sexually Transmitted Diseases. *South African Medical Journal*, 78:520-523.
- JANZ, N.K. & BECKER, M.H. 1984. The Health Belief Model: a Decade Later. *Health Education Quarterly*, 11(1):1-47.
- KANN, L., ANDERSON, J., HOLTZMAN, D., ROSS, J. & KOLBE, L. 1990. HIV-Related Knowledge, Beliefs, and Behaviors among a National Sample of High School Students in the US, 1989. Paper presented at the 6th International Conference on AIDS, San Francisco.
- KEETER, S., & BRADFORD, J.B. 1988. Knowledge of AIDS and Related Behavior Change among Unmarried Adults in a Low-Prevalence City. *American Journal of Preventive Medicine*, 4:146-152.
- KELLEY, H.H. 1967. Attribution Theory in Social Psychology. (In Levine, D., ed. Nebraska Symposium on Motivation. Lincoln, Nebraska : University of Nebraska Press. p. 192-238.)

- KING, J.B. 1983. Attribution Theory and the Health Belief Model. (*In* Hewstone, M., ed. *Attribution Theory: Social and Functional Extensions*. Oxford : Basil Blackwell. p. 170-186.)
- KLEIN, D.E., SULLIVANG, G., WOLCOTT, D.L., LANDSVERK, J., NAMIR, S. & FAWZY, F.I. 1987. Changes in AIDS Risk Behaviors among Homosexual Male Physicians and University Students. *American Journal of Psychiatry*, 144(6):742-747.
- KOTARBA, J.A. & LANG, N.G. 1986. Gay Lifestyle Change and AIDS: Preventive Health Care. (*In* Feldman, D.A., & Johnson, T.M. eds. *The Social Dimensions of AIDS*. New York : Praeger. p. 127-143.)
- MARTIN, J.L. 1987. The Impact of AIDS on Gay Male Sexual Behavior Patterns in New York City. *American Journal of Public Health*, 77(5):578-581.
- MATHEWS, C., KUHN, L., METCALF, C.A., JOUBERT, G. & CAMERON, N.A. 1990. Knowledge, Attitudes and Beliefs about AIDS in Township School Students in Cape Town. *South African Medical Journal*, 78:511-516.
- MCKUSICK, L., HORSTMAN, W. & COATES, T.J. 1985. AIDS and Sexual Behavior Reported by Gay Men in San Francisco. *American Journal of Public Health*, 75(5):493-496.
- MILES, L. 1991. Women, AIDS and Power in Heterosexual Sex. Honours thesis in Psychology, University of Cape Town.
- MONTGOMERY, S.B., JOSEPH, J.G., BECKER, M.H., OSTROW, D.G., KESSLER, R.C. & KIRSCHT, J.P. 1989. The Health Belief Model in Understanding Compliance with Preventive Recommendations for AIDS: How Useful? *AIDS Education and Prevention*, 1(4):303-323.
- NAIDOO, L.R., KNIGHT, S.E. & WILLIAMS, P. 1991. Knowledge, Attitudes and Practice Survey among University Students – A pilot study. Paper presented at a KAP workshop on AIDS, Durban.
- O'FARREL, N. & WILL, R. 1989. Sexual Behaviour, Knowledge, Attitudes and Awareness of AIDS amongst Sexually Transmitted Disease Clinic Attenders in Durban following the National Campaign. *The South African Journal of Epidemiology and Infection*, 4(3):45-48.
- PARKER, R.G. & CARBALLO, M. 1990. Qualitative Research on Homosexual and Bisexual Behavior Relevant to HIV/AIDS. *The Journal of Sex Research*, 27(4):497-525.
- PRESTON-WHYTE, E. & ZONDI, M. 1989. To Control Their Own Reproduction: The Agenda of Black Mothers in Durban. *Agenda*, 4:47-68.
- ROSENSTOCK, I.M. 1966. Why People Use Health Services. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44:94-127.
- SABATIER, R. 1988. Blaming Others: Prejudice, Race and Worldwide AIDS. London : The Panos Institute.
- SCHURINK, E. & SCHURINK, W.J. 1990. AIDS: Lay Perceptions of a Group of Gay Men. Pretoria : Human Sciences Research Council.
- SKINNER, D. 1992. A Review of Studies of Knowledge, Attitudes, Beliefs and Behaviour in Relation to HIV and AIDS within the South African Context. Paper presented at ASSA conference, Johannesburg.
- VALDISERRI, R.O., LYTER, D., LEVITON, L.C., CALLAHAN, C.M., KINGSLEY, L.A. & RINALDO, C.R. 1988. Variables Influencing Condom Use in a Cohort of Gay and Bisexual Men. *American Journal of Public Health*, 78(7):801-805.

