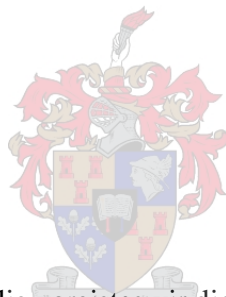


**AANVAARDING VAN ROETINE MIV BERADING EN TOETSING IN DIE KONTEKS
VAN DIE GESONDHEIDSOORTUIGINGSMODEL**

JANI NÖTHLING



Tesis ingelewer ter voldoening aan die vereistes vir die graad van Magister in die Lettere en
Sosiale Wetenskappe (Sielkunde) aan die Universiteit van Stellenbosch

Studieleier: Professor Ashraf Kagee

Desember 2011

VERKLARING

Deur hierdie tesis elektronies in te lewer, verklaar ek dat die geheel van die werk hierin vervat, my eie, oorspronklike werk is, dat ek die outeursregeienaar daarvan is (behalwe tot die mate uitdruklik anders aangedui) en dat ek dit nie vantevore, in die geheel of gedeeltelik, ter verkryging van enige kwalifikasie aangebied het nie.

Datum: 23 November 2011

Kopiereg © 2011 Universiteit van Stellenbosch

Alle regte voorbehou

OPSOMMING

Suid-Afrika is een van die lande met die hoogste MIV voorkomingsyfers wêreldwyd en jonger ouderdomsgroepe word dikwels disproportioneel geaffekteer. Kennis van MIV status word beskou as 'n belangrike voorkomingstrategie vir die vermindering van MIV oordrag en infektering en dit baan verder ook die weg tot antiretrovirale terapie. Roetine MIV Berading en Toetsing (RBT) kan daarin slaag om kennis van MIV status aansienlik te verhoog, maar dit is egter onduidelik of RBT aanvaar sal word, indien dit aangebied word. Die hoofdoel van hierdie studie was om te bepaal of die hoofdimensies van die Gesondheidsoortuigingsmodel (GOM), naamlik waargenome vatbaarheid, waargenome erns, waargenome voordele en waargenome hindernisse, aanvaarding van RBT sal kan voorspel. 'n Verdere oogmerk van die studie was om te bepaal of die veranderlike van die GOM, naamlik aanwysings tot aksie, 'n beduidende bydrae tot die voorspelling van aanvaarding van RBT kon lewer.

'n Steekproef van 1113 studente aan die Universiteit van Stellenbosch in die Weskaap Provinsie van Suid-Afrika het 'n gestruktureerde vraelys, vir die meting van aanvaarding van RBT, voltooi. Veelvuldige regressie-analise was gebruik om die data te analiseer en daar was bevind dat die hoofdimensies van die GOM 25.1% van die variansie in aanvaarding van RBT kon voorspel. Die veranderlike waargenome erns het egter nie 'n beduidende individuele bydra tot die voorspelling van RBT gelewer nie. Die byvoeging van die veranderlike aanwysings tot aksie het verder ook nie 'n beduidende individuele bydrae tot die voorspelling van RBT gelewer nie.

Daar is dus bevind dat die GOM gedeeltelik, maar nie as geheel nie, aanvaarding van RBT onder die studentepopulasie kan voorspel. Intervensies behoort daarom te fokus op die

vermeerdering van waargenome voordele verbonde aan RBT, die vermindering van waargenome hindernisse tot RBT en korrekte persoonlike risiko-evaluering vir die verhoging van waargenome vatbaarheid vir MIV.

Sleutelwoorde: MIV, VIGS, Roetine MIV Berading en Toetsing, Gesondheidsoortuigingsmodel, aanvaarding, waargenome vatbaarheid, waargenome erns, waargenome voordele, waargenome hindernisse, aanwysings tot aksie

ABSTRACT

South Africa is one of the countries with the highest HIV prevalence rates worldwide and younger age groups are often disproportionately affected. Knowledge of HIV status is regarded as an important prevention strategy for reducing HIV transmission and infection and it is viewed as a means to access antiretroviral therapy. Routine HIV Counseling and Testing (RCT) can significantly increase knowledge of HIV status, but it is unclear whether RCT will be accepted if offered. The aim of this study was to determine whether the main dimensions of the Health Belief Model (HBM) namely, perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits and perceived barriers can predict acceptance of RCT. A second objective of the study was to determine if the variable of the HBM, namely cue's to action could significantly contribute to predicting acceptability of RCT.

A sample of 1113 students at the University of Stellenbosch in the Western Cape Province of South Africa completed a structured questionnaire, measuring the acceptability of RCT. Multiple regression analysis was used to analyze the data and it was found that the main dimensions of the HBM could explain 25.1% of the variance in acceptance of RCT. It was however found that the variable perceived severity did not make a significant individual contribution to predicting acceptability of RCT. The addition of the variable cues to action also did not make a significant individual contribution to the prediction of RCT.

It was therefore found that the HBM could partially, but not in its entirety, predict acceptability of RCT among the student population. Interventions should therefore aim to increase perceived benefits of RCT, reduce perceived barriers to RCT and facilitate correct personal risk assessment in order to increase perceived susceptibility.

Keywords: HIV, AIDS, Routine HIV Counseling and Testing, Health Belief Model, acceptability, perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers, cues to action

ERKENNING

Baie dankie aan my studieleier Professor Ashraf Kagee vir die vertroue wat hy in my gestel het en vir die voortdurende aanmoediging en geleenthede wat hy aan my voorsien het.

Baie dankie aan my ouers, Adri en Jimmy Nöthling sowel as die res van my familie, nie net vir julle finansiële ondersteuning nie, maar ook vir al julle emosionele ondersteuning en dat julle ongetwyfeld geglo het in my vermoë om hierdie tesis te voltooi. Dankie ook vir die hulp met die proeflesing.

Baie dankie aan Bertus en Angie vir die voortdurende ondersteuning, deernis en liefde. Baie dankie ook aan al my vriende vir julle ondersteuning.

Baie dankie aan Liezl, Adriaan en Cindy by die Skryflaboratorium vir julle hulp met die skryfwerk en die vriendelike en hulpvaardige diens wat julle gelewer het.

Baie dankie aan Monica du Toit en Jaco Brink by die Kantoor vir Institusionele MIV-koördinerings vir die voorsiening van inligting en aanbevelings vir die studie.

Dankie aan Magriet Treurnicht by die afdeling Inligtingstegnologie vir haar vriendelike en effektiewe hulp met die opnameprogram. Dankie ook aan Prof Kidd en Mnr Steel vir julle bereidwilligheid om te help met die analise van die data.

Baie dankie ook aan al die deelnemers aan die studie.

TOEWYDING

Hierdie tesis word opgedra aan my grootouers, Kootjie en Alta Geldenhuys. Sonder julle morele ondersteuning en finansiële versindheid sou hierdie studie nie moontlik gewees het nie.

INHOUDSOPGAWE

VERKLARING	ii
OPSOMMING	iii
ABSTRACT	v
ERKENNING	vii
TOEWYDING	ix
INHOUDSOPGAWE	x
LYS VAN TABELLE	xvi
LYS VAN FIGURE	xvii

HOOFSTUK 1: INLEIDING

1.1 Inleiding en motivering vir die studie	1
1.2 Navorsingsprobleem	6
1.3 Doelwitte en oogmerke van die studie	6
1.4 Sleutelterme	7
1.5 Lys van afkortings	8
1.6 Samevatting	9

HOOFSTUK 2: LITERATUUR OORSIG EN TEORETIESE RAAMWERK

2.1 Oorsig	10
2.2 Die MIV/VIGS epidemie en voorkomsyfers	10

2.3	Antiretrovirale terapie	12
2.4	MIV voorkomingsstrategieë in Suid-Afrika	14
2.4.1	Voorkoming van moeder na kind oordrag	14
2.4.2	MIV bewusmakingsveldtogte	15
2.4.3	MIV opvoeding en die ABC voorkomingsmodel	15
2.4.4	Manlike besnydenis	16
2.4.5	MIV toetsing	16
2.5	MIV toetsing in Suid-Afrika: toegang, verbruik en metodes	17
2.5.1	Vrywillige MIV berading en toetsingsmetodes	18
2.5.2	Roetine MIV berading en toetsing	19
2.6	RBT as aanvullend tot VBT: voordele, nadele en bekommernisse	21
2.6.1	Voordele verwant aan RBT as aanvullend tot VBT	21
2.6.2	Nadele en bekommernisse aangaande RBT	23
2.7	Aanvaarding van RBT	25
2.8	Teoretiese raamwerk: Die Gesondheidsoortuigingsmodel	25
2.8.1	Vatbaarheid vir MIV/VIGS: Studente as hoë risiko populasie	29
2.8.2	Erns van MIV/VIGS	32
2.8.3	Voordele en bevorderende faktore verwant aan MIV toetsing	33
2.8.4	Hindernisse tot MIV toetsing	36
2.8.5	Aanwysings tot aksie	40
2.8.6	Demografiese faktore verwant aan MIV toetsing	41
2.9	Samevatting	42

HOOFSTUK 3: METODE

3.1 Oorsig	43
3.2 Navorsingsontwerp en metodes	43
3.3 Navorsingsomgewing en beskrywing van die populasie	43
3.4 Deelnemers	44
3.5 Samestelling van die meetinstrument	45
3.6 Subskale van die meetinstrument en toekenning van tellings	47
3.6.1 Demografiese faktore	47
3.6.2 Aanvaarding van RBT	48
3.6.3 Waargenome vatbaarheid	48
3.6.4 Waargenome erns	49
3.6.5 Waargenome voordele	49
3.6.6 Waargenome hindernisse	50
3.6.7 Aanwysings tot aksie	50
3.7 Psigometriese eienskappe van die geraadpleegde meetinstrumente	51
3.7.1 Die ‘AIDS Health Belief Scale’	51
3.7.2 Die ‘Champion’s Health Belief Model Scale’	51
3.7.3 Die ‘Attitudes about HIV-antibody Testing Scale’	52
3.7.4 Die ‘Sexual Risk Scale’	52
3.7.5 Die subskaal waargenome vatbaarheid van die ‘Health Belief Model Scale’	53
3.8 Prosedure vir die insameling van data	53
3.9 Data-analise	54

3.9.1	Voorspelling van aanvaarding van RBT	54
3.9.2	Demografiese veranderlikes	57
3.9.3	MIV toetsing	58
3.10	Navorsingshipoteses	58
3.11	Etiese oorwegings	59
3.12	Samevatting	60
 HOOFSTUK 4: RESULTATE		
4.1	Oorsig	61
4.2	Demografiese eienskappe van die steekproef	61
4.3	Data ontleding en toetsing vir aannames van parametrisiese toetse	64
4.3.1	Die normaalverspreiding van data	65
4.3.2	Multikollineariteit tussen voorspellingsveranderlikes	67
4.3.3	Onafhanklikheid van skattingsfoute	67
4.3.4	Homogeniteit van variansie	68
4.4	Interne geldigheid van die meetinstrument van die studie	68
4.5	Korrelasiematriks vir die uitkomsveranderlike en die voorspellingsveranderlikes	69
4.6	Voorspelling van aanvaarding van RBT	70
4.7	Demografiese veranderlikes	76
4.7.1	Ouderdom	76
4.7.2	Geslag	77
4.7.3	Ras	77

4.7.4	Taal	77
4.7.5	Indiensnemingstatus	78
4.7.6	Inkomste	78
4.7.7	Kwalifikasie en studiejaar	78
4.7.8	Fakulteit	78
4.7.9	Kampus	79
4.8	MIV toetsing	82
4.9	Samevatting	84
 HOOFSTUK 5: BESPREKING EN GEVOLGTREKKING		
5.1	Inleiding	86
5.2	Die GOM en voorspelling van aanvaarding van RBT	86
5.3	Demografiese veranderlikes	91
5.3.1	Geslag	92
5.3.2	Ouderdom	92
5.3.3	Ras en taal	92
5.3.4	Inkomste	93
5.3.5	Kwalifikasie en studiejaar	93
5.3.6	Kampus en fakulteit	94
5.4	Vorige MIV toetsing en die GOM	95
5.5	Teoretiese tekortkominge, implikasies en aanbevelings vir toekomstige navorsing	97
5.6	Metodologiese tekortkominge, implikasies en aanbevelings vir toekomstige navorsing	100

5.6.1	Interne geldigheid	100
5.6.2	Plafon-effek	101
5.6.3	Steekproef grootte en variasie tussen groep groottes	101
5.6.4	Steekproefsydigheid	101
5.6.5	Geslagsydigheid	102
5.6.6	Veralgemeenbaarheid	102
5.7	Praktiese implikasies en sosiale relevansie	103
5.8	Samevatting	105
	VERWYSINGS	107
	BYLAE A: UITNODIGING TOT DIE STUDIE, BEPALINGS, VOORWAARDES EN DIE VRAELYS (AFRIKAANS EN ENGELS)	125
	BYLAE B: ETIESE KLARING	157
	BYLAE C: KLARING - INSTITUSIONELE NAVORSING EN BEPLANNING	158

LYS VAN TABELLE

Tabel 1:	<i>Demografiese uitleg en beskrywende statistieke van die steekproef</i>	63
Tabel 2:	<i>Cronbach alpha tellings van die algehele meetinstrument en subskale</i>	69
Tabel 3:	<i>Korrelasiematriks vir die uitkomsveranderlike en die voorspellingsveranderlikes</i>	70
Tabel 4:	<i>Opsomming van die veelvuldige regressie analise vir die veranderlikes wat aanvaarding van RBT voorspel</i>	72
Tabel 5:	<i>Parameters van die regressie analise vir die veranderlikes wat aanvaarding van RBT voorspel</i>	74
Tabel 6:	<i>Resultate van die MANOVA's, ANOVA's en beskrywende statistieke vir verskille tussen demografiese groepe</i>	80
Tabel 7:	<i>Resultate van die ANOVA's en beskrywende statistieke vir die verskille tussen individue wat reeds vir MIV getoets was en individue wat nog nie vir MIV getoets was nie.</i>	84

LYS VAN FIGURE

Figuur 1:	Skematiese voorstelling van die gesondheidsoortuigingsmodel	28
Figuur 2:	Skematiese voorstelling van die regressie model	57

HOOFSTUK EEN

INLEIDING

1.1 Inleiding en motivering vir die studie

Ongeveer 33 miljoen van die wêreld se populasie is geïnfekteer met MIV, met 2.6 miljoen nuwe infeksies wat gedurende 2009 gediagnoseer was (UNAIDS, 2010). Sub-Sahara Afrika word die ergste geraak deur die MIV epidemie, met 22.3 miljoen individue geïnfekteer met MIV in hierdie area (UNAIDS, 2010). Suid-Afrika is die land met die grootste hoeveelheid individue geïnfekteer met MIV. Ongeveer 5.6 miljoen van die Suid-Afrikaanse populasie is geïnfekteer met MIV, met 'n algehele voorkomsyfer van 11% (UNAIDS, 2010).

Die voorkomsyfer onder die Suid-Afrikaanse volwasse populasie is egter aansienlik hoër as die algemene voorkomsyfer met 'n beraamde 18.8% van die volwassene populasie wat met MIV geïnfekteer is (WHO/UNAIDS, 2007). 'n Beraamde 8.7% van individue geïnfekteer met MIV val in die ouderdomsgroep 15 tot 24 (Shisana et al., 2009). Weens die hoë voorkomsyfer in hierdie groep word die jeug van Suid-Afrika beskou as 'n hoë risiko groep. Die voorkomsyfer van 3.4% in die studentepopulasie is egter laer as die algemene voorkomsyfer onder die jeug van Suid-Afrika (HEAIDS, 2010a). Die studentepopulasie van Suid-Afrika word egter steeds beskou as 'n hoë risikopopulasie weens die algemene voorkoms van risikogedrag.

Verskeie MIV voorkomingstrategieë word deur die Suid-Afrikaanse regering geïmplimenter. Die hoofvoorkomingstrategieë in Suid-Afrika sluit in: voorkoming van moeder-na-kind-oordrag, MIV bewusmakingsveldtogte, MIV opvoeding, die 'Abstinence, Be faithful, Condomise' (ABC) voorkomingsmodel, manlike besnydenis en MIV toetsing (SANAC, 2007-2011). MIV toetsing word beskou as 'n belangrike en effektiewe MIV voorkomingstrategie

aangesien kennis van MIV status geassosieer word met 'n beduidende vermindering in risikogedrag en die oordrag van MIV (Hutchinson & Mahlalela, 2006; Peltzer, Nzewi, & Mohan, 2004).

Vrywillige MIV Berading en Toetsing (VBT) is die standaard vorm van MIV toetsing in Suid-Afrika. Deelname aan VBT is volkome vrywillig en word hoofsaaklik deur die individu self geïnisieer. Indien gesondheidsorgvoorsieners VBT aanbeveel, is dit hoofsaaklik weens die voorkoms van MIV simptome. Dit beteken egter dat die individu reeds in die gevorderde fase van MIV infektering is en daarom die voordele verwant aan vroeë intrede tot MIV behandeling verbeur. Vroeë intrede tot MIV behandeling word geassosieer met 'n verbeterde prognose (Coenen, Lundgren, Lazarus, & Matic, 2008), vermindering in MIV verwante hospitalisering, 'n toename in lewenskwaliteit en lewensverlenging (Nakanjako et al., 2007).

In 'n poging om die kennis van MIV status en die voordele verwant aan vroeë intrede tot MIV behandeling te vermeerder, stel die Wêreld Gesondheidsorg Organisasie (WGO) voor dat RBT as aanvullend tot VBT beoefen moet word (WHO/UNAIDS, 2007). RBT behels die aanbieding van MIV toetsing deur die gesondheidsorgvoorsiener aan alle individue, as deel van standaard gesondheidsorg, ongeag van risiko of simptome en in alle gesondheidsorg omgewings (WHO/UNAIDS, 2007). MIV toetsing word dus in die geval van RBT deur die gesondheidsorgvoorsiener geïnisieer. Weens die aard van RBT, kan dit daarin slaag om kennis van MIV status aansienlik te verhoog (Bassett et al., 2007). RBT kan ook daarin slaag om individue vroeg in die verloop van MIV te diagnoseer en sodoende kan vroeë intrede tot behandeling bewerkstellig word. RBT kan verder ook moontlik lei tot die vermindering van stigma weens die normalisering van MIV toetsing (Bassett et al., 2007; Weiser et al., 2006; Young, Monin, & Owens, 2009; Yudin, Moravac, & Shah, 2007).

Alhoewel daar verskeie voordele verbonde aan RBT bestaan, is dit nie vanselfsprekend dat hierdie voordele tot aanvaarding van RBT sal lei nie. Volgens die GOM vorm individuele persepsies, ervarings en oortuigings 'n belangrike deel van die besluitnemingsproses wanneer dit by die beoefening van gesondheidsbevorderende gedrag kom (Rosenstock, 1966). Hierdie persepsies en oortuigings word volgens die GOM in vier hoofdimensies, wat die beoefening van gesondheidsbevorderende gedrag voorspel, verdeel. Hierdie vier hoofdimensies is waargenome vatbaarheid, waargenome erns, waargenome voordele en waargenome hindernisse. 'n Vyfde dimensie naamlik aanwysings tot aksie speel ook 'n rol in die finale besluit om gesondheidsbevorderende gedrag te beoefen (Janz & Becker, 1984). Volgens die GOM kan daar in die konteks van hierdie studie beweer word dat individue RBT sal aanvaar indien hulle hulself as vatbaar vir MIV beskou, MIV as ernstig beskou, baie voordele verwant aan RBT ervaar en min hindernisse verwant aan RBT ervaar.

In terme van vatbaarheid kan die Suid-Afrikaanse jeug wel as vatbaar vir MIV beskou word, weens die voorkoms van verskeie vorme van risikogedrag onder hierdie populasie. Verskeie risikofaktore onder hierdie populasie is reeds in die literatuur geïdentifiseer. Hierdie risikofaktore sluit in: foutiewelike persoonlike risiko-evaluering (Anderson, Beutel, & Maughan-Brown, 2007), gereelde alkoholmisbruik (Kalichman, Simbayi, Cain, & Jooste, 2007; Simbayi et al., 2004b), onbeskermdede seksuele omgang (Eaton, Flisher, & Aaro, 2003), verhoogde voorkoms van seksueel oordraagbare infeksies (James, Reddy, Taylor, & Jinabhai, 2004), veelvuldige seksuele maats (Heeren, Jemmott, Mandeya, & Tyler, 2007) en tradisionele seksuele gewoontes (Mantell et al., 2009).

Daar kan ook beweer word dat die jeug van Suid-Afrika wel MIV as ernstig beskou weens die hoë MIV voorkomsyfer in Suid-Afrika. Sosiale en liggaamlike faktore verwant aan 'n

MIV positiewe status soos stigma, swak gesondheid en dood kan ook volgens die GOM lei tot die bevordering van die beskouing van MIV as ernstig (Janz & Becker, 1984).

Verskeie voordele en fasiliterende faktore tot MIV toetsing is ook al onder jeug en volwasse populasies in die literatuur geïdentifiseer. Hierdie voordele en fasiliterende faktore is verwant aan: kennis van MIV status en behandeling (De Wit & Adam, 2008; Dorr, Krueckenberg, Strathman, & Wood, 1999; Hutchinson, Corbie-Smith, Thomas, Mohanan, & del Rio, 2004; Hutchinson & Mahlalela, 2006; Nakanjako et al., 2007; Peltzer et al., 2004; Mwamburi, Dladla, Qwana, & Lurie, 2005; Spielberg et al., 2003); risiko vir MIV (Cunningham et al., 2009; Gage & Ali, 2005; Spielberg et al., 2003); MIV kennis en die verspreiding van MIV (Bassett et al., 2008; de Wit & Adam, 2008; Gage & Ali, 2005; Hutchinson et al., 2004); mediese dienste en die MIV toetsingsprosedure (Bassett et al., 2008; Cunningham et al., 2009; de Wit & Adam, 2008; Fortenberry et al., 2002; Gage & Ali, 2005; Nakanjako et al., 2007; Weiser et al., 2006); sosiale ondersteuning, stigma en aanmoediging (de Wit & Adam, 2008; Fortenberry et al., 2002; Gage & Ali, 2005; Spielberg et al., 2003; Weiser et al., 2006); romantiese verhoudings en huwelike (Gage & Ali, 2005; Hutchinson et al., 2004; Peltzer et al., 2004; Spielberg et al., 2003); en emosionele en sielkundige welstand (Dorr et al., 1999; Hutchinson et al., 2004; Peltzer et al., 2004).

Verskeie hindernisse tot MIV toetsing is egter ook al onder jeug en volwasse populasies in die literatuur geïdentifiseer. Hierdie hindernisse is verwant aan: die nagevolge van 'n MIV positiewe status (Brown et al., 2008; Cunningham, 2009; Gage & Ali, 2005; Mwamburi et al., 2005; Nakanjako et al., 2007; Peltzer et al., 2004; Peltzer, Mpofu, Baguma, & Lawal, 2002; Weiser et al., 2006); risiko vir MIV (Cummings, Battle, Barker, & Krasnovsky, 1999; Kershaw, Ethier, Niccolai, Lewis, Ickovics, 2003; Klein, Elifson, & Sterk, 2003; Lapidus, Bertolli,

McGowan, & Sullivan, 2006); stigma en psigososiale nagevolge (Bassett et al., 2007; Hutchinson et al., 2004; Kalichman & Simbayi, 2003; Peltzer et al., 2002; Simbayi et al., 2007; Weiser et al., 2006); die toetsingsprosedure (Bassett et al., 2007; Brown et al., 2008; Cunningham et al., 2009; Peltzer et al., 2004; Wanyenze et al., 2008); toetsingsfasiliteite (Bassett et al., 2007; Evans & Ndirangu, 2009; Peltzer et al., 2002; Yudin et al., 2007); onkunde, mites en miskonsepsies (Brown et al., 2008; Hutchinson et al., 2004; Kalichman & Simbayi, 2003; Peltzer et al., 2002; Mwamburi et al., 2005; Wanyenze et al., 2008); finansiële welstand (Brown et al., 2008; Gage & Ali, 2005; Peltzer et al., 2002) en emosionele en sielkundige welstand (Hutchinson et al., 2004; Nuwaha, Kabatesi, Muganwa, & Whalen, 2002).

Aanwysings tot aksie kom verder ook dikwels onder die Suid-Afrikaanse populasie voor. Hierdie aanwysings tot aksie neem gewoonlik die vorm van advertensies in die gedrukte en visuele media aan (SANAC, 2007-2011). Kennis van 'n individu wat met MIV geïnfekteer is dien ook as 'n aanwysing tot aksie en weens die hoë MIV voorkomsyfer in Suid-Afrika is individue dikwels bewus van ander individue wat geïnfekteer is met MIV.

Weens die hoë voorkoms van MIV risikogedrag onder die jeug van Suid-Afrika, die hoë MIV voorkomsyfer in Suid-Afrika, die aanwesigheid van voordele en hindernisse tot MIV toetsing sowel as aanwysings tot aksie, word die GOM beskou as 'n geskikte model vir die voorspelling van aanvaarding van RBT. Die GOM is verder ook 'n gewilde model wat dikwels, gedeeltelik en ten volle, daarin slaag om die beoefening van gesondheidsbevorderende gedrag te voorspel. Die GOM sal daarom binne hierdie studie gebruik word om aanvaarding van RBT onder die studentepopulasie van die Universiteit van Stellenbosch te voorspel.

1.2 Navorsingsprobleem

Suid-Afrika is een van die lande met die hoogste MIV voorkomsyfers wêreldwyd. Tersiêre studente word beskou as 'n hoë risiko populasie weens die voorkoms van verskeie vorme van risikogedrag. VBT word beskou as 'n belangrike voorkomingstrategie vir MIV, maar deelname is steeds nie optimaal nie. RBT kan daarin slaag om deelname aan toetsing te verhoog en gepaardgaande voordele te bewerkstellig. Dit is egter onduidelik of studente RBT sal aanvaar indien dit aangebied word.

Huidige literatuur aangaande aanvaarding van RBT fokus hoofsaaklik op hindernisse en fasiliterende faktore verwant aan die aanvaarding van RBT, met 'n beperkte hoeveelheid studies wat in Suid-Afrika uitgevoer is. Die GOM veronderstel dat die beoefening van gesondheidsbevorderende gedrag nie alleenlik deur hindernisse en fasiliterende faktore bepaal word nie, maar wel ook deur persoonlike oortuigings. Die huidige studie het daarom gebruik gemaak van die GOM om sodoende oortuigings en persepsies aangaande RBT te ondersoek en om 'n voorspelling van aanvaarding van RBT onder die studentepopulasie te bewerkstellig.

1.3 Doelwitte en oogmerke van die studie

Die hoofdoel van die studie was om te bepaal of die GOM as geheel aanvaarding van RBT kon voorspel en of die individuele veranderlikes van die GOM, naamlik: waargenome vatbaarheid, waargenome erns, waargenome voordele, waargenome hindernisse en aanwysings tot aksie, aanvaarding van RBT kon voorspel. Daar was verder ook beoog om te bepaal of demografiese veranderlikes 'n rol speel in die voorspelling van aanvaarding van RBT en of daar verskille ten opsigte van die veranderlikes van die GOM tussen die verskillende groepe van die demografiese veranderlikes bestaan. Daar was laastens beoog om te bepaal of verskille tussen individue wat

reeds vir MIV getoets was en individue wat nog nie vir MIV getoets was nie, ten opsigte van die veranderlikes van die GOM, bestaan.

1.4 Sleutelterme

Aanvaarding van MIV toetsing: Aanvaarding van MIV toetsing verwys na die waarskynlikheid dat 'n individu MIV toetsing sal aanvaar indien dit deur 'n gesondheidsorgvoorsiener aangebied word.

Aanwysings tot aksie: Aanwysings tot aksie soos vertaal vanuit 'cues to action' is 'n addisionele dimensie van die Gesondheidsoortuigingsmodel. Aanwysings tot aksie verwys na faktore wat die beoefening van gesondheidsbevorderende gedrag kan aanmoedig. Hierdie faktore sluit onder andere in: advertensies in die gedrukte en visuele media, bewusmakingsveldtogde en 'n gediagnoseerde familielid of vriend.

Gesondheidsbedreiging: 'n Gesondheidsbedreiging verwys na faktore of situasies wat potensieel 'n negatiewe impak op die individu se gesondheid kan voortbring.

Gesondheidsbevorderende gedrag: Gesondheidsbevorderende gedrag verwys na individuele aksies wat kan lei tot 'n verbetering in die welstand van die individu. Gesondheidsbevorderende gedrag sluit onder andere in: benutting van voorkomende gesondheidsdienste en voldoening aan mediese voorskrifte.

Gesondheidsoortuigingsmodel: Die Gesondheidsoortuigingsmodel, soos vertaal vanuit 'The Health Belief Model', verwys na 'n psigososiale model wat fokus op die voorspelling van gesondheidsbevorderende gedrag. Die model bestaan uit vier hoofdimensie, naamlik: waargenome vatbaarheid, waargenome erns, waargenome voordele en waargenome hindernisse.

Waargenome vatbaarheid: Waargenome vatbaarheid, soos vertaal vanuit ‘perceived susceptibility’, verwys na individuele oortuigings en persepsies aangaande die individu se persoonlike risiko vir ’n gegewe gesondheidsbedreiging.

Waargenome erns: Waargenome erns, soos vertaal vanuit ‘perceived severity’, verwys na individuele oortuigings en persepsies aangaande die ernstigheid van die nagevolge van ’n gesondheidsbedreiging.

Waargenome voordele: Waargenome voordele, soos vertaal vanuit ‘perceived benefits’, verwys na individuele persepsies en oortuigings aangaande die voordele verbonde aan die beoefening van gesondheidsbevorderende gedrag.

Waargenome hindernisse: Waargenome hindernisse, soos vertaal vanuit ‘perceived barriers’ verwys na individuele persepsies en oortuigings aangaande die hindernisse tot die inisiasie en volhoubaarheid van gesondheidsbevorderende gedrag.

1.5 Lys van afkortings

ANOVA: Analise van Variansie

ABC: ‘Abstinence, Be faithful, Condomise’

ART: Antiretrovirale Terapie

GOM/HBM: Gesondheidsoortuigingsmodel / ‘Health Belief Model’

HEAIDS: ‘Higher Education HIV/AIDS Programme’

MANOVA: Meerveranderlike Analise van Variansie

PITC: ‘Provider Initiated Testing and Counseling’ / Gesondheidsorgvoorsiener Geïnisieerde MIV Toetsing en Berading

RBT/RCT: Roetine MIV berading en Toetsing / ‘Routine HIV Counseling and Testing’

SANAC: ‘South African National AIDS Council’ / Suid-Afrikaanse Nasionale VIGS raad

SOI's: Seksueel Oordraagbare Infeksies

UNAIDS: 'Joint United Nations Programme on HIV/AIDS'

UNICEF: 'United Nations Children's Fund'

VBT: Vrywillige MIV Berading en Toetsing

VIF: Variansie Inflasie Faktor

VPO: Voortgesette Professionele Ontwikkeling

WGO/WHO: Wêreld Gesondheidsorg Organisasie / 'World Health Organization'

1.6 Samevatting

Gegewe die hoë MIV voorkomsyfer in Suid-Afrika kan RBT beskou word as 'n belangrike middel tot vroeë intrede tot MIV behandeling. RBT kan verder ook beskou word as 'n belangrike voorkomingstrategie vir MIV infektering en oordrag. Dit is daarom belangrik om aanvaarding van RBT te bevorder. Dit is egter nodig om te bepaal watter faktore bydra tot die aanvaarding van RBT om sodoende hierdie faktore te bevorder. Die geskiktheid van die veranderlikes van die GOM in die voorspelling van aanvaarding van RBT sal daarom binne hierdie studie ondersoek word. Sodoende kan daar bepaal word of waargenome vatbaarheid, waargenome erns, waargenome voordele, waargenome hindernisse, aanwysings tot aksie en demografiese veranderlikes 'n rol speel in die aanvaarding van RBT.

HOOFSTUK TWEE

LITERATUUR OORSIG EN TEORETIESE RAAMWERK

2.1 Oorsig

Hierdie hoofstuk bied 'n oorsig van die MIV epidemie, MIV voorkomsyfers, die rol van Antiretrovirale Terapie (ART) as doeltreffende behandeling van MIV, toegang tot ART, algemene MIV voorkomingstrategieë, toegang tot MIV toetsing, gebruik van MIV toetsing en metodes van MIV toetsing in Suid-Afrika. Daar word verder gefokus op die gebruik van RBT as aanvullend tot VBT en die gepaardgaande voordele, nadele en bekommernisse verbonde daaraan. Die tweede gedeelte van die hoofstuk fokus op die GOM as gepaste teoretiese raamwerk vir die studie. Die dimensies van die GOM, naamlik waargenome vatbaarheid, waargenome erns, waargenome voordele, waargenome hindernisse en aanwysings tot aksie word verduidelik en binne die studie gekontekstualiseer. Laastens word die impak van demografiese veranderlikes op aanvaarding van MIV toetsing bespreek.

2.2 Die MIV/VIGS epidemie en voorkomsyfers

Sedert die eerste MIV diagnoses in 1981 in die VSA gemaak was, was ongeveer 60 miljoen individue wêreldwyd geïnfekteer en ongeveer 25 miljoen lewens weens VIGS verloor (UNAIDS/WHO, 2009). Daar word beweer dat MIV infektering 'n piek bereik het gedurende 1999 (UNAIDS, 2010). Vanaf 1999 tot 2009 was daar wel 'n toename in die hoeveelheid Individue Geïnfekteer met MIV, met 'n globale voorkomsyfer van 26.2 miljoen en 33.3 miljoen onderskeidelik, maar die persentasie nuut gediagnoseerde MIV infeksies het merkwaardig verminder (UNAIDS, 2010). In 1999 was 3.1 miljoen nuwe infeksies gerapporteer en gedurende

2009 was 2.6 miljoen nuwe infeksies gediagnoseer. Dit beteken daarom dat daar 'n 19% vermindering in nuwe infeksies gedurende hierdie periode was (UNAIDS, 2010).

Die vermindering in nuwe MIV infeksies is wel 'n globale tendens, maar hierdie tendens word ook in die meerderheid van lande met hoë MIV voorkomsyfers weerspieël (UNAIDS, 2010). Hierdie vermindering in nuut gediagnoseerde infeksies is hoofsaaklik te danke aan die vermeerdering in toegang tot MIV behandeling, voorkomingstrategieë, strategiese programme vir die vermindering van stigma en diskriminasie, sowel as die bevordering van menseregte (UNAIDS, 2010). Die meerderheid van lande met 'n hoë MIV voorkomsyfer implementeer hierdie programme en die voorkoms van sulke programme is steeds toenemend (UNAIDS, 2010).

Ten spyte van die vermindering in nuwe MIV infeksies, is MIV voorkoms steeds hoog, veral in Sub-Sahara Afrika. Wêreldwyd is die grootste hoeveelheid individue geïnfekteer met MIV wonend in Sub-Sahara Afrika en hierdie area verteenwoordig 68% van alle MIV infeksies (UNAIDS/WHO, 2009). Gedurende 2009 was daar ongeveer 1.8 miljoen nuwe infeksies in Sub-Sahara Afrika gediagnoseer en ongeveer 1.3 miljoen sterftes van kinders en volwassenes weens VIGS verwante siektes gerapporteer (UNAIDS, 2010). MIV sterftes in hierdie area vind hoofsaaklik plaas weens swak toegang tot MIV behandeling en voorkomingsdienste (Dorrington et al., 2004).

Suid-Afrika is die land met die grootste hoeveelheid individue geïnfekteer met MIV wêreldwyd (UNAIDS, 2010). Ongeveer 5.6 miljoen van die Suid-Afrikaanse populasie is geïnfekteer met MIV, met 'n algehele voorkomsyfer van 11% (UNAIDS, 2010). Daar was egter 'n beduidende afname van 35% in nuut gediagnoseerde MIV infeksies tussen die periodes 2002–2005 en 2005–2008 in Suid-Afrika gerapporteer (Shisana et al., 2009). Ten spyte van hierdie

beduidende afname in nuut gediagnoseerde infeksies was daar steeds 390 000 nuwe MIV diagnoses gedurende 2009 gemaak en 310 000 sterftes weens VIGS verwante siektes was gerapporteer (UNAIDS, 2010). Weens die groot hoeveelheid VIGS verwante sterftes in Suid-Afrika, is dit belangrik om toegang tot ART te verhoog, om sodoende VIGS verwante sterftesyfers te verminder.

2.3 Antiretrovirale Terapie

ART is huidig die hoofvorm van MIV behandeling. ART lei tot die onderdrukking van die replikasie van die MIV virus en kan die virus verminder tot op vlakke waar dit basies onopspoorbaar is (Plana et al., 2000). ART het daartoe gelei dat MIV beskou word as 'n kroniese, behandelbare siekte eerder as 'n doodsvonnis (Liddicoat et al., 2004). Die beskikbaarheid van ART het ook veroorsaak dat 2.9 miljoen lewens wêreldwyd verleng is en 11.7 miljoen lewensjare bygedra is (UNAIDS, 2009).

ART het tot dusver 'n vermindering van 19% in VIGS verwante siektes wêreldwyd tot gevolg gehad. Gedurende 2004 het sterftes weens VIGS verwante siektes 'n piek van 2.1 miljoen bereik en in 2009 was 1.8 miljoen sterftes weens VIGS verwante siektes aangemeld (UNAIDS, 2010). Die doeltreffendheid van ART is veral sigbaar in Sub-Sahara Afrika waar 'n vermindering van 20% in VIGS verwante siektes tussen 2004 en 2009 bevind was (UNAIDS, 2010). Daar is daarom 320 000 minder sterftes weens VIGS verwante siektes in hierdie tydperk in Sub-Sahara Afrika gerapporteer (UNAIDS, 2010).

Weens die sigbare doeltreffendheid van ART, het die WGO in 2006 voorgestel dat ART aan alle individue geïnfekteer met MIV, met 'n CD4 telling¹ van minder as 200, beskikbaar gestel moet word. Sedertdien het die voorsiening van ART geweldig toegeneem, maar daar is egter steeds 'n groot tekort aan die beskikbaarheid van ART aan individue wat kwalifiseer daarvoor. Wêreldwyd is daar 15 miljoen individue geïnfekteer met MIV wat MIV behandeling benodig, maar slegs 5.2 miljoen van hierdie individue het huidig toegang tot MIV behandeling (UNAIDS, 2010). Volgens die riglyne van die WGO kom 10 miljoen individue geïnfekteer met MIV daarom in aanmerking vir ART, maar hulle het nie toegang daartoe nie (UNAIDS, 2010). Uitbreiding van toegang tot ART is egter voortdurend toenemend in die meeste lande met hoë MIV voorkomsyfers.

Suid-Afrika het tot dusver die grootste ART program in die wêreld, maar gegewe dat dit ook die land met die grootste MIV epidemie is, is toegang tot ART steeds laag (UNAIDS, 2010). Suid-Afrika het egter daarin geslaag om die toegang tot ART drasties te vermeerder vanaf 2007 tot 2009. In 2007 het 27% van individue geïnfekteer met MIV, wat in aanmerking gekom het vir ART, dit wel ontvang en hierdie syfer het gegroei tot 56% in 2009 (WHO/UNAIDS/UNICEF, 2009).

In 2010 het die WGO egter voorgestel dat individue geïnfekteer met MIV in aanmerking vir ART moet kom indien hulle 'n CD4 telling van 350 of laer bereik (WHO, 2010). Onder die huidige riglyne van die WGO ontvang slegs 37% van individue geïnfekteer met MIV, in Suid-Afrika, antiretrovirale behandeling (UNAIDS, 2010). In 2009 was daar bevind dat 971 556

¹n CD4 telling verwys na die hoeveelheid T-helper selle ('n tipe witbloedsel) wat in die individu se bloed voorkom. MIV beskadig en vernietig T-helper selle en gevolglik beskik die individu oor minder selle om MIV teen te veg. 'n Persoon wat nie geïnfekteer is met MIV nie, het gewoonlik 'n CD4 telling wat varieer tussen 500 en 1200 selle/mm³ (AVERT, 2011).

individue geïnfekteer met MIV ART ontvang het, maar volgens die WGO riglyne is daar steeds 2.6 miljoen individue geïnfekteer met MIV wat kwalifiseer vir behandeling, maar wat dit nie ontvang nie (UNAIDS, 2010). Die Departement van Gesondheid is egter voortdurend besig om die toegang tot MIV behandeling te vermeerder. Daar word beoog om die hoeveelheid individue geïnfekteer met MIV wat kwalifiseer vir ART en dit wel ontvang op te skerp vanaf 37% in 2009 tot 80% aan die einde van 2011 (SANAC, 2007-2011).

2.4 MIV voorkomingstrategieë in Suid-Afrika

MIV voorkomingstrategieë is 'n baie belangrike komponent vir die vermindering van MIV voorkoms en oordrag. Die hoofvoorkomingstrategieë wat in Suid-Afrika gebruik word sluit in: voorkoming van moeder-na-kind-oordrag, MIV bewusmakingsveldtogte, MIV opvoeding, die ABC voorkomingsmodel, manlike besnydenis en MIV toetsing. Hierdie voorkomingstrategieë word gevolglik bespreek.

2.4.1 Voorkoming van moeder-na-kind-oordrag

Voorkoming van moeder-na-kind-oordrag is 'n belangrike MIV voorkomingstrategie in Suid-Afrika, aangesien ongeveer 30% van alle swanger vrouens met MIV geïnfekteer is (Departement van Gesondheid, 2010). Voorkoming van moeder-na-kind-oordrag vind hoofsaaklik plaas weens die voorsiening van ART indien die swanger vrou se CD4 telling minder as 350 is en die voorsiening van profilakse gedurende swangerskap en geboorte (AVERT, 2011). Gedurende 2009 het byna 90% van alle swanger vroue geïnfekteer met MIV die bogenoemde behandeling ontvang en 'n drastiese afname in moeder-na-kind-oordrag was gerapporteer (UNAIDS, 2010). Daar word huidig beoog om die voorsiening van behandeling aan moeders geïnfekteer met MIV te verhoog tot 95% aan die einde van 2011 (SANAC, 2007-2011).

2.4.2 MIV bewusmakingsveldtogte

Daar bestaan verskeie organisasies in Suid-Afrika wat MIV bewusmaking bevorder. Hierdie organisasies maak hoofsaaklik gebruik van die media vir bewusmaking. Verskeie programme bestaan ook gewoonlik binne hierdie organisasies om verskillende teikengroepe (kinders, adolessente, volwassenes) te bereik (SANAC, 2007-2011).

In 2010 het die Suid-Afrikaanse Nasionale VIGS Raad 'n massa media MIV bewusmakingsveldtog in werking gestel. Hierdie veldtog maak hoofsaaklik gebruik van die media om bewustheid en bespreking rondom MIV toetsing, MIV kennis, ART en behandeling vir die voorkoming van moeder-na-kind-oordrag te bevorder. Die veldtog poog ook om mites en stigma verwant aan MIV te verminder. Die Suid-Afrikaanse Nasionale VIGS raad (2010) poog om 50% van die Suid-Afrikaanse populasie deur hierdie veldtog te raak.

2.4.3 MIV opvoeding en die ABC voorkomingsmodel

MIV opvoeding vorm 'n belangrike deel van MIV voorkoming in Suid-Afrika aangesien minder as die helfte van jongmense in die Suid-Afrikaanse populasie vyf basiese vrae oor MIV korrek kan beantwoord (UNAIDS, 2010). MIV opvoeding vorm oor die algemeen deel van MIV bewusmakingsveldtogte en sedert 2002 vorm dit ook deel van die Lewensoriëntering Kurrikulum in die algemene onderwysstelsel (Departement van Onderwys, 2002).

Die ABC model van voorkoming word dikwels vir MIV opvoeding gebruik en hierdie model verteenwoordig drie voorkomingsmaatreëls naamlik 'Abstinence, Be faithful, Condomise' (Swartz, de la Rey, Duncan, & Townsend, 2008). Die model fokus hoofsaaklik op weerhouding tot seksuele omgang onder die jeug en die bevordering van veilige seksuele gedrag onder seksueel aktiewe individue (Swartz et al., 2008). Ondersteuning vir die doeltreffendheid van die model verskil egter aangesien kondoomverbruik aansienlik vermeerder het in Suid-Afrika, maar

geen vermindering in veelvuldige seksuele maats gedurende 2009 bevind was nie (UNAIDS, 2010).

2.4.4 Manlike besnydenis

Manlike besnydenis word geassosieer met 'n beduidende afname in risiko vir MIV infektering, met soveel as 60% vermindering in risiko wat al bevind was (Weiss, Quigley, & Hayes, 2000).

Weens hierdie bevindings word manlike besnydenis beskou as 'n voorkomingstrategie en die WGO stel daarom voor dat manlike besnydenis aangemoedig moet word (WHO/UNAIDS, 2007). Die Departement van Gesondheid van Suid-Afrika beplan sedertdien om toegang tot manlike besnydenis op groot skaal beskikbaar te stel en aan te beveel as deel van MIV toetsing (SANAC, 2007-2011).

2.4.5 MIV toetsing

MIV toetsing en kennis van MIV status word beskou as 'n baie belangrike vorm van MIV voorkoming aangesien dit gereeld geassosieer word met 'n vermindering in risikogedrag en die oordrag van MIV (Hutchinson & Mahlalela, 2006; Peltzer et al., 2004). MIV toetsing behels drie stappe naamlik: (1) voortoets berading waartydens MIV opvoeding, risiko assessering en geskrewe toestemming vir toetsing bespreek en verkry word; (2) fisiese uitvoering van die MIV toets met die snelle MIV toets wat hoofsaaklik gebruik word; (3) en natoets berading waartydens resultate aan die individu ontbloot word en die vermindering van risikogedrag bespreek word. Indien die individu positief getoets het vind verwysing tot behandeling ook plaas (Swartz et al., 2008).

Alhoewel al die bogenoemde voorkomingstrategieë 'n belangrike bydrae tot die voorkoming van MIV infektering lewer, word MIV toetsing beskou as essensieel tot die voorkoming van MIV infektering. Weens die belangrike bydra wat MIV toetsing lewer tot die

voorkoming van MIV infektering en verspreiding (Hutchinson & Mahlalela, 2006; Peltzer et al., 2004) is dit nodig dat MIV toetsing aangemoedig word en dat MIV toetsingsyfers verhoog word.

2.5 MIV toetsing in Suid-Afrika: Toegang, verbruik en metodes

MIV toetsing is 'n belangrike vorm van MIV voorkoming en toegang tot MIV behandeling in Suid-Afrika. Voortdurende pogings word deur die Suid-Afrikaanse regering gemaak om toegang tot MIV toetsing te verhoog. In 2004 was daar 1900 VBT toetsingsfasiliteite in Suid-Afrika en hierdie getal het gestyg tot 4172 in 2006 (AVERT, 2011; Peltzer, Matseke, & Metcalf, 2009). Die Nasionale MIV/VIGS en Seksueel Oordraagbare Infeksies (SOI's) Strategiese Plan (2007-2011) beraam ook om toegang tot VBT dienste tot 95%, vir alle individue, in 2011 te verhoog.

Oor die afgelope tien jaar was daar 'n merkwaardige toename in die hoeveelheid Suid-Afrikaners wat bewus is van hul MIV status. In 2002 was slegs 21.4% van die populasie bewus van hul status, hierdie syfer het gegroei tot 30.3% in 2005 en verder tot 49.9% in 2008 (UNAIDS, 2010). Gegewe die hoë MIV voorkomsyfer in Suid-Afrika is dit egter van belang om hoër toetsingsyfers te bewerkstellig. Die Nasionale MIV/VIGS en SOI Strategiese Plan (2007-2011) beoog daarom ook om kennis van MIV status tot 70% in 2011 te verhoog.

MIV toetsing behels hoofsaaklik twee metodes, naamlik vrywillige MIV berading en toetsing en roetine MIV berading en toetsing. VBT is die algemene vorm van MIV toetsing en verskeie benaderings tot VBT word in Suid-Afrika beoefen. RBT is 'n relatiewe nuwe vorm van MIV toetsing en word in 'n mindere mate in Suid-Afrika beoefen. VBT en die verskillende benaderings daartoe sowel as RBT word gevolglik bespreek.

2.5.1 Vrywillige MIV berading en toetsingsmetodes

Die Suid-Afrikaanse gesondheidsorgdienste maak hoofsaaklik gebruik van VBT as toetsingsmetode. VBT staan ook bekend as pasiënt geïnisieerde toetsing aangesien individue oor die algemeen toetsing aanvra eerder as wat dit aan hulle voorgestel word. MIV toetsing word gratis voorsien in die publieke gesondheidsorgstelsel, maar daar is egter koste verbonde aan toetsing indien dit in die privaat gesondheidsorgstelsel versoek word. Die verskillende vorms van VBT word gevolglik bespreek.

Vrystaande dienste: Vrystaande MIV toetsingsdienste is dienste wat MIV toetsing buite die publieke gesondheidsorgstelsel voorsien. Hierdie dienste word hoofsaaklik deur nie-regeringsorganisasies bestuur (Peltzer et al., 2009). MIV toetsing binne vrystaande dienste is gewoonlik buite werkure beskikbaar wat dus toegang tot MIV toetsing verhoog. MIV toetsing is egter dikwels die enigste diens wat by vrystaande dienste voorsien word wat beteken dat hierdie dienste geassosieer word met MIV en stigma kan daarom as hindernis tot die verbruik van hierdie dienste lei (Peltzer et al., 2009).

Geïntegreerde VBT dienste: MIV toetsingsdienste word dikwels geïntegreer met bestaande gesondheidsdienste. Geïntegreerde MIV dienste kom hoofsaaklik in SOI, Tuberkulose, familie beplanning en voorgeboorte klinieke voor (Peltzer et al., 2009). Weens die integrasie van VBT in hierdie gespesialiseerde mediese dienste verbeur individue, soos kinders en mans wat nie gereeld gebruik van hierdie mediese dienste nie, dikwels die geleentheid vir MIV toetsing (Peltzer et al., 2009).

Die privaat sektor: 'n MIV toets kan by die meerderheid van privaat gesondheidsorgvoorsieners versoek word (Peltzer et al., 2009). Hierdie vorm van MIV toetsing is voordelig aangesien toetsing volkome privaat is en die individu dikwels meer vertrou in die

vertroulikheid van toetsresultate het. Weens die hoë koste verbonde aan privaat mediese sorg is hierdie vorm van toetsing ontoeganklik vir individue in lae inkomste groepe en individue sonder mediese versekering (Peltzer et al., 2009).

Mobiele VBT: Mobiele VBT behels gewoonlik die voorsiening van toetsing deur gesondheidsorgvoorsieners vanuit 'n toegeruste voertuig. Hierdie vorm van toetsing lei tot besparing op vervoer onkoste vir die individu en stel toetsing beskikbaar aan verafgeleë en moeilik bereikbare populasies (Peltzer et al., 2009).

Tuis-gebaseerde VBT: Tuis-gebaseerde VBT is 'n deur-tot-deur diens wat aan individue en families voorsien word. Hierdie metode maak dit moontlik om MIV berading en toetsing binne die tuiste van die individu te voorsien en gevolglik kan MIV toetsing verhoog word (Were, Wyatt & Tugenberg, 2006). Soos mobiele toetsing lei tuis-gebaseerde toetsing ook tot 'n besparing in vervoer onkoste vir die individu en dit kan ook daartoe lei dat die individu die ervaring van stigma by VBT klinieke vermy (Wolf et al., 2005). Die voorsiening van tuis-gebaseerde toetsing is egter tydrowend en duur vir die voorsieners van hierdie dienste (Peltzer et al., 2009).

2.5.2 Roetine MIV berading en toetsing

RBT of Gesondheidsorgvoorsiener Geïnsieerde MIV Toetsing ook bekend as PITC, behels die aanbieding van MIV toetsing aan die individu ongeag van die voorkoms van risikofaktore of MIV simptome en as 'n standaard komponent van gesondheidsorg (UNAIDS, 2007). Daar is dus 'n verskuiwing vanaf individuele inisiëring van toetsing na gesondheidsorgvoorsiener inisiëring van toetsing. Hierdie vorm van MIV toetsing is egter steeds vrywillig deurdat die individu die opsie het om die toets te weier (UNAIDS, 2007). RBT word tot dusver in Suid-Afrika

hoofsaaklik in voorgeboorte klinieke gebruik weens die hoë moontlikheid om oordrag vanaf moeder na kind te verhoed (Peltzer et al., 2009).

Daar was bevind dat RBT aansienlik meer nuwe MIV infeksies jaarliks kan diagnoseer en dat individue dikwels ten gunste van RBT is (Bassett et al., 2007; Creek et al., 2007; Holtgrave, 2007; Weiser et al., 2006). Weens hierdie bevindinge en ook weens die suksesvolle implementering van RBT in verskeie state van Amerika (Brown et al., 2008; Brown et al., 2007; Duffus et al., 2009; Young et al., 2009) het die WGO globale riglyne vir die implimentering van RBT in plek gestel. Hierdie riglyne is as volg: a) gesondheidsorgvoorsieners moet MIV berading en toetsing voorstel aan alle volwassenes en tieners in alle gesondheidsorg omgewings, insluitend mediese en chirurgiese dienste, publieke en privaat hospitale, binnepasiënte en buitepasiënte en mobiele mediese uitreikdienste; (b) MIV berading en toetsing moet deur gesondheidsorgvoorsieners voorgestel word as deel van standaard mediese sorg en ongeag van simptome of tekens van MIV infeksie of die rede vir die mediese besoek; (c) pasiënte in hoë risiko populasies behoort elke 6-12 maande vir MIV toetsing te gaan (WHO/UNAIDS, 2007).

Die Nasionale MIV Berading en Toetsings Veldtog Strategie bekend as SANAC en die Departement van Gesondheid in Suid-Afrika het in 2010 riglyne uitgelê vir MIV toetsing, hierdie riglyne is in lyn met die riglyne van die WGO (SANAC, 2010). Daarom word daar voorgestel dat RBT deur gesondheidsorgvoorsieners beoefen word as deel van standaard mediese sorg en ongeag van die rede vir die mediese besoek. Aanbieding van toetsing raak dus die verantwoordelikheid van die gesondheidsorgvoorsiener. Weens die relatiewe nuwe beleid van RBT is die mate waartoe RBT deur gesondheidsorgvoorsieners beoefen word relatief onbekend.

2.6 RBT as aanvullend tot VBT: voordele, nadele en bekommernisse

Die voorsiening van RBT as aanvullend tot VBT hou verskeie voordele in. Hierdie voordele sluit in: 'n vermeerdering in kennis van MIV status, 'n vermindering in risikogedrag en MIV oordrag, 'n toename in aanbeveling van toetsing aan familie en vriende, 'n toename in vroeë diagnose van MIV, 'n vermeerdering in toegang tot MIV behandeling, 'n vermindering in stigma en 'n vermeerdering in direkte voorsiening van behandeling. Daar is egter ook verskeie bekommernisse en nadele aangaande RBT. Hierdie bekommernisse sluit in: ondoeltreffende mediese hulpbronne en personeel, ondoeltreffende implementering van RBT weens tydsbeperkinge, onvoldoende beskikbaarheid van RBT, 'n vermeerdering in onkoste en die oorskryding van menseregte. Die bogenoemde voordele en nadele word gevolglik bespreek.

2.6.1 Voordele verwant aan RBT as aanvullend tot VBT

Alhoewel VBT daarin geslaag het om kennis van MIV status aansienlik te verhoog oor die laaste paar jare kan RBT lei tot 'n massa verhoging in kennis van MIV status. Daar is bevind dat RBT soveel as 56 000 nuwe MIV infeksies jaarliks kan diagnoseer (Holtgrave, 2007). Basset et al. (2007) het ook bevind dat RBT daarin kan slaag om vyf keer meer MIV diagnoses in Suid-Afrika te maak. Individue is dikwels hoogs ten gunste van RBT (Creek et al., 2007; Weiser et al., 2006) en aanvaarding van RBT is dikwels hoog met die volgende aanvaardings koerse wat al gerapporteer is: 35% (Cunningham et al., 2009); 43% (Fetene & Feleke, 2010); 48.6% (Bassett et al., 2008); 53% (Brown et al., 2008); 59.7% (Brown et al., 2007); 92.5% (Yudin et al., 2007); 95% (Creek et al., 2007; Nakanjako et al., 2007) en 98% (Wanyenze et al., 2008).

Kennis van MIV status word oor die algemeen geassosieer met 'n vermindering in risikogedrag en die oordrag van MIV (Coenen et al., 2008; Hutchinson & Mahlalela, 2006;

Peltzer et al., 2004; Wanyenza et al., 2008). 'n Vermeerdering in MIV toetsing deur RBT kan daarom lei tot 'n vermindering in MIV oordrag en risikogedrag.

'n Toename in MIV toetsing word oor die algemeen geassosieer met 'n toename in die aanbeveling van toetsing aan vriende en familie (Wanyenze et al., 2008). Studies het bevind dat ongeveer 90% van individue wat RBT aanvaar het, aangedui het dat hulle RBT aan hulle familie en vriende wil voorstel (Brown et al., 2008; Weiser et al., 2006). Weens hierdie aanbeveling van toetsing aan familie en vriende kan RBT daarin slaag om MIV toetsing op grootskaal te vermeerder.

Daar is verder bevind dat MIV positiewe individue dikwels verskeie kere kontak het met 'n gesondheidsorgvoorsiener voordat 'n MIV diagnoses gemaak word (Duffus et al., 2009; Jenkins, Gardner, Thur, Cohn, & Burman, 2006). Weens die vrywillige en self-geïnisieerde aard van VBT, vind toetsing hoofsaaklik plaas weens verwysing van MIV simptomatiese individue deur gesondheidsorgvoorsieners. Die voorkoms van MIV simptome beteken egter dat die individu reeds in die gevorderde fase van MIV/VIGS is (Duffus et al., 2009). Die meerderheid van nuut gediagnoseerde individue het ook 'n CD4 telling van minder as 300, wat beteken dat hulle reeds kwalifiseer vir ART (Liddicoat et al., 2004). Dit beteken daarom ook dat asimptomatiese, MIV positiewe individue wat onbewus is van hul status dikwels die geleentheid op vroeë intrede tot gesondheidsorg en waardevolle MIV behandeling verbeur (Wayne et al., 2009).

Weens die voorsiening van MIV toetsing aan alle individue, ongeag van MIV risiko of simptome kan RBT daarin slaag om MIV positiewe individue vroeg in die verloop van MIV te diagnoseer. Vroeë diagnosering beteken dat die individu vroeër toegang tot MIV behandeling kry. Vroeë diagnosering en behandeling van MIV word verder ook geassosieer met 'n verbeterde

prognose (Coenen et al., 2008), verminderde hospitalisering, 'n toename in lewenskwaliteit en lewensverlenging (Nakanjako et al., 2007).

MIV/VIGS is verder ook hoogs gestigmatiseer in Suid-Afrika en stigma belemmer dikwels MIV voorkoming, diagnosering en behandeling (Gilbert & Walker, 2010; Maughan-Brown, 2006; Simbayi et al., 2007b). Die voorsiening van VBT in klinieke spesifiek gerig op MIV toetsing en aansteeklike siektes dien dikwels as hindernis tot MIV toetsing (Peltzer et al., 2009). RBT word in alle gesondheidsorg omgewings geïmplimenteer en kan daarom lei tot die vermindering van die ervaring van stigma by gesondheidsdienste. RBT word ook aan alle individue voorgestel, ongeag van ouderdom, ras, klas ens. en kan daarom stigma verwant aan MIV toetsings verminder deur MIV toetsing te normaliseer (Bassett et al., 2007; Weiser et al., 2006; Young et al., 2009; Yudin et al., 2007).

VBT vind gewoonlik plaas in fasiliteite wat apart van MIV behandelingsfasiliteite geleë is en individue wat MIV positief toets word dus verwys na hierdie fasiliteite vir behandeling. Daar is egter bevind dat individue wat positief toets dikwels nie gebruik maak van hierdie verwysings nie. Die voorsiening van RBT in algemene gesondheidsorg omgewings beteken dat individue dikwels onmiddellik van behandeling voorsien word en sodoende word verwysing na behandeling as hindernis tot behandeling verhoed (Wanyenza et al., 2008). Onmiddellike voorsiening van behandeling beteken ook dat die individu op beide tyd en vervoer onkoste bespaar (Wanyenze et al., 2008).

2.6.2 Nadele en bekommernisse aangaande RBT

Gesondheidsorgdienste in Sub-Sahara Afrika word dikwels gekenmerk deur 'n tekort aan hulpbronne en gesondheidsorgvoorsieners (Evans & Ndirangu, 2009). Die implementering van RBT kan daartoe lei dat die werkslading van gesondheidsorgvoorsieners aansienlik toeneem.

Hierdie toename in werkslading kan lei tot 'n vermeerdering in werksverwante stres wat uitbranding en algemene ongesteldheid van gesondheidsorgvoorsieners tot gevolg kan hê (Evans & Ndirangu, 2009). Die tekort aan privaatfasiliteite vir berading tydens RBT kan ook lei tot 'n vermindering in die vertroulikheid en privaatheid van MIV resultate (Evans & Ndirangu, 2009).

Daar word verder gevrees dat 'n tekort aan gesondheidsorgvoorsieners en tydsbeperkings daartoe sal lei dat RBT nie doeltreffend geïmplementeer word nie (Liddicoat et al., 2004). Die voorsiening van MIV berading is tydrowend, maar dit vorm 'n belangrike deel van MIV toetsing as voorkomingstrategie. Geskrewe toestemming vir MIV toetsing word ook vereis voordat MIV toetsing mag geskied en indien dit nie verkry word nie ontnem dit die individu van outonomie (Holtgrave, 2007; Wilson; Mitchell; Bradbury, & Chavez, 1999; Yudin et al., 2007). Daar word gevrees dat die onvoldoening aan vereistes soos geskrewe toestemming en MIV berading kan lei tot verpligte toetsing waar die individu sonder hul kennis vir MIV getoets word (Holtgrave, 2007).

Die beoefening van RBT vereis verder 'n toename in die beskikbaarheid van ART. Die Suid-Afrikaanse regering sukkel reeds om ART aan individue wat dit huidig benodig te voorsien met 'n ART dekking van slegs 37% (UNAIDS, 2010). RBT kan daartoe lei dat 'n geweldige hoeveelheid addisionele individue wat vir ART kwalifiseer gediagnoseer word. Die diagnoseer van addisionele individue wat ART benodig sal ook lei tot 'n toename in finansiële uitgawes weens die toename in die voorsiening van ART (WHO/UNAIDS, 2007).

Ten spyte van die voorkoms van hierdie bekommernisse word RBT steeds deur die WGO gesien as 'n belangrike voorkomingstrategie en middel tot die voorsiening van ART (WHO/UNAIDS, 2007). Verskeie voorsorgmaatreëls word ook deur die WGO voorgestel om

hierdie bekommernisse te verminder. Die algemene voorsorgmaatreël is dat RBT slegs beoefen moet word indien die omgewing geskik is daarvoor (WHO/UNAIDS, 2007).

RBT word verder ook as koste effektief beskou indien die voorkomsyfer van MIV meer as 0.1% is, wat wel die geval in Suid-Afrika is (Coenen et al., 2008). Sedert die bekendstelling van ART het daar ook verskeie generiese produkte op die mark gekom, hierdie produkte is aansienlik goedkoper en verminder die uitgawes verbonde aan MIV behandeling (Evans & Ndirangu, 2009).

2.7 Aanvaarding van RBT

Soos voorheen genoem, is dit nie vanselfsprekend dat die voordele verbonde aan RBT tot die aanvaarding van RBT sal lei nie. Verskeie ander faktore soos individuele, subjektiewe motivering, emosies en kognitiewe prosesse speel dikwels ook 'n rol in die beoefening van gesondheidsbevorderende gedrag. Die GOM is 'n gewilde teoretiese model wat berus op die kognitiewe en emosionele prosesse verwant aan die beoefening van gesondheidsbevorderende gedrag. Die GOM beweer dat die beoefening van gesondheidsbevorderende gedrag bepaal word deur subjektiewe oortuigings en opinies (Janz & Becker, 1984). Die dimensies van die GOM sal daarom binne hierdie studie gebruik word om aanvaarding van RBT te voorspel.

2.8 Teoretiese raamwerk: Die gesondheidsoortuigingsmodel

Die GOM is 'n psigososiale model wat oorspronklik in die vyftigerjare ontwikkel was om swak deelname aan voorkomende mediese sorg en siftingstoetse vir die vroeë diagnosering van asimptomaties siektes te verduidelik (Rosenstock, 1966). Die GOM word oor die algemeen in studies gebruik wat prospektief en voorspellend van aard is. Die studies fokus hoofsaaklik op die voorspelling van voorkomende gedrag, voldoening aan mediese voorskrifte en benutting van gesondheidsorgdienste (Weissfeld, Brock, Kirscht, & Hawthorne, 1987). Die sentrale tendens

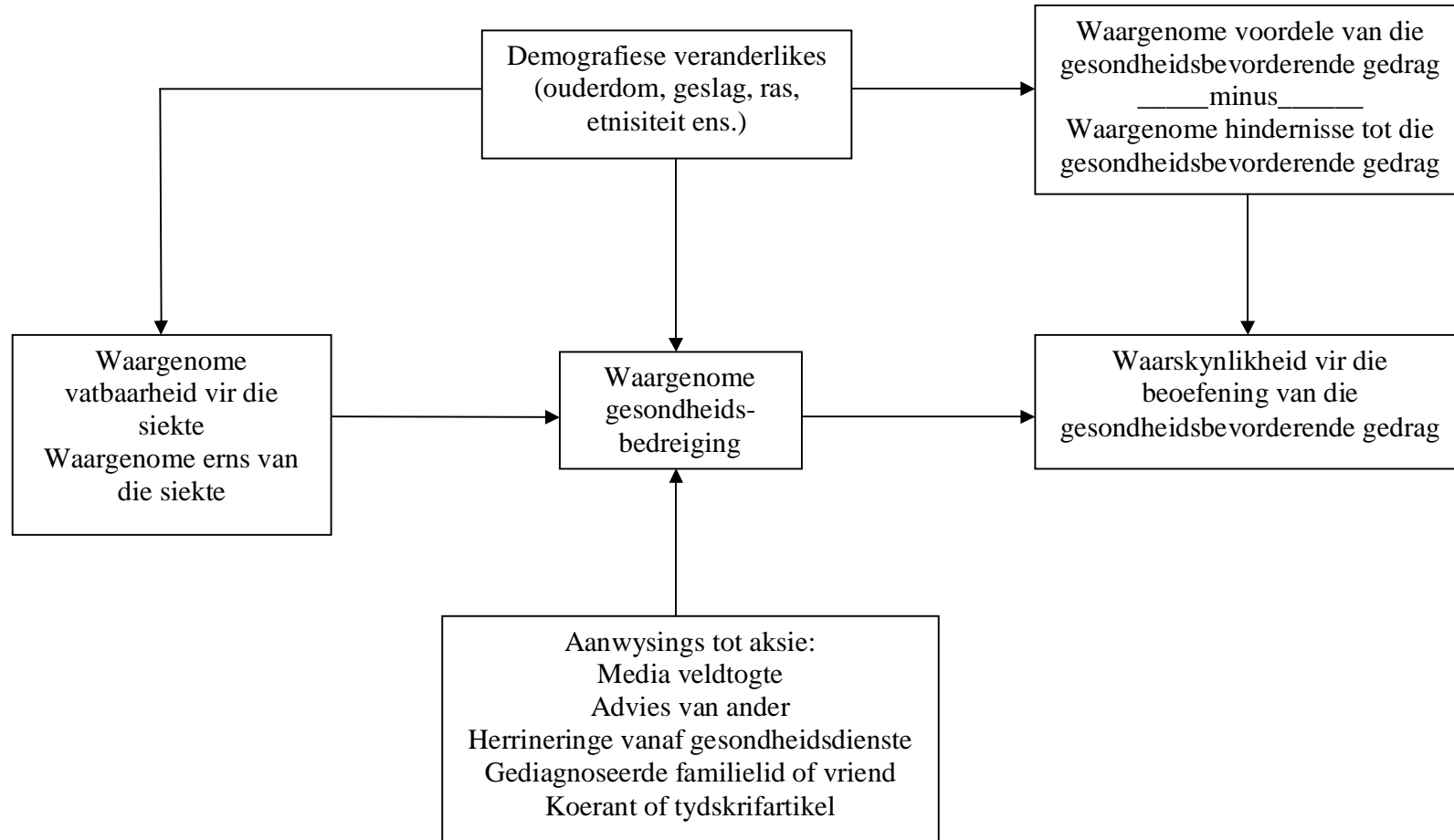
van die model berus op die rol van individuele houdings en oortuigings in bewustelike besluitneming verwant aan gezondheidsbevorderende gedrag (Janz & Becker, 1984).

Volgens die GOM word die waarskynlikheid vir die aanvaarding van 'n sekere gezondheidsbevorderende gedrag bepaal deur individuele persepsies en oortuigings rakende 'n bedreiging tot gesondheid en die oortuiging dat 'n aanbevole aksie hierdie bedreiging doeltreffend kan verminder (Rosenstock, Stretcher, & Becker, 1988). 'n Individuele persepsie van 'n gegewe gezondheidsbedreiging word beïnvloed deur twee faktore naamlik: waargenome vatbaarheid, wat die oortuigings en persepsies aangaande die individuele persoonlike risiko vir 'n gegewe gezondheidsbedreiging behels; en waargenome erns, wat die individuele oortuigings en persepsies aangaande die erns van die nagevolge van die gezondheidsbedreiging op die individuele lewe behels (Rosenstock et al., 1988). Die waargenome effektiwiteit van die aanbevole gezondheidsgedrag word bepaal deur 'n verdere twee faktore naamlik: waargenome voordele, wat die individuele oortuigings en persepsies aangaande die voordele verbonde aan die gezondheidsgedrag behels; en waargenome hindernisse, wat die individuele oortuigings en persepsies aangaande die hindernisse tot die inisiasie en volhoubaarheid van die gezondheidsgedrag behels (Rosenstock et al., 1988). Die individu sal dus die gezondheidsbevorderende gedrag beoefen indien die individu homself as vatbaar vir die gezondheidsbedreiging beskou, indien hy die impak van die gezondheidsbedreiging as ernstig beskou en indien die voordele verbonde aan die gezondheidsbevorderende gedrag die hindernisse tot die gezondheidsbevorderende gedrag oorskry (Janz & Becker, 1984).

Waargenome vatbaarheid, waargenome erns, waargenome voordele en waargenome hindernisse word verder beïnvloed deur demografiese faktore soos ouderdom, geslag, ras en etnisiteit (Willis & Campbell, 1992). Indien die individu 'n sekere gezondheidsbedreiging ervaar

en die aanbevole aksie as effektief beskou kan 'n aanwysing aksie bewerkstellig (Joseph & Phillips, 1984). Aanwysings tot aksie sluit in: media veldtogte, advies van ander, aanmaning vanaf gesondheidsorgdienste, 'n gediagnoseerde familielid of vriend en koerant of tydskrifartikels (Becker & Maiman, 1975). Figuur 1 dien as skematiese voorstelling van die GOM.

In die konteks van die studie word aanvaarding van RBT beskou as die gesondheidsbevordende gedrag. Waargenome vatbaarheid vir MIV en waargenome erns van 'n MIV positiewe status word beskou as die dryfkrag of energie nodig om die aanvaarding van RBT te bedink. Waargenome voordele van RBT en waargenome hindernisse tot aanvaarding van RBT bepaal of aksie wel geneem gaan word. Indien die waargenome voordele die waargenome hindernisse oorskry sal aksie geneem word en sal RBT aanvaar word. Die teenwoordigheid van aanwysings tot aksie word beskou as 'n sneller in die besluitnemingsproses (Janz & Becker, 1984).



Figuur 1. Skematiese voorstelling van die gesondheidsoortuigingsmodel. Aangepas vanuit “Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations,” deur Becker, M.H. & Maiman, L.A. (1975). *Medical Care*, 8, 10-24.

Verskeie hoë risikogedrag was al onder studentepopulasies geïdentifiseer wat daarop dui dat hierdie populasie wel vatbaar vir MIV is. Die MIV voorkomsyfer en sterftesyfer onder die jeug van Suid-Afrika dui ook daarop dat die effek van MIV op hierdie populasie as ernstig beskou kan word. Daar is verder ook al verskeie voordele, bevorderende faktore en hindernisse tot MIV toetsing as geheel in die literatuur geïdentifiseer. Aanwysings tot aksie en die verhouding daarvan tot aanvaarding van toetsing was in 'n mindere mate in die literatuur geïdentifiseer, maar hierdie aanwysings tot aksie het wel 'n positiewe impak op die aanvaarding van MIV toetsing. Verskeie demografiese faktore wat 'n invloed op MIV toetsing het is ook al geïdentifiseer. Die bogenoemde faktore en die impak daarvan op aanvaarding van MIV toetsing word in die hieropvolgende afdelings van die hoofstuk bespreek.

2.8.1 Vatbaarheid vir MIV/VIGS: Studente as hoë risiko populasie

In die konteks van die GOM kan daar beweer word dat die individuele ervaring van vatbaarheid vir MIV, positief geassosieer word met aanvaarding van RBT. Hierdie bewering word ook ondersteun deur vorige studies. In 'n oorsig studie is daar bevind dat individue wat hulself as vatbaar vir MIV beskou meer geneig was om bewus te wees van hul MIV status (De Wit & Adam, 2008). Daar was ook bevind dat waargenome vatbaarheid positief geassosieer word met die bereidwilligheid om VBT te aanvaar (Cunningham et al., 2009; De Paoli, Manongi, & Klepp, 2004). Dorr et al. (1999) het daarenteen bevind dat waargenome vatbaarheid nie lei tot verhoogde intensies om vir MIV getoets te word nie.

Die jeug van Suid-Afrika word beskou as 'n hoë risiko populasie weens 'n hoë MIV voorkomsyfer in hierdie groep. In 2008 was daar bevind dat ongeveer 8.7% van die Suid-Afrikaanse jeug wat in die ouderdomsgroep 15 tot 24 val, met MIV geïnfekteer was (Shisana et

al., 2009). Hierdie voorkomsyfer was egter beduidend minder as die beraamde voorkomsyfer van 10.3% wat in 2005 vasgestel was (Shisana et al., 2009).

Die MIV voorkomsyfer onder studente in hoër onderwysinstellings is aansienlik minder as die voorkomsyfer onder die algemene jeug van Suid-Afrika. In 'n onlangse studie wat in 21 hoër onderwysinstellings uitgevoer was, was 'n voorkomsyfer van 3.4% in die studentepopulasie vasgestel (HEAIDS, 2010a). Daar was ook bevind dat die MIV voorkomsyfer die laagste onder 18 en 19 jarige student is, in vergelyking met die ouderdomsgroep 20 tot 25 en 25 en ouer. Die voorkomsyfers vir hierdie drie groepe was 0.7%, 2.3% en 8.3% onderskeidelik (HEAIDS, 2010a).

Studentepopulasies word egter steeds as vatbaar vir MIV beskou weens die algemene voorkoms van MIV risikogedrag. Risikogedrag wat algemeen onder die studentepopulasie van Suid-Afrika voorkom sluit in: foutiewelike persoonlike risiko-evaluering, alkoholmisbruik, onvoldoende kondoomverbruik, SOI's, veelvuldige seksuele maats en tradisionele seksuele gewoontes. Hierdie risikofaktore word gevolglik bespreek.

Foutiewelike persoonlike risiko-evaluering: Tersiere studente onderskat dikwels hul risiko vir MIV infeksie (Anderson et al., 2007). Onderskatting van risiko word dikwels geassosieer met onkunde van MIV status (Cunningham, 2009; Bassett et al., 2007; Fernandez et al., 2000; Nakanjako et al., 2007; Peltzer et al., 2002; Weiser et al., 2006). Onderskatting van risiko word ook geassosieer met vooroordele soos byvoorbeeld: individue met 'n hoë vlak van opvoeding beloop 'n verlaagde risiko tot MIV (Heeren et al., 2007).

Alkohol misbruik: Gereelde alkohol misbruik kom voortdurend onder studentepopulasies voor en word geassosieer met riskante seksuele gedrag (Kalichman et al., 2007; Simbayi, Chauveau, & Shisana, 2004a); 'n verhoogde risiko tot SOI's insluitend MIV (Fritz et al., 2002;

Simbayi et al., 2004b; Simbayi, Mwaba, & Kalichman, 2006); ongereelde kondoomverbruik (Simbayi et al., 2004b; Simbayi et al., 2006); en 'n groter hoeveelheid seksuele maats (Morojele et al., 2006; Simbayi et al., 2004b). Alkoholmisbruik voor seksuele omgang word ook geassosieer met 'n geweldige afname in kondoomverbruik onder Suid-Afrikaanse studente (HEAIDS, 2010a).

Kondoomverbruik: Navorsing toon dat kondoomverbruik onder die Suid-Afrikaanse studentepopulasie wissel tussen 40% en 60% (Eaton et al., 2003; HEAIDS, 2010a; Peltzer et al., 2004). Die hoogste voorkoms van kondoomverbruik kom voor indien individue seksuele omgang beskou as eenmalig of indien 'n nuwe seksuele maat ontmoet word (HEAIDS, 2010a).

Ouer manlike seksuele maats onder vroulike Suid-Afrikaanse studente kom dikwels voor. Hierdie mans word beskou as voorsieners van materiële voordele en geleenthede. In sulke verhoudings is vroue van mening dat hulle min of geen beheer oor kondoomverbruik het (HEAIDS, 2010a).

Seksueel oordraagbare infeksies: SOI's is 'n geweldige groot probleem in Suid-Afrika met ongeveer 11 miljoen gevalle wat jaarliks behandel word (James et al., 2004). Vroue in hul twintigerjare loop die grootste risiko vir SOIs (James et al., 2004). SOIs word geassosieer met 'n merkwaardige toename in die risiko vir MIV infeksie en oordrag (HEAIDS, 2010a; Pettifor et al., 2005).

Veelvuldige seksuele maats: Veelvuldige seksuele maats word geassosieer met 'n verhoogde risiko vir MIV (Pettifor et al., 2005). 'n Groot hoeveelheid individue met veelvuldige seksuele maats kom onder die Suid-Afrikaanse jeug voor (Heeren et al., 2007).

Tradisionele seksuele gewoontes: Tradisionele seksuele gewoontes in Afrika kultuur soos droë seksuele omgang word steeds beoefen. Droë seksuele omgang word geassosieer met 'n merkwaardige toename in die risiko vir MIV (Mantell et al., 2009).

2.8.2 Erns van MIV/VIGS

In die konteks van die GOM kan daar beweer word dat die individuele ervaring van erns van MIV, positief geassosieer word met aanvaarding van RBT. Wisselende bevindinge is egter al in die literatuur verkry. De Paoli et al. (2004) het bevind dat waargenome erns geassosieer word met meer intensies om vir MIV getoets te word. Ander studies het egter bevind dat individue wat MIV/VIGS as meer ernstig beskou nie meer intensies gehad het om vir MIV getoets te word nie en dat daar selfs 'n negatiewe verhouding tussen MIV toetsing en waargenome erns bestaan (Dorr et al., 1999; Zak-Place & Stern, 2004).

Waargenome erns van MIV kan in die konteks van die GOM beskryf word as persoonlike gevoelens verwant aan die erns van die nagevolge van 'n MIV positiewe status. Hierdie erns van 'n MIV positiewe status kan medies van aard wees soos dood, gestremdheid of pyn, maar dit kan ook sosiaal wees soos stigma, diskriminasie en verlies aan sosiale en persoonlike verhoudings (Janz & Becker, 1984).

Die voorkoms van stigmatiserende houdings onder die Suid-Afrikaanse studentepopulasie teenoor individue geïnfekteer met MIV is oor die algemeen laag, met nege uit tien studente wat aanvaarding van individue geïnfekteer met MIV toon (HEAIDS, 2010a). Beweerde aanvaarding tussen eweknieë is egter laag deurdat slegs 36% van studente reken dat hulle vriende hulle sal ondersteun indien hulle positief toets (HEAIDS, 2010a). Daar is verder ook bevind dat studente geïnfekteer met MIV die onthulling van 'n positiewe status aan ander

studente as te riskant beskou het. Studente geïnfekteer met MIV vrees dat die onthulling van 'n positiewe status sal lei tot stigma en verwerping deur medestudente (HEAIDS, 2010a).

MIV verwante kennis is oor die algemeen hoog onder studentepopulasies en studente is bewus van die ernstige mediese gevolge wat MIV kan hê (HEAIDS, 2010a). Die meerderheid van studente (94%) is egter ook bewus van die beskikbaarheid van doeltreffende MIV behandeling en is bewus daarvan dat ART kan lei tot 'n aansienlike toename in lewensduur onder individue geïnfekteer met MIV (HEAIDS, 2010a). Studente is dus bewus van die erns van 'n MIV status en die gevolge verwant aan 'n ongediagnoseerde MIV infeksie.

2.8.3 Voordele en bevorderende faktore verwant aan MIV toetsing

In die konteks van die GOM kan daar beweer word dat die individuele ervaring van voordele verbonde aan MIV toetsing positief geassosieer word met aanvaarding van RBT. Verskeie studies het reeds 'n positiewe verhouding tussen die ervaring van voordele van MIV toetsing en die geneigdheid om MIV toetsing te oorweeg bevind (Dorr et al., 1999; De Wit & Adam, 2008; Zak-Place & Stern, 2004). Daar is ook bevind dat individue wat nog nie vir MIV getoets is nie meer geneig is om MIV toetsing as minder voordelig te beskou (Kalichman & Simbayi, 2003).

Verskeie faktore wat as aanmoediging tot toetsing dien is reeds in die literatuur geïdentifiseer. Hierdie bevorderende faktore sluit in: faktore verwant aan MIV behandeling, risiko vir MIV, MIV kennis, die verspreiding van MIV, mediese dienste en die toetsingsprosedure, sosiale ondersteuning, stigma en aanmoediging, romantiese verhoudings of huwelike en emosionele en sielkundige welstand. Hierdie faktore word gevolglik bespreek.

Kennis van MIV status en behandeling: Kennis van MIV status en verwysing tot behandeling is een van die mees algemene redes waarom individue vir MIV getoets word (Dorr et al., 1999; Hutchinson et al., 2004; Hutchinson & Mahlalela, 2006; Peltzer et al., 2002;

Mwamburi et al., 2005). Individue aanvaar ook dikwels toetsing weens 'n behoefte om die oorsaak van hul siekte of pyn te ontdek en om sodoende toegang tot behandeling te kry (Mwamburi et al., 2005; Nakanjako et al., 2007). Individue wat glo in die voordele van vroeë intrede tot MIV behandeling is ook meer geneig om toetsing te aanvaar (de Wit & Adam, 2008; Spielberg et al., 2003).

Risiko vir MIV: Hoe hoër 'n individu se persoonlike evaluering van risiko is, hoe groter is die moontlikheid vir aanvaarding van MIV toetsing (Cunningham et al., 2009). 'n Geskiedenis van dwelmmishandeling en SOI's word positief geassosieer met aanvaarding van MIV toetsing (Gage & Ali, 2005). Bekommernisse oor moontlike blootstelling aan MIV deur onbeskermd seksuele omgang, bloed en die deel van naalde dien as algemene motivering vir die aanvaarding van MIV toetsing (Spielberg et al., 2003). Die behoefte aan opvoeding vir veilige seksuele gedrag is ook al as motivering vir aanvaarding van MIV en rede vir toetsing aangemeld (Dorr et al., 1999).

MIV kennis en die verspreiding van MIV: Hoe meer kennis 'n individu oor MIV/VIGS, die oordrag daarvan en die voordele van toetsing dra, hoe groter is die moontlikheid dat toetsing aanvaar sal word (Bassett et al., 2008; de Wit & Adam, 2008; Gage & Ali, 2005). Die rede vir MIV toetsing is dikwels 'n behoefte aan kennis van MIV status om die verspreiding daarvan te bekamp, veral oordrag aan 'n verhoudingsmaat of kind (Gage & Ali, 2005; Hutchinson et al., 2004). Individue ondergaan ook dikwels MIV toetsing om hulself teen infektering in die toekoms te beskerm (Mwamburi et al., 2005).

Mediese dienste en die MIV toetsingsprosedure: Verskeie faktore verwant aan die toetsingsprosedure en mediese fasiliteite dien as bevorderende faktore vir MIV toetsing. Hierdie faktore sluit in: bewustheid van 'n toetsingsfasiliteit (Gage & Ali, 2005); die voorsiening van

gratis, snelle MIV toetsing (Nakanjako et al., 2007); gerusstelling in die vertroulikheid van toetsresultate (Weiser et al., 2006) en MIV toetsing as deel van ander bloedtoetse (Cunningham et al., 2009).

Individue wat meer gereeld gebruik maak van mediese sorg is ook meer geneig om bewus te wees van hul MIV status en om MIV toetsing te aanvaar (Bassett et al., 2008; Fortenberry et al., 2002). Beklemtoning van die belangrikheid van MIV toetsing en die voordele verbonde daaraan deur gesondheidsorgvoorsieners lei ook tot 'n groter moontlikheid vir die aanvaarding van MIV toetsing (de Wit & Adam, 2008).

Sosiale ondersteuning, stigma en aanmoediging: Hoe meer sosiale ondersteuning die individu ontvang, hoe groter is die moontlikheid vir aanvaarding van MIV toetsing (de Wit & Adam, 2008). MIV toetsing vind dikwels plaas weens advies en aanmoediging deur familie, vriende, en individue wat reeds getoets was (Gage & Ali, 2005; Spielberg et al., 2003; Weiser et al., 2006). 'n Vermindering in die ervaring van stigma word verder ook positief geassosieer met kennis van MIV status (Fortenberry et al., 2002).

Individue wat vriende of familie het wat MIV positief is of reeds aan VIGS gesterf het, is meer geneig om vir MIV toetsing te gaan (Gage & Ali, 2005). Die hoeveelheid afhanklikes wat 'n individu moet onderhou dra ook verder by tot aanvaarding van MIV toetsing, hoe meer afhanklikes 'n individu onderhou, hoe groter is die moontlikheid vir aanvaarding van MIV toetsing (Mwamburi et al., 2005). Eksterne faktore soos televisie en radio advertensies wat MIV toetsing aanmoedig dien ook dikwels as motivering vir toetsing (Weiser et al., 2006).

Romantiese verhoudings en huwelike: Verhoudingsmaats moedig dikwels mekaar aan om vir MIV toetsing te gaan (Spielberg et al., 2003). Hierdie aanmoediging vind veral plaas voor seksuele omgang in 'n nuwe verhouding of voor 'n huwelik (Gage & Ali, 2005; Peltzer et al.,

2002). Doeltreffende kommunikasie tussen seksuele maats word ook sterk geassosieer met aanvaarding van MIV toetsing (Gage & Ali, 2005). Daar was bevind dat mans wat MIV voorkoming met hul huweliksmaats bespreek meer gereeld bewus was van hul MIV status en meer gewillig was om vir MIV toetsing te gaan (Gage & Ali, 2005).

Verskeie negatiewe aspekte van verhoudings dien ook dikwels as aanmoediging vir MIV toetsing. Hierdie faktore sluit in: Wantroue in die lojaliteit van 'n seksuele maat (Gage & Ali, 2005); bekommernis aangaande 'n verhoudingsmaat se MIV status (Hutchinson et al., 2004) en die ongesteldheid of dood van 'n verhoudingsmaat (Gage & Ali, 2005).

Emosionele en sielkundige welstand: Individue meld dikwels gemoedsrus as hoofrede vir MIV toetsing aan (Hutchinson et al., 2004). Vermindering is negatiewe emosionele en sielkundige gevoelens aangaande MIV/VIGS soos bekommernis en angs dien ook dikwels as motivering vir toetsing (Peltzer et al., 2002). Individue dui ook dikwels aan dat kennis van MIV status sal lei tot 'n vermindering in die vrees vir MIV in vergelyking met onkunde (Dorr et al., 1999).

2.8.4 Hindernisse tot MIV toetsing

In die konteks van die GOM kan daar beweer word dat die individuele ervarings van hindernisse tot MIV toetsings negatief geassosieer word met aanvaarding van RBT. In 'n oorsig studie was daar bevind dat individuele ervarings van hindernisse tot MIV toetsing die geneigdheid om vir MIV toetsing te gaan belemmer het (De Wit & Adam, 2008). Soortgelyk aan die oorsig studie het Dorr et al. (1999) bevind dat individue wat minder hindernisse tot MIV toetsing ervaar meer geneig is om MIV toetsing te oorweeg.

Verskeie faktore wat as hindernisse tot aanvaarding van MIV toetsing dien is reeds in die literatuur geïdentifiseer. Hierdie faktore sluit in: faktore verwant aan die nagevolge van 'n MIV

positiewe status; risiko vir MIV; stigma; die toetsingsprosedure; onkunde, mites en miskonsepsies; sosiale welstand; finansiële welstand; en emosionele en sielkundige welstand. Hierdie faktore word gevolglik bespreek.

Die nagevolge van 'n MIV positiewe status: Faktore verwant aan die erns van 'n MIV positiewe status lei dikwels daartoe dat pasiënte nie vir MIV getoets wil word nie. Die volgende faktore word dikwels aangemeld as hindernisse tot MIV toetsing: emosionele ongereedheid (Wanyenze et al., 2008); 'n behoefte aan tyd om na te dink oor toetsing (Nakanjako et al., 2007); angstigheids gedurende die wagperiode vir resultate (Hutchinson et al., 2004; Spielberg et al., 2003); 'n vrees vir positiewe resultate (Brown et al., 2008; Gage & Ali, 2005; Mwamburi et al., 2005; Nakanjako et al., 2007; Peltzer et al., 2004; Peltzer, Mpofu, Baguma & Lawal, 2002; Weiser et al., 2006); geen geneesmiddels vir MIV/VIGS (Mwamburi et al., 2005); en 'n vrees om te sterf (Hutchinson et al., 2004; Mwamburi et al., 2005).

Risiko vir MIV: Die hoofrede vir weerhouding tot MIV toetsing is dikwels geen waargenome risiko vir MIV en onwaarskynlikheid vir blootstelling aan MIV. Die persentasies van deelnemers aan studies oor aanvaarding van MIV toetsing wat geen waargenome risiko en blootstelling aan MIV as hoofrede vir weerhouding tot toetsing aangemeld het, word gevolglik weergegee: 21% (Fernandez et al., 2000); 43% (Weiser et al., 2006); 46.9% (Peltzer et al., 2002); 54.4% (Cunningham, 2009); 66% (Bassett et al., 2007) en 77% (Nakanjako et al., 2007).

Verskeie studies het egter al bevind dat individue geneig is om hul risiko vir MIV te onderskat (Cummings et al., 1999; Kershaw et al., 2003; Klein et al., 2003; Lapidus et al., 2006). Daar is bevind dat individue dikwels hulself evalueer as nie tot risiko vir MIV nie of hulle ervaar dat hulle 'n lae risiko vir MIV loop, self al beoefen hulle hoë risikogedrag en woon hulle in areas met 'n hoë MIV voorkomsyfer (Hutchinson & Mahlalela, 2006). Stein en Nyamathi (2000) het

ook bevind dat mans in vergelyking met vrouens dikwels 'n laer risiko rapporteer, maar dat hulle ook meer risikogedrag rapporteer. Daar is ook in 'n studentepopulasie bevind dat veelvuldige seksuele maats geassosieer word met aanvaarding van MIV toetsing, maar nie onvoldoende kondoomverbruik en seksueel oordraagbare infeksies nie (Peltzer et al., 2002). Hierdie algemene onderberekening van risiko vir MIV dien daarom as hindernis tot aanvaarding van MIV toetsing.

Stigma en sosiale nagevolge: Stigma verwant aan MIV/VIGS is steeds 'n groot realiteit in Suid-Afrika en belemmer dikwels MIV voorkoming, diagnose en behandeling (Gilbert & Walker, 2010; Maughan-Brown, 2006; Simbayi et al., 2007). Stigmatiserende vooroordele, morele verdoeming, 'n vrees vir verlies aan sosiale status, verwerping deur familie en vriende en sosiale afkeuring teenoor MIV/VIGS word geassosieer met 'n merkwaardige vermindering in die aanvaarding van MIV toetsing (Bassett et al., 2007; Hutchinson et al., 2004; Kalichman & Simbayi, 2003; Peltzer et al., 2002; Simbayi et al., 2007; Weiser et al., 2006).

'n Vrees vir die verlies van 'n verhoudingsmaat weens 'n positiewe status dien ook dikwels as hindernis tot MIV toetsing (Hutchinson et al., 2004). MIV positiewe individue vrees die onthulling van 'n positiewe status aan 'n verhoudingsmaat sowel as die verhoudingsmaat se reaksie daarop (Hutchinson et al., 2004). Ongewilligheid om seksuele gedrag te verander weens 'n positiewe status dien ook as hindernis tot toetsing (Bassett et al., 2007; Weiser et al., 2006).

Toetsingsprosedure en toetsingsfasiliteite: Verskeie faktore verwant aan die toetsingsprosedure dien as hindernisse tot MIV toetsing. Hierdie faktore sluit in: 'n vrees vir naalde (Cunningham et al., 2009; Peltzer et al., 2002); vernederende vrae gedurende risiko assessering; 'n wantroue in die akkuraatheid van die snelle MIV teenliggaamtoets; 'n wantroue in die vertroulikheid en anonimiteit van toetsresultate (Bassett et al., 2007; Peltzer et al., 2004;

Peltzer et al., 2002); en die tydsduur van die toetsprosedure (Brown et al., 2008; Wanyenze et al., 2008).

Faktore verwant aan die beskikbaarheid, uitleg en dienste by toetsingsfasiliteite dien ook as hindernisse tot toetsing. Hierdie faktore sluit in: onbewustheid van die ligging van toetsingsfasiliteite (Peltzer et al., 2002); 'n tekort aan voorstelling van toetsing deur gesondheidsorgvoorsieners (Yudin et al., 2007); die ongerief binne toetsingsfasiliteite (Bassett et al., 2007); en 'n tekort aan privaatheid by toetsingsfasiliteite (Evans & Ndirangu, 2009).

Onkunde, mites en miskonsepsies: Verskeie mites en miskonsepsies wat individue mag hou kan lei tot verminderde aanvaarding van RBT en sluit onder andere in: 'n vrees vir MIV infektering gedurende die toetsingsprosedure (Hutchinson et al., 2004); 'n vrees dat name van individue geïnfekteer met MIV aan die regering gerapporteer sal word (Brown et al., 2008; Peltzer et al., 2002); die oortuiging dat toetsing geen voordele inhou nie (Kalichman & Simbayi, 2003; Mwamburi et al., 2005; Wanyeza et al., 2008); dat MIV 'n tipe kanker is; dat dit deur die lug versprei word en dat MIV deur sekere fisiese tekens en simptome gediagnoseer kan word (Hutchinson et al., 2004).

Finansiële welstand: Verskeie faktore verwant aan die verlies van ekonomiese welstand weens diskriminering en beleid dien as hindernisse tot MIV toetsing (Gage & Ali, 2005). Individue vrees dikwels dat hulle, hulle werk, mediese fonds, versekering en selfs behuising sal verloor indien hulle positief toets (Brown et al., 2008; Peltzer et al., 2002). Individue vrees ook dat indien hulle positief toets, hulle nie in die toekoms in aanmerking sal kom vir lewensversekering en mediese fonds nie (Brown et al., 2008).

Emosionele en sielkundige welstand: Sommige individue vrees dat hulle nie die sielkundige en emosionele nagevolge van 'n positiewe status sal kan verwerk nie en dat hulle die

behoefte sal hê om wraak te neem op die persoon wat MIV aan hulle oorgedra het (Hutchinson et al., 2004). 'n Vrees vir die behoefte om selfmoord te pleeg indien 'n positiewe resultaat ontvang word, dien ook as emosionele hindernis tot aanvaarding (Nuwaha et al., 2002).

2.8.5 Aanwysings tot aksie

In die konteks van die GOM kan daar beweer word dat individue wat meer aanwysings tot aksie ervaar meer geneig sal wees om RBT te aanvaar. Aanwysings tot aksie word in die konteks van die studie beskou as advertensies in die media en op kampus wat MIV toetsing aanmoedig, sowel as kennis van 'n volwassene of kind wat MIV positief is of wat weens VIGS verwante siektes gesterf het. Suid-Afrikaanse universiteite het dikwels hul eie MIV veldtogte wat MIV bewusmaking en toetsing op kampus bevorder, sowel as stigma verminder (HEAIDS, 2010a). Die meerderheid van studente het egter aangedui dat visuele en vokale leierskap op kampusse ondoeltreffend is en dat universiteite nie MIV/VIGS as 'n groot prioriteit op kampusse sien nie (HEAIDS, 2010a).

Kennis van 'n individu wat geïnfekteer is met MIV of wat weens VIGS verwante siekte gesterf het word oor die algemeen positief geassosieer met die intensie om vir MIV getoets te word (De Paoli et al., 2004; Gage & Ali, 2005). Daar was bevind dat ongeveer 18% van studente persoonlik bekend is met 'n individu wat met MIV geïnfekteer is en byna 6% van studente het aangedui dat hulle al klasse gemis het weens die bywoning van 'n begrafnis van 'n individu wat weens VIGS verwante siektes gesterf het (HEAIDS, 2010a). Die aanwesigheid van hierdie aanwysings tot aksie kan daarom tot 'n groter moontlikheid vir aanvaarding van RBT onder studente lei.

2.8.6 Demografiese faktore verwant aan MIV toetsing

In die konteks van die GOM kan daar beweer word dat demografiese faktore 'n invloed op subjektiewe persepsies aangaande RBT sal hê. Verskeie demografiese faktore wat MIV toetsing beïnvloed is reeds in die literatuur geïdentifiseer. Hierdie faktore sluit in: geslag, ouderdom, opvoeding, inkomste, huwelikstatus en taal. Hierdie demografiese faktore word gevolglik bespreek.

Geslag: Studies het bevind dat vrouens aansienlik meer geneig is om MIV toetsing te aanvaar en om bewus te wees van hul MIV status in vergelyking met mans (Bassett et al., 2008; Fortenberry et al., 2002; Peltzer et al., 2002). Daar is ook bevind dat vroulike studente hoër intensies het om vir MIV toetsing te gaan, in vergelyking met manlike studente wat lae intensie getoon het (Zak-Place & Stern, 2004). Daar is verder bevind dat mans hulself as meer vatbaar vir MIV beskou in vergelyking met vrouens (Lye-Chng, Eke-Huber, Eaddy, & Collings, 2005; Klepp, Mnyika, Ole-Kingori, Leshabari, & Kissila, 2004).

Ouderdom: Individue wat bewus is van hul MIV status is meer geneig om jonger te wees (Cunningham et al., 2009). Individue in hoër ouderdomsgroepe is daarom ook minder geneig om MIV toetsing te aanvaar, in vergelyking met individue van ouderdomsgroepe van 25 en laer (Brown et al., 2007). In teenstelling met die bogenoemde bevindinge is daar in ander studies bevind dat ouer ouderdomme geassosieer word met aanvaarding van MIV toetsing en kennis van MIV status (Gage & Ali, 2005; Fortenberry et al., 2002; Mwamburi et al., 2005).

Opvoeding en inkomste: MIV voorkomsyfers is dikwels hoër onder lae inkomste groepe (SANAC, 2007-2011). Hoër vlakke van opvoeding word ook oor die algemeen geassosieer met hoër vlakke van aanvaarding van MIV toetsing en kennis van MIV status (Bassett et al., 2008; Cunningham et al., 2009; Hutchinson & Mahlalela, 2006). Gage en Ali (2005) het bevind dat

individue met 'n sekondêre of hoër kwalifikasie meer geneig is om MIV toetsing te aanvaar, in vergelyking met individue wat slegs 'n primêre kwalifikasie het. Inteenstryding met die bogenoemde bevindinge het Cunningham et al. (2002) bevind dat individue met 'n hoër vlak van opvoeding meer geneig is om MIV toetsing te weier.

Huwelikstatus en Taal: Bassett et al. (2008) het bevind dat ongetroude mans meer geneig is om MIV positief te wees, maar dat hulle minder geneig is om kennis van hul status te dra. Daar was verder ook bevind dat individue wat vlot is in die taal van aanbieding van toetsing meer geneig is om toetsing te aanvaar (Yudin et al., 2004). Individue wat nie vlot is in die taal van aanbieding nie is daarom meer geneig om toetsing te weier (Cunningham et al., 2009).

2.9 Samevatting

Die bestudering van die literatuur en identifisering van relevante inligting het dit moontlik gemaak om 'n basis te vorm vir die skepping van 'n meetinstrument en om sodoende die studie uit te voer. Die bestudering van die GOM het dit ook moontlik gemaak om 'n gepaste model vir die studie te identifiseer. Die meetinstrument en die prosedures wat gevolg was gedurende die uitvoering van die studie word in die volgende hoofstuk bespreek.

HOOFSTUK DRIE

METODE

3.1 Oorsig

Hierdie hoofstuk bied 'n beskrywing van die gekose navorsingsomgewing, populasie en steekproef wat vir die studie gebruik was, sowel as 'n beskrywing van die navorsingsontwerp, metodes en die meetinstrument. 'n Oorsig van die prosedures wat gevolg was vir die insameling van die data en die data-analise word ook voorsien. Laastens word die navorsingshipoteses weergegee, gevolg deur die etiese oorwegings en prosedure wat binne die studie uitgevoer was.

3.2 Navorsingsontwerp en metodes

Hierdie studie het gebruik gemaak van 'n kwantitatiewe, dwarsnit-ontwerp. 'n Gestruktureerde, elektroniese, internet gebaseerde vraelys was gebruik om demografiese inligting te verkry en om aanvaarding van RBT, waargenome vatbaarheid, waargenome erns, waargenome voordele, waargenome hindernisse en aanwysings tot aksie te meet.

3.3 Navorsingsomgewing en beskrywing van die populasie

Die studie was uitgevoer by die Universiteit van Stellenbosch in die Weskaap Provinsie van Suid-Afrika. Gedurende die uitvoering van die studie, in 2011, was daar 'n totaal van 24684 studente aan die Universiteit van Stellenbosch geregistreer. Studente was gevestig op vier kampusse, naamlik, Stellenbosch Hoofkampus, Tygerberg Kampus, Bellville Besigheidskool en Saldanha Akademie vir Krygkunde. Stellenbosch Hoofkampus het die volgende fakulteite gehuisves: Agriwetenskappe, Lettere en Sosiale Wetenskappe, Onderwys, Ingenieurswese, Regsgeleerdheid, Teologie en 'n gedeelte van die Fakulteit Ekonomiese en Bestuurswetenskappe. Tygerberg Kampus het die Fakulteit van Gesondheidswetenskappe

gehuisves. Die Bellville Besigheidskool het die ander gedeelte van die Fakulteit Ekonomiese en Bestuurswetenskappe gehuisves. Die Saldanha Akademie vir Krygkunde het laastens die Fakulteit Krygkunde gehuisves. Die meerderheid van die studente aan die Universiteit van Stellenbosch was op Stellenbosch Hoofkampus, gevolg deur Tygerberg Kampus, Bellville Besigheidskool en Saldanha Akademie vir Krygkunde.

Die meerderheid van die studente aan die Universiteit van Stellenbosch was Wit, Afrikaanssprekende, Suid-Afrikaanse studente². 'n Groot hoeveelheid Engelssprekende studente het ook gedurende die studie aan die Universiteit van Stellenbosch studeer. Alhoewel die Universiteit van Stellenbosch hoofsaaklik uit Wit studente bestaan, was 'n derde (32.4%) van die studente wat aan die studie deelgeneem het van ander rasse afkomstig. Verskeie internasionale studente en studente met internasionale en Afrika tale as moedertaal het verder ook aan die universiteit studeer.

Die studentepopulasie het bestaan uit manlike en vroulike, voorgraadse en nagraadse, voltydse en deeltydse studente van verskeie inkomste- en ouderdomsgroepe. Die meerderheid van die studente was egter voltydse, voorgraadse studente tussen die ouderdom van 18 en 25.

3.4 Deelnemers

Die totale steekproef vir die studie het uit 1113 deelnemers bestaan. Om te kwalifiseer as deelnemer moes deelnemers aan die volgende vereistes voldoen: (1) Alle deelnemers moes geregistreer wees as studente aan die Universiteit van Stellenbosch; (2) Alle deelnemers moes bo

²Die Universiteit van Stellenbosch het oorspronklik slegs Afrikaans as onderrigtaal gebruik. Die meerderheid van Wit Suid-Afrikaners is Afrikaanssprekend en daarom is die meerderheid van studente aan die Universiteit van Stellenbosch Wit, Afrikaanssprekende studente. In 'n poging om diversiteit by die Universiteit van Stellenbosch te bevorder word beide Afrikaans en Engels huidig as onderrigtaale gebruik.

die ouderdom van agtien jaar wees. Die opdeling van die deelnemers volgens demografiese eienskappe word in die volgende hoofstuk weergegee.

3.5 Samestelling van die meetinstrument

'n Demografiese skaal was geskep om die beskrywende inligting van die deelnemers te bekom. Hierdie skaal het die volgende inligting vanaf die deelnemers versoek: ouderdom, geslag, ras, nasionaliteit, taal, vlak van opvoeding, studiejaar, indiense-nemingstatus, kampus en fakulteit.

Aangesien geen bestaande skale vir die meting van aanvaarding van RBT spesifiek, gevind was nie, was 'n nuwe meetinstrument geskep met behulp van bestaande items binne skale wat die veranderlikes van die GOM meet. Bestaande skale, wat items bevat wat die veranderlikes van die GOM meet, was deur middel van akademiese tydskrifte gesoek. Vyf skale was in die literatuur geïdentifiseer, naamlik: die 'AIDS Health Belief Scale' (Zagumny & Brady, 1998); die 'Champion's Health Belief Scale' (Champion, 1984); die 'Attitudes about HIV Anti-body Testing Scale' (Boshamer & Bruce, 1999); die 'Sexual Risk Scale' (DeHart & Birkimer, 1997) en 'n subskaal van die 'Health Belief Model Scale', naamlik waargenome vatbaarheid (Lux & Petosa, 1994). Nadat die bogenoemde skale geïdentifiseer was, was die psigometriese eienskappe en uitleg van die skale ondersoek om die toepaslikheid van die gebruik van die skale te bepaal. Daar was spesifiek gekyk na die interne geldigheid wat die skale al voorheen getoon het. Daar was ook gekyk na die relevansie van die bestaande items tot hierdie studie en of die vervanging van enkele woorde binne die items die items relevant tot die studie kon maak. Die psigometriese eienskappe en uitleg van hierdie skale word in afdeling 3.6 van hierdie hoofstuk bespreek.

Nadat die psigometriese eienskappe en uitleg van die skale ondersoek was, en daar bepaal was dat die skale geskik was vir gebruik in hierdie studie, was geskrewe toestemming vir die gebruik van hierdie skale vanaf die outeurs van die skale versoek. Alle outeurs het geskrewe

toestemming vir die gebruik van hul skale voorsien. Nadat toestemming verkry was, was sekere items vanuit die skale geselekteer en aangepas volgens hul toepaslikheid vir die huidige studie. Alhoewel geskikte items vanuit die bestaande skale verkry was, was hierdie items nie genoeg om al die veranderlikes van die GOM doeltreffend te meet nie. Addisionele items was daarom volgens die literatuur geskep, op grond van die veranderlikes van die GOM, om sodoende al die veranderlikes doeltreffend te meet.

Nadat die vraelys opgestel was, was dit vanaf Engels na Afrikaans deur die navorser vertaal om sodoende die vraelys in die twee onderrigtaale van die Universiteit van Stellenbosch beskikbaar te stel. Die vraelys was daarna deur 'n Meesterstudent in die Lettere en Sosiale Wetenskappe Fakulteit van die Universiteit van Stellenbosch vanaf Afrikaans na Engels terugvertaal. Die terugvertaalde Engelse vraelys was daarna met die navorser se weergawe van die Engelse vraelys vergelyk. Aanpassings was aan die navorser se weergawe van die vraelys gemaak indien dit grootliks van die terugvertaalde vraelys verskil het. Sodoende is die verstaanbaarheid en ooreenstemming tussen die twee vraelyste ten opsigte van taal verbeter.

Nadat die vraelys opgestel, vertaal en terugvertaal was, het tien proefdeelnemers die vraelys voltooi om sodoende die tydsduur en verstaanbaarheid van die vraelys vas te stel. Veranderinge was aan die vraelys gemaak op grond van die terugvoering van die proefdeelnemers. Die proefdeelnemers het oor die algemeen aangedui dat hulle die vraelys in 'n billike tyd kon voltooi, dat die vraelys duidelike instruksies bevat het en dat dit maklik verstaanbaar was. Minimale veranderinge was egter aan die instruksies van die vraelys gemaak om verstaanbaarheid te bevorder.

Nadat die prosedure vir die samestelling van die meetinstrument uitgevoer was, was die finale meetinstrument opgestel (Bylae A). Die finale meetinstrument was 'n gestruktureerde, self

administrerende vraelys. Die vraelys was gebruik om die demografiese inligting van die deelnemers te verkry sowel as om die veranderlikes van die GOM, wat die aanvaarding van RBT voorspel, te meet. Die totale vraelys het uit 87 items bestaan met sewe subskale, naamlik: demografiese veranderlikes, aanvaarding van RBT, waargenome vatbaarheid, waargenome erns, waargenome voordele, waargenome hindernisse en aanwysings tot aksie.

Die items van die meetinstrument het hoofsaaklik uit stellings bestaan waarvoor deelnemers hul vlak van ooreenstemming met die stellings moes weergee. Die vlak van ooreenstemming vir die veranderlikes: waargenome vatbaarheid, waargenome erns, waargenome voordele en waargenome hindernisse, was op 'n vyfpunt Likert skaal gemeet. Die Likert skaal het die volgende antwoord opsie voorsien: stem hoegenaamd nie saam nie, stem nie saam nie, onseker, stem saam, stem volkome saam. Die vlak van ooreenstemming vir die veranderlike aanwysings tot aksie was op 'n driepunt Likert skaal gemeet met die volgende antwoord opsies: ja, onseker, nee.

Die vraelys was in beide Afrikaans en Engels aan deelnemers beskikbaar gestel en deelnemers kon die vraelys in hul taal van voorkeur voltooi. Die totale vraelys het ongeveer twintig minute geneem om te voltooi.

3.6 Subskale van die meetinstrument en toekenning van tellings

3.6.1 Demografiese faktore

Die vraelys vir die insameling van die demografiese inligting van die deelnemers het uit tien items bestaan. Hierdie vrae het gefokus op geslag, ouderdom, moedertaal, ras, opvoedingsvlak, studiejaar, kampus, fakulteit, indiensnemingstatus en inkomste. Aangesien die demografiese inligting slegs beskrywende inligting was, was tellings slegs aan die veranderlikes toegedien om die verskillende groepe van mekaar te onderskei.

3.6.2 Aanvaarding van RBT

Die subskaal aanvaarding het uit sewe items bestaan en het die afhanklike veranderlike aanvaarding van RBT voorgestel. Weens die tekort aan reeds bestaande skale vir die meting van aanvaarding van RBT was alle items in hierdie subskaal nuut gekonstrueer op grond van bestaande inligting uit die literatuur. 'n Voorbeeld van items wat in hierdie skaal gebruik was, is as volg: “Ek is ten gunste van roetine MIV berading en toetsing”. Die items van hierdie subskaal was op 'n vyfpunt Likert skaal beantwoord en tellings was op grond van die antwoorde toegeken. Tellings vir die antwoorde het gevarieer tussen 1 (ek stem hoegenaamd nie saam nie), 2 (ek stem nie saam nie), 3 (onseker), 4 (ek stem saam) en 5 (ek stem volkome saam). 'n Maksimum telling van 35 was bereikbaar vir die subskaal aanvaarding en hoër tellings het groter gunstigheid teenoor aanvaarding van RBT weerspieël.

3.6.3 Waargenome vatbaarheid

Die subskaal waargenome vatbaarheid het uit twaalf items bestaan. Die subskaal was saamgestel uit: (1) vier van die ses items van die subskaal waargenome vatbaarheid van die ‘Health Belief Model Scale’ (Lux & Petosa, 1994); (2) die vier items van die subskaal waargenome vatbaarheid van die ‘Sexual Risk Scale’ (DeHart & Birkimer, 1997); (3) en die vier items van die subskaal vatbaarheid van die ‘AIDS Health Belief Scale’ (Zagumny & Brady, 1998). 'n Voorbeeld van items wat in hierdie skaal gebruik was, is as volg: “Daar is 'n moontlikheid dat ek MIV/VIGS het”. Die items van hierdie subskaal was op 'n vyfpunt Likert skaal beantwoord en tellings was op grond van die antwoorde toegeken. Tellings vir die antwoorde het gevarieer tussen 1 (ek stem hoegenaamd nie saam nie), 2 (ek stem nie saam nie), 3 (onseker), 4 (ek stem saam) en 5 (ek stem volkome saam). Omgekeerde tellings was egter aan die eerste vyf items van die subskaal waargenome vatbaarheid toegeken. 'n Maksimum telling van 60 was bereikbaar vir die subskaal

waargenome vatbaarheid en hoër tellings het 'n hoër vlak van waargenome vatbaarheid vir MIV weerspieël.

3.6.4 Waargenome erns

Die subskaal waargenome erns het uit vyftien items bestaan. Die subskaal was saamgestel uit: (1) die vier items van die subskaal erns van die 'AIDS Health Belief Scale' (Zagumny & Brady, 1998); (2) en elf uit die twaalf items van die 'Champion's Health Belief Model Scale' (Champion, 1984). In die laasgenoemde skaal was die woord borskanker vervang met MIV/VIGS. 'n Voorbeeld van items wat in hierdie skaal gebruik was, is as volg: "Ek sal lievers enige ander terminale siekte hê as VIGS". Die items van hierdie subskaal was op 'n vyfpunt Likert skaal beantwoord en tellings was op grond van die antwoorde toegeken. Tellings vir die antwoorde het gevarieer tussen 1 (ek stem hoegenaamd nie saam nie), 2 (ek stem nie saam nie), 3 (onseker), 4 (ek stem saam) en 5 (ek stem volkome saam). 'n Maksimum telling van 75 was bereikbaar vir die subskaal waargenome erns en hoër tellings het 'n hoër vlak van waargenome erns van MIV weerspieël.

3.6.5 Waargenome voordele

Die subskaal waargenome voordele het uit elf items bestaan. Weens die tekort aan reeds bestaande items vir die meting van waargenome voordele was alle items in hierdie subskaal nuut gekonstrueer op grond van bestaande inligting in die literatuur. 'n Voorbeeld van items wat in hierdie skaal gebruik was, is as volg: "As ek weet wat my MIV status is sal dit vir my gemoedsrus gee". Die items van hierdie subskaal was op 'n vyf punt Likert skaal beantwoord en tellings was op grond van die antwoorde toegeken. Tellings vir die antwoorde het gevarieer tussen 1 (ek stem hoegenaamd nie saam nie), 2 (ek stem nie saam nie), 3 (onseker), 4 (ek stem saam) en 5 (ek stem volkome saam). 'n Maksimum telling van 55 was bereikbaar vir die

subskaal waargenome voordele en hoër tellings het 'n hoër vlak van waargenome voordele verbonde aan RBT weerspieël.

3.6.6 Waargenome hindernisse

Die subskaal waargenome hindernisse het uit twintig items bestaan. Die subskaal was saamgestel uit: (1) vyftien van die twee en dertig items van die 'Attitudes about HIV Anti-body Testing Scale' (Boshamer & Bruce, 1999); (2) en vyf nuut gekonstrueerde items op grond van bestaande inligting in die literatuur. 'n Voorbeeld van items wat in hierdie subskaal gebruik was, is as volg: "As jy erken dat jy vir MIV getoets behoort te word beteken dit dat jy betrokke was by immorele gedrag". Die items van hierdie subskaal was op 'n vyfpunt Likert skaal beantwoord en tellings was op grond van die antwoorde toegeken. Tellings vir die antwoorde het gevarieer tussen 1 (ek stem hoegenaamd nie saam nie), 2 (ek stem nie saam nie), 3 (onseker), 4 (ek stem saam) en 5 (ek stem volkome saam). 'n Maksimum telling van 100 was bereikbaar vir die subskaal waargenome hindernisse en laer tellings het 'n laer vlak van waargenome hindernisse verbonde aan RBT weerspieël.

3.6.7 Aanwysings tot aksie

Die subskaal aanwysings tot aksie het uit ses items bestaan. Weens die tekort aan bestaande items vir die meting van aanwysings tot aksie was al ses items nuut gekonstrueer op grond van bestaande inligting in die literatuur. 'n Voorbeeld van items wat in hierdie skaal gebruik was, is as volg: "Ek het onlangs 'n advertensie gehoor/gelees oor hoe belangrik dit is om vir MIV getoets te word". Die items van hierdie subskaal was op 'n driepunt Likert skaal beantwoord en tellings was op grond van die antwoorde toegeken. Tellings vir die antwoorde het gevarieer tussen 1 (Nee), 2 (Onseker) en 3 (Ja). 'n Maksimum telling van 18 was bereikbaar vir die

subskaal aanwysings tot aksie en hoër tellings het die aanwesigheid van meer aanwysings tot aksie weerspieël.

3.7 Psigometriese eienskappe van die geraadpleegde meetinstrumente

3.7.1 Die ‘AIDS Health Belief Scale’

Die ‘AIDS Health Belief Scale’ was in 1998 deur Zagumny en Brady saamgestel. Die skaal was oorspronklik ontwerp om MIV voorkomende gedrag te voorspel met spesifieke fokus op kondoomverbruik. Die totale skaal bestaan uit 16 items wat vier subskale vorm. Die items word beantwoord op ’n sespunt Likert skaal. Die Likert skaal varieer tussen die antwoorde: stem volkome saam en stem hoegenaamd nie saam nie. Die ‘AIDS Health Belief Scale’ het al voorheen interne geldigheid getoon, met ’n algehele Cronbach alpha telling van 0.82 (Zagumny & Brady, 1998). Die subskale van die ‘AIDS Health Belief Scale’ het ook almal aanvaarbare interne geldigheid getoon met ’n Cronbach alpha van 0.83 vir beide die subskaal vatbaarheid en die subskaal erns, ’n Cronbach alpha van 0.93 vir die subskaal voordele en ’n Cronbach alpha van 0.92 vir die subskaal hindernisse.

3.7.2 Die ‘Champion’s Health Belief Model Scale’

Die ‘Champion’s Health Belief Model Scale’ was in 1984 deur Champion saamgestel. Die skaal was oorspronklik ontwerp om oortuigings aangaande borskanker te ondersoek en om die beoefening van borselfondersoeke te voorspel. Die totale skaal bestaan uit 39 items wat vyf subskale vorm. Die subskale van die ‘Champion’s Health Belief Model Scale’ wat al aanvaarbare interne geldigheid getoon het, is as volg: waargenome vatbaarheid met ’n Cronbach alpha telling van 0.78, waargenome erns ook met ’n Cronbach alpha van 0.78 en waargenome hindernisse met ’n Cronbach alpha van 0.76 (Champion, 1984). Sekere van die sub-skale het egter voorheen lae interne geldigheid getoon. Hierdie subskale is as volg: waargenome voordele

met 'n Cronbach alpha van 0.61 en gesondheidsmotivering met 'n Cronbach alpha van 0.62 (Champion, 1984). Die items van die 'Champion's Health Belief Model Scale' word beantwoord op 'n vyfpunt Likert skaal. Die Likert skaal varieer tussen die volgende antwoorde: stem hoegenaamd nie saam nie en stem volkome saam.

3.7.3 Die 'Attitudes about HIV-antibody Testing Scale'

Die 'Attitudes about HIV-antibody Testing Scale' was in 1999 deur Boshamer en Bruce saamgestel. Die skaal was oorspronklik ontwerp om houdings teenoor MIV toetsing te ondersoek deur gebruik te maak van fasiliterende faktore en hindernisse tot MIV toetsing. Die skaal bestaan uit 'n totaal van 32 items, waarvan 14 items fasiliterende faktore tot MIV toetsing weerspieël. Die oorblywende 18 weerspieël hindernisse tot MIV toetsing. Die items van die 'Attitudes about HIV-antibody Testing Scale' word op 'n Likert skaal beantwoord. Die Skaal het al voorheen aanvaarbare interne geldigheid getoon met 'n algehele Cronbach alpha van 0.88 (Boshamer & Bruce, 1999).

3.7.4 Die 'Sexual Risk Scale'

Die 'Sexual Risk Scale' was in 1997 deur DeHart en Birkimer saamgestel. Die skaal was oorspronklik ontwerp om houdings en intensies tot veilige seksuele omgang te ondersoek. Die totale skaal bestaan uit 38 items wat ses subskale vorm. Die items van die 'Sexual Risk Scale' word op 'n vyfpunt Likert skaal beantwoord. Die Likert skaal varieer tussen die volgende antwoorde: stem hoegenaamd nie saam nie en stem volkome saam. Die 'Sexual Risk Scale' het al interne geldigheid getoon met 'n algehele Cronbach alpha van 0.86 (Dehart & Birkimer, 1997). Die subskale van die 'Sexual Risk Scale' toon ook almal aanvaarbare interne geldigheid. Die subskale en interne geldigheid van die subskale is as volg: houdings teenoor veilige seksuele omgang ($\alpha = 0.88$), portuur norme ($\alpha = 0.83$), waargenome vatbaarheid vir MIV ($\alpha = 0.84$),

middel gebruik ($\alpha = 0.76$), verwagtinge aangaande die beoefening van veilige seksuele omgang ($\alpha = 0.80$) en intensies om veilige seksuele omgang te probeer (0.80) (DeHart & Birkimer, 1997).

3.7.5 Die subskaal waargenome vatbaarheid van die 'Health Belief Model Scale'

Die 'Health Belief Model Scale' was in 1994 deur Lux en Petosa saamgestel. Dit was oorspronklik ontwerp om voorkoming van MIV onder jeugoortreders te ondersoek. Die subskaal waargenome vatbaarheid van die 'Health Belief Model Scale' bestaan uit ses items. Die items word op 'n vierpunt Likert skaal beantwoord. Die Likert skaal varieer tussen die volgende antwoorde: stem saam en stem nie saam nie. Die subskaal waargenome vatbaarheid het al aanvaarbare interne geldigheid getoon met 'n Cronbach alpha telling van 0.72 (Lux & Petosa, 1994).

3.8 Prosedure vir die insameling van data

Nadat die nodige toestemming vir die uitvoering van die studie verkry was, was die gefinaliseerde meetinstrument vir hierdie studie omskep in 'n elektroniese, internet gebaseerde vraelys met behulp van die program SURveys/Checkbox 4.6 en die Departement Inligtingstechnologie by die Universiteit van Stellenbosch. 'n Elektroniese uitnodiging tot deelname aan die studie was ook met die bogenoemde program geskep.

Nadat die elektroniese weergawe van die vraelys en die uitnodiging geskep was, was die e-pos adresse van alle studente by die Universiteit van Stellenbosch vanaf die afdeling Studenterekords by die Universiteit van Stellenbosch versoek en verkry. 'n Totaal van 24684 e-pos adresse was vanaf die afdeling Studenterekords ontvang. Nadat die e-pos adresse verkry was, was dit ingevoer in die program SURveys/Checkbox 4.6 en 'n uitnodiging tot deelname aan die studie was deur middel van die program aan al 24684 studente by die Universiteit van Stellenbosch gestuur. Sodoende het alle studente die geleentheid gehad om die vraelys te voltooi.

Die uitnodiging tot deelname aan die studie het 'n verduideliking van die studie, doel van die studie, voordele van die studie, vergoeding vir deelname, identifisering van die navorsers, tydsduur vir die voltooiing van die vraelys, die prosedure vir deelname en 'n skakel tot die vraelys bevat. Indien studente gewillig was om deel te neem aan die studie kon hulle die voorsiene skakel volg en die vraelys voltooi.

Nadat die vraelyste deur die deelnemers voltooi was, was daar tellings aan die antwoorde van vrae toegeken en hierdie tellings was in 'n databasis geplaas. Die toekenning van waardes en die samestelling van die databasis was outomaties deur die program SURveys/Checkbox 4.6 uitgevoer.

Die vraelys was gedurende April, Mei en Junie 2011 beskikbaar vir deelnemers om te voltooi. Twee weke en ses weke onderskeidelik na die eerste uitnodiging vir die voltooiing van die vraelys gestuur was, was die uitnodiging herstuur aan alle studente wat dit nog nie voltooi het nie. Die vraelys was vir 'n totale tydsduur van twee maande beskikbaar vir voltooiing en elke student kon slegs een vraelys voltooi.

3.9 Data-analise

Nadat die data ingesamel was, was die databasis wat deur die program SURveys/Checkbox 4.6 gegenereer was in die program SPSS ingevoer. Alle data-analise was daarna deur middel van SPSS uitgevoer.

3.9.1 Voorspelling van aanvaarding van RBT

Veelvuldige regressie-analise was gebruik om te bepaal of die GOM wel aanvaarding van RBT kon voorspel. Aanvaarding van RBT was gebruik as die uitkomsveranderlike in die studie.

Aanvaarding van RBT was in die konteks van die studie beskryf as die individu se gesindheid teenoor RBT, selfbekwaamheid vir die aanvaarding van RBT en algemene gesondheidswaardes.

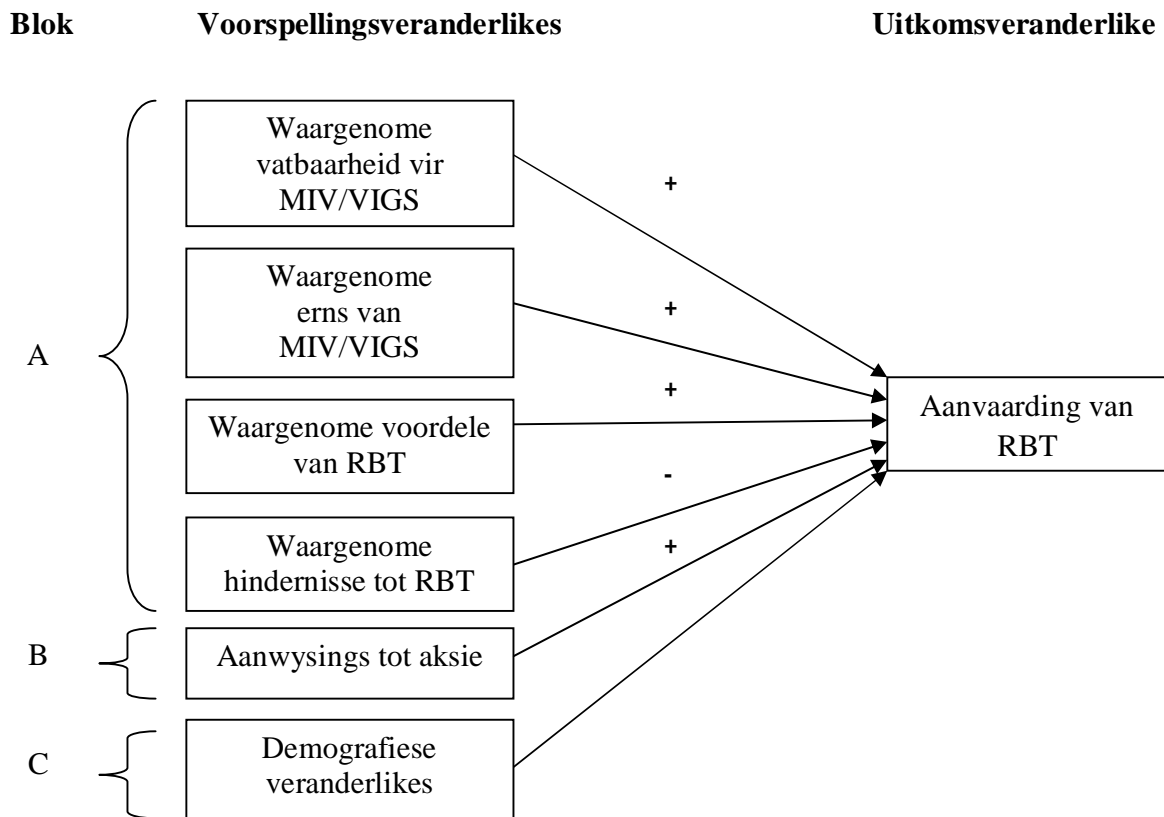
Die voorspellingsveranderlikes in die regressie model was volgens die hiërargiese, blok metode in die model gevoer. Die hoofdimensies van die GOM was in die eerste blok van die regressie model ingevoer. Hierdie hoofdimensies is as volg: (1) Waargenome vatbaarheid, wat die individu se subjektiewe risiko assessering vir MIV/VIGS behels; (2) waargenome erns, wat die individu se persoonlike oortuigings aangaande die erns en nagevolge van MIV infektering behels; (3) waargenome voordele, wat die individu se persoonlike evaluering van die voordele verbonde aan RBT behels; (4) en waargenome hindernisse, wat individuele faktore wat die aanvaarding van RBT belemmer behels.

Die GOM beweer egter ook dat aanwysings tot aksie 'n rol kan speel in die beoefening van gesondheidsbevorderende gedrag. Die GOM beweer dat vir die individu om RBT te aanvaar moet hy homself as vatbaar vir MIV beskou, MIV as ernstig beskou, en meer voordele as hindernisse verwant aan MIV toetsing ervaar (Janz & Becker, 1984). Die GOM beweer verder ook dat indien die individu die bogenoemde faktore ervaar kan 'n aanwysing tot aksie, aksie bewerkstellig. Aangesien aanwysings tot aksie nie beïnvloed word deur persoonlike oortuigings nie, maar meer te doen het met omgewingsfaktore was hierdie voorspellingsveranderlike afsonderlik in die tweede blok van die regressie model ingevoer.

Die GOM beweer verder ook dat demografiese faktore 'n invloed op oortuigings aangaande gesondheidsbevorderende gedrag het. Demografiese veranderlikes het daarom 'n invloed op waargenome vatbaarheid, waargenome erns, waargenome voordele en waargenome hindernisse. Aangesien demografiese veranderlikes daarom 'n invloed op gesondheidsoortuigings het en gesondheidsoortuigings het 'n invloed op die beoefening van die gesondheidsbevorderende gedrag was die demografiese veranderlikes in die derde blok van die regressie model ingevoer.

Figuur 2 stel die finale regressie model voor met blok A wat die volgende voorspellingsveranderlikes bevat: waargenome vatbaarheid, waargenome erns, waargenome voordele en waargenome hindernisse. Blok B bevat die voorspellingsveranderlike aanwysings tot aksie en Blok C bevat die demografiese veranderlikes. In hierdie figuur verteenwoordig 'n plus teken 'n positiewe verhouding tussen die voorspellingsveranderlike en die uitkomsveranderlike en 'n minus teken verteenwoordig 'n negatiewe verhouding tussen die veranderlikes. Die afwesigheid van 'n teken beteken dat die verwagte verhouding tussen die voorspellingsveranderlike en die uitkomsveranderlike onbekend was. 'n Positiewe verhouding word dus tussen die uitkomsveranderlike aanvaarding van RBT en die volgende voorspellingsveranderlikes verwag: waargenome vatbaarheid, waargenome erns, waargenome voordele en aanwysings tot aksie. 'n Negatiewe verhouding word tussen die uitkomsveranderlike, aanvaarding van RBT en die voorspellingsveranderlike waargenome hindernisse verwag. Die verhouding tussen demografiese veranderlikes en aanvaarding van RBT was onbekend.

Pearson se korrelasie koëffisiënt was verder ook bereken om die verhoudings tussen die voorspellingsveranderlikes en die uitkomsveranderlike te bepaal. Die korrelasie koëffisiënte tussen die voorspellingsveranderlikes was ook bepaal om sodoende die interverhoudings tussen die voorspellingsveranderlikes te bestudeer.



Figuur 2: Skematiese voorstelling van die regressie model

3.9.2 Demografiese veranderlikes

Meerveranderlike Analise van Variansie (MANOVA) was gebruik om te bepaal of daar beduidende verskille tussen die groepe van die demografiese veranderlikes en die veranderlikes van die studie (aanvaarding van RBT, waargenome vatbaarheid, waargenome erns, waargenome voordele, waargenome hindernisse en aanwysings tot aksie) bestaan. Die MANOVA's was uitgevoer op die demografiese veranderlikes: taal, kwalifikasie, studiejaar, kampus, fakulteit, indiensnemingstatus, ras en inkomste. Die MANOVA's was opgevolg deur Analise van variansie (ANOVA) en die ANOVA's was opgevolg deur post-hoc prosedures om sodoende die individuele verskille tussen groepe te bepaal.

3.9.3 MIV toetsing

MANOVA's was verder ook gebruik om te bepaal of daar beduidende verskille bestaan tussen individue wat reeds vir MIV getoets was en individue wat nog nie vir MIV getoets was nie.

Verskille tussen die groepe was vir die veranderlikes aanvaarding van RBT, waargenome vatbaarheid, waargenome erns, waargenome voordele, waargenome hindernisse en aanwysings tot aksie ondersoek. Die MANOVA's was opgevolg deur ANOVA's om sodoende die individuele verskille tussen die twee groepe te bepaal

3.10 Navorsingshipoteses

Op grond van die GOM en die navorsingsoogmerke in Hoofstuk 1 was die volgende hipoteses opgestel:

Hipotese 1: Die hoofdimensies van die GOM sal aanvaarding van RBT onder die studentepopulasie voorspel.

Hipotese 2: Aanwysings tot aksie sal 'n beduidende bydrae tot die voorspelling van aanvaarding van RBT lewer.

Hipotese 3: Beduidende verskille in oortuigings teenoor RBT en MIV sal tussen die verskillende groepe van die demografiese veranderlikes bestaan.

Hipotese 4: Individue wat reeds vir MIV getoets was, in vergelyking met individue wat nog nie vir MIV getoets was nie, sal beduidend meer vatbaar vir MIV voel, sal MIV as beduidend meer ernstig beskou, sal beduidend meer voordele verbonde aan MIV toetsing ervaar, sal beduidend minder hindernisse tot MIV toetsing ervaar en sal beduidend meer aanwysings tot aksie ervaar.

3.11 Etiese oorwegings

Etiese goedkeuring vir die uitvoering van die studie was verkry vanaf die Navorsingsetiekkomitee vir Mensnavorsing by die Universiteit van Stellenbosch (Bylae B). Goedkeuring vir die gebruik van studente aan die Universiteit van Stellenbosch as deelnemers aan die studie sowel as die gebruik van die e-pos adresse van studente was verkry vanaf die afdeling Institusionele Navorsing en Beplanning by die Universiteit van Stellenbosch (Bylae C).

Ingeligte toestemming tot deelname aan die studie was vanaf elke deelnemer verkry. Ingeligte toestemming was verkry deur gebruik te maak van die uitnodiging tot deelname aan die studie en die bepalings en voorwaardes binne die vraelys (Sien Bylae A). Die bogenoemde het as inligtingsblad en toestemmingsblad gedien . Soos reeds genoem het die uitnodiging tot deelname aan die studie 'n verduideliking van die studie, die doel van die studie en die prosedure wat deelnemers moes volg, bevat. Die bepalings en voorwaardes tot die studie was deur middel van die toestemmingsblad voorsien. Die toestemmingsblad het ook die deelnemers van vertroulikheid en anonimiteit verseker.

Nadat deelnemers die geleentheid gehad het om die uitnodiging en die toestemmingsblad deur te lees was daar van hulle versoek om aan te dui of hulle die bepalings en voorwaardes van die studie aanvaar of afkeur. Aanvaarding of afkeuring van die bepalings en voorwaardes van die studie was deur deelnemers aangedui deur middel van die selektering van een van twee knoppies, naamlik: 'ek stem saam (ek wil aan die studie deelneem)' of 'ek stem nie saam nie (ek wil nie aan die studie deelneem)'. Indien die deelnemer die knoppie 'ek stem saam (ek wil aan die studie deelneem)' geselekteer het was die volgende bladsy van die opname instrument ontbloot. Indien die deelnemer die knoppie 'ek stem nie saam nie (ek wil nie aan die studie

deelneem nie)' geselekteer het, het die vraelys outomaties toegemaak en geen inligting was gestoor nie.

Die toestemmingsblad van die opname instrument was gevolg deur 'n bladsy vir die voorsiening van 'n e-pos adres. Deelnemers was slegs versoek om hul e-pos adresse te voorsien indien hulle in aanmerking wou kom vir die gelukstrekking van R500 wat as aanmoediging tot deelname aan die studie gedien het. Indien deelnemers nie hulle e-pos adresse wou voorsien nie, kon hulle steeds die vraelys voltooi, hulle sou sodoende net nie in aanmerking kom vir die gelukstrekking nie. Deelnemers was verder ook verseker dat hul e-pos adresse slegs gebruik sou word om die wenner van die gelukstrekking te kontak om sodoende die afhaal van die prys te organiseer.

3.12 Samevatting

Die skepping van die meetinstrument en prosedures wat gevolg was, het dit moontlik gemaak om die data in te samel en te analiseer. Die resultate van die analise van die data word in die volgende hoofstuk bespreek.

HOOFSTUK VIER

RESULTATE

4.1 Oorsig

In hierdie hoofstuk word die uitleg van die steekproef ten opsigte van demografiese veranderlikes weergegee. Die interne geldigheid van die meetinstrument word verder ook beoordeel. Die resultate van die statistiese metodes wat gebruik was in die analise van die data word ook bespreek, sowel as die aannames van parametriese toetse.

4.2 Demografiese eienskappe van die steekproef

Tabel 1 toon die demografiese inligting van die steekproef. Die hoeveelheid deelnemers (N) in elke groep en die persentasie (%) wat elke groep tot die steekproef bydrae word vir die demografiese veranderlikes: geslag, ras, ouderdom, taal, vlak van opvoeding, indiensnemingstatus, kampus, fakulteit en studiejaar aangedui. Vir die demografiese veranderlike ouderdom word die gemiddelde (G) ouderdom ook aangedui. Die demografiese eienskappe van die steekproef word gevolglik bespreek.

Die meerderheid van die deelnemers was vroulik met 'n persentasie van 64.2% (n=715). Die res van die steekproef, 35.8% (n=398) was manlik. Die gemiddelde ouderdom van deelnemers was 22.2 en ouderdom het gevarieer tussen 18 en 68.

Die meerderheid van deelnemers het hulself geklassifiseer as Wit Suid-Afrikaners met 'n persentasie van 67.6% (n=752), gevolg deur Kleurling Suid-Afrikaners met 13.8% (n=154), internasionale studente met 9% (n=100), Swart Suid-Afrikaners met 6.8% (n=76), Indiër Suid-Afrikaners met 1.4% (n=16) en Asiatiese Suid-Afrikaners met 0.4% (n=5).

Die meerderheid van die deelnemers was Afrikaanssprekend met 49.8% (n=554), gevolg deur Engelssprekendes met 39% (n=434) en Xhosasprekendes met 2.6% (n=30). Die oorblywende 8.6% van deelnemers het aangedui dat nie een van die tale op die vraelys hul moedertaal was nie en het verskeie ander internasionale en Afrika tale gespesifiseer as moedertaal.

Deelnemers het oor die algemeen 'n Matriek kwalifikasie as hoogste voltooide akademiese kwalifikasie gelys met 71.6% (n=797), gevolg deur deelnemers met 'n Baccalaureusgraad met 14% (n=156), deelnemers met 'n Honneursgraad met 8.5% (n=95), deelnemers met 'n Meestersgraad met 5.2% (n=58) en deelnemers met 'n Doktersgraad met 0.6% (n=7). Verder was 30.2% (n=336) van die deelnemers eerstejaars, 16.9% (n=188) was tweedejaars, 19.9% (n=221) was derdejaars, 7.7% (n=86) was honneursgraad studente, 12.4% (n=138) was meestersgraad studente en 3.9% (n=43) was doktorale studente.

Deelnemers was hoofsaaklik voltydse studente met 'n persentasie van 79.3% (n=883). Die res van die studente in die steekproef was of deeltydse studente wat voltydse werknemers was met 'n persentasie van 7.8% (n=87) of deeltydse en voltydse studente wat deeltydse werknemers was met 'n persentasie van 11.1% (n=124). Ongeveer die helfte van deelnemers het aangedui dat hul maandelikse huishoudelike inkomste meer as R10 000 is met 'n persentasie van 53.5% (n=596), gevolg deur 'n maandelikse huishoudelike inkomste van R5001-R10 000 met 16.2% (n=180), 'n maandelikse inkomste van R2001-R5000 met 12.9% (n=144), 'n maandelikse inkomste van R1001-R2000 met 8.8% (n=98) en 'n maandelikse huishoudelike inkomste van minder as R1000 met 8.5% (n=95).

Deelnemers was hoofsaaklik gebaseer op Stellenbosch hoofkampus met 81.6% (n=908), gevolg deur Tygerberg kampus met 14.4% (n=160), Bellville kampus met 3.3% (n=37) en

Saldanha kampus met 0.3% (n=3). Die meerderheid van studente het in die Lettere en Sosiale Wetenskappe fakulteit studeer met 'n persentasie van 22.3% (n=248), gevolg deur Ekonomiese en Bestuurswetenskappe met 19.1% (n=213), Natuurwetenskappe met 18.4% (n=205), Gesondheidswetenskappe met 15.6% (n=174), Ingenieurswese met 10.6% (n=118), Agriwetenskappe met 4.9% (n=55), Regsgeleerdheid met 4.1% (n=46), Onderwys met 3.9% (n=43), Teologie met 0.7% (n=8) en Krygkunde met 0.3% (n=3).

Tabel 1

Demografiese uitleg en beskrywende statistieke van die steekproef

		N	%	G
Ouderdom		1113		22.2
Geslag		1113		
	Vroulik	715	64.2	
	Manlik	398	35.8	
Ras en Nasionaliteit		1113		
	Wit Suid-Afrikaner	752	67.6	
	Kleurling Suid-Afrikaner	154	13.8	
	Swart Suid-Afrikaner	76	6.8	
	Indiër Suid-Afrikaner	16	1.4	
	Asiatiese Suid-Afrikaner	5	0.4	
	Internasionale studente	100	9.0	
	Ander	10	0.9	
Taal		1113		
	Afrikaans	554	49.8	
	Engels	434	39.0	
	Xhosa	29	2.6	
	Ander	96	8.6	
Vlak van opvoeding		1113		
	Matriek	797	71.6	
	Baccalaureusgraad	156	14.0	
	Honneursgraad	95	8.5	
	Meestersgraad	58	5.2	
	Doktersgraad	7	0.6	

	N	%	G
Studiejaar	1113		
Eerstejaar	336	30.2	
Tweedejaar	188	16.9	
Derde jaar	221	19.9	
Honneurs	86	7.7	
Meesters	138	12.4	
Doktoraal	43	3.9	
Ander	101	9.1	
Indiensnemingstatus	1113		
Voltydse student	883	79.3	
Deeltydse werknemer	124	11.1	
Voltydse werknemer	87	7.8	
Ander	19	1.7	
Huishoudelike inkomste	1113		
Meer as R10 000 p.m.	596	53.5	
R5001 – R10 000 p.m.	180	16.2	
R2001 – R5000 p.m.	144	12.9	
R1001 – R2000 p.m.	98	8.8	
Minder as R1000 p.m.	95	8.5	
Kampus	1113		
Stellenbosch hoofkampus	908	81.6	
Tygerberg kampus	160	14.4	
Bellville kampus	37	3.3	
Saldanha kampus	3	0.3	
Ander	5	0.4	
Fakulteit	1113		
Lettere en Sosiale Wetenskappe	248	22.3	
Ekonomiese en Bestuurswetenskappe	213	19.1	
Natuurwetenskappe	205	18.4	
Gesondheidswetenskappe	174	15.6	
Ingenieurswese	118	10.6	
Agriwetenskappe	55	4.9	
Regsgeleerdheid	46	4.1	
Onderwys	43	3.9	
Teologie	8	0.7	
Krygkunde	3	0.3	

4.3 Data ontleding en toetsing vir aannames van parametriesse toetse

Alle aannames van parametriesse data was ondersoek sowel as die spesifieke aannames van regressie-analise, MANOVA's en ANOVA's. Indien daar statistiese toetse vir die toetsing van

aannames beskikbaar was, was die gepaste toetse op die data uitgevoer. Die resultate van hierdie toetse word gevolglik bespreek.

4.3.1 Die normaalverspreiding van data

Die verbruik van parametriesse statistiese toetse vereis dat data normaal versprei is. Die Kolmogorov-Smirnov toets vir normaliteit was gebruik om te bepaal of die veranderlikes beduidend verskil van die normaalverspreiding. Die afhanklike veranderlike aanvaarding $D(1113) = .12, p < .001$ en die onafhanklike veranderlikes: waargenome vatbaarheid $D(1113) = .05, p < .001$, waargenome erns $D(1113) = .04, p < .001$, waargenome voordele $D(1113) = .06, p < .001$, waargenome hindernisse $D(1113) = .08, p < .001$ en aanwysings tot aksie $D(1113) = .18, p < .001$ het almal volgens die Kolmogorov-Smirnov toets beduidend van die normaalverspreiding verskil. Hierdie toets is egter nie ideaal vir groot steekproewe nie, want klein afwykings van normaliteit word deur die toets opgetel en weens die hoeveelheid klein afwykings van normaliteit wat in groot steekproewe kan voorkom word beduidende resultate algemeen verkry. Beduidende resultate in groot steekproewe is daarom meestal nie 'n voldoende aanduiding van die normaliteit van veranderlikes nie.

Normaliteit van die verspreidings van veranderlikes was verder ondersoek deur te kyk na histogramme. Die histogram vir die verspreiding van tellings van die veranderlike waargenome vatbaarheid was normaal versprei. Die histogram vir die veranderlike waargenome erns het verder ook 'n normaalverspreiding weerspieël.

Die afhanklike veranderlike, aanvaarding en die onafhanklike veranderlikes waargenome voordele, waargenome hindernisse en aanwysings tot aksie het egter afwykings van normaliteit getoon. Volgens Field (2005) is datavasleggingsfoute en onverklaarde ontbrekende waardes

moontlike oorsake van abnormale verspreidings. Deeglike ondersoeking van die databasis het geen datavasleggingsfoute of onverklaarde ontbrekende waardes openbaar nie.

'n Verdere moontlike oorsaak van afwykings van normaliteit is die teenwoordigheid van uitskieters. Uitskieters was met behulp van houer-en-puntdiagramme onder die verspreidings van die veranderlikes aanvaarding en waargenome hindernisse gevind. Cook se afstand, 'leverage' en Mahalanobis tellings was gebruik om die invloed van hierdie uitskieters te beoordeel. Al die uitskieters het 'n Cook afstand van minder as 1 gehad en het daarom nie 'n beduidende invloed op die regressie model as geheel gehad nie. Die uitskieter in die verspreiding van die veranderlike waargenome hindernisse het egter 'n 'leverage' telling van meer as drie keer die gemiddelde waarde van tellings gehad en het ook 'n Mahalanobis telling van meer as 25 gehad. Hierdie uitskieter het daarom 'n beduidende invloed op die regressie model gehad en was vanuit die databasis verwyder. Die ander twee uitskieters het nie beduidende 'leverage' en Mahalanobis tellings getoon nie en was daarom behou. Die verwydering van die uitskieter in die verspreiding van die waargenome hindernis tellings het egter geen beduidende verskil aan die verspreiding gemaak nie.

In 'n verdere poging om die verspreidings te normaliseer was logtransformasies uitgevoer. Nadat logtransformasies uitgevoer was het die Kolmogorov-Smirnov toets vir normaliteit steeds beduidende resultate getoon. Die histogramme vir die veranderlikes: aanvaarding, waargenome voordele, waargenome hindernisse en aanwysings tot aksie het ook steeds afwykings van normaliteit getoon. Aangesien die logtransformasies nie 'n verskil aan die verspreidings van die veranderlikes gemaak het nie, was die oorspronklike tellings in die data-analise gebruik.

Volgens die Sentrale Limiet Teorie neem die normaalverspreiding van 'n populasie nie noodwendig die vorm van die klok-kurwe aan nie (Howel, 2008). Die teorie veronderstel dat die verspreiding van 'n steekproef die normale verspreiding van die populasie weerspieël soos wat die grootte van die steekproef toeneem (Howel, 2008). Gegewe die grootte van die steekproef van hierdie studie kan daar beweer word dat die verspreiding van die steekproef die normaalverspreiding van die populasie weerspieël.

Die verbruik van regressie-analise vereis egter nie dat veranderlikes normaal versprei moet wees nie, maar wel dat residueles vir die regressie model normaal versprei moet wees. Die Kolmogorov-Smirnov toets vir normaliteit het weereens getoon dat die verspreiding van die residueles $D(1113) = .09, p < .001$ beduidend verskil van die normaalverspreiding. Die verspreiding van die residueles was verder ondersoek deur gebruik te maak van 'n histogram, wat aangedui het dat die residueles wel normaal versprei was.

4.3.2 Multikollineariteit tussen voorspellingsveranderlikes

Die korrelasies tussen die voorspellingsveranderlikes was bestudeer vir multikollineariteit. Korrelasies met 'n grootte van $r > 0.80$ kan beskou word as problematies (Field, 2005). Geen van die voorspellingsveranderlikes het problematiese korrelasies getoon nie. Die Variansie Inflasie Faktor (VIF) statistiek was ook gebruik om te toets vir multikollineariteit. Die gemiddelde VIF vir die voorspellingsveranderlikes was 1.17 (sien tabel 5) en geen van die voorspellingsveranderlikes se VIF tellings was bo 10 nie. Volgens Myers (1990) was daar dus geen beduidende multikollineariteit tussen die voorspellingsveranderlikes nie.

4.3.3 Onafhanklikheid van skattingsfoute

Die Durbin-Watson toets was gebruik om die aanname van regressie, naamlik onafhanklikheid van skattingsfoute te toets. Hierdie aanname veronderstel dat residueles nie met mekaar korreleer

nie. Die Durbin-Watson-statistiek het 'n telling van 1.975 getoon wat baie naby aan twee is en daar kan dus volgens Field (2005) aanvaar word dat skattingsfoute of residueles onafhanklik van mekaar was. Die telling is ook nie kleiner of gelyk aan 1 nie en is nie groter of gelyk aan 3 nie ($1 \leq x \leq 3$), dus was daar volgens Durbin en Watson (1951) nie beduidende korrelasies tussen residueles nie.

4.3.4 Homogeniteit van variansie

Die gebruik van MANOVA's en ANOVA's vereis dat die variansie gelyk is, tussen die groepe wat met mekaar vergelyk word. Bokstoetse en Levene se toets vir homogeniteit van variansie was gebruik om te bepaal of die variansie tussen groepe gelyk was. Indien die bokstoetse of Levene se toets beduidende resultate getoon het was die Games-Howel statistiek as post-hoc toets gebruik om individuele verskille tussen groepe te identifiseer. Die Games-Howel statistiek is ontwerp vir gebruik in situasies waar die variansie tussen groepe verskil en ook waar daar groot verskille tussen groep groottes is (Field, 2005).

4.4 Interne geldigheid van die meetinstrument van die studie

Die interne geldigheid van die meetinstrument as geheel, sowel as die subskale van die instrument was beoordeel deur gebruik te maak van die Cronbach-alpha statistiek. 'n Cronbach alpha van > 0.70 word beskou as 'n aanduiding van interne geldigheid. Die resultate van die Cronbach alpha toets word in tabel 2 weergegee en word gevolglik bespreek.

Die algehele vraelys het 'n Cronbach alpha van 0.82 gehad wat daarop dui dat die vraelys interne geldigheid getoon het. Die subskale, aanvaarding ($\alpha = 0.83$), waargenome vatbaarheid ($\alpha = 0.74$), waargenome erns ($\alpha = 0.86$), waargenome voordele ($\alpha = 0.86$) en waargenome hindernisse ($\alpha = 0.89$) het almal Cronbach alpha tellings hoër as 0.70 gehad en die meerderheid het tellings van hoër as 0.80 gehad. Hierdie subskale het dus almal interne geldigheid getoon.

Die subskaal aanwysings tot aksie het egter 'n lae Cronbach alpha telling van 0.55 gehad, maar toe item nommer 78 (“Ek is al voorheen vir MIV getoets.”) weggelaat was het die Cronbach alpha telling tot 0.58 verbeter. Hierdie telling is egter steeds laag, maar dit kon nie verder verbeter word nie.

Tabel 2

Cronbach alpha tellings van die algehele meetinstrument en subskale

Skaal	Cronbach alpha
Algehele vraelys	0.82
Aanvaarding van RBT	0.83
Waargenome vatbaarheid	0.74
Waargenome erns	0.86
Waargenome voordele	0.86
Waargenome hindernisse	0.89
Aanwysings tot aksie	0.58

4.5 Korrelasimatriks vir die uitkomsveranderlike en die voorspellingsveranderlikes

Tabel 3 stel Pearson se korrelasimatriks vir die uitkomsveranderlike aanvaarding van RBT en die voorspellingsveranderlikes, waargenome vatbaarheid, waargenome erns, waargenome voordele, waargenome hindernisse en aanwysings tot aksie voor. Die voorspellingsveranderlikes wat beduidende korrelasies met aanvaarding van RBT getoon het was waargenome vatbaarheid ($r = .15, p < .001$), waargenome voordele ($r = .44, p < .001$), waargenome hindernisse ($r = -.37, p < .001$) en aanwysings tot aksie ($r = .17, p < .001$). Daar was nie 'n beduidende korrelasie tussen die oorblywende voorspellingsveranderlike, waargenome erns ($r = -.01, p = .72$) en aanvaarding van RBT gevind nie.

Daar was verder beduidende korrelasies tussen die volgende voorspellingsveranderlikes gevind: waargenome vatbaarheid en waargenome voordele ($r = .16, p < .001$), waargenome vatbaarheid en aanwysings tot aksie ($r = .16, p < .001$), waargenome erns en waargenome

hindernisse ($r = .30, p < .001$), waargenome voordele en waargenome hindernisse ($r = -.38, p < .001$), waargenome voordele en aanwysings tot aksie ($r = .21, p < .001$) en waargenome hindernisse en aanwysings tot aksie ($r = -.15, p < .001$). Daar was geen beduidende korrelasie tussen die voorspellingsveranderlikes, waargenome vatbaarheid en waargenome erns ($r = .06, p = .05$), waargenome vatbaarheid en waargenome hindernisse ($r = .01, p = .73$), waargenome erns en waargenome voordele ($r = .02, p = .56$), en waargenome erns en aanwysings tot aksie nie ($r = -.03, p = .03$).

Tabel 3

Korrelasiematriks vir die uitkomsveranderlike en die voorspellingsveranderlikes

	Aanvaarding van RBT	Waargenome vatbaarheid	Waarge-nome erns	Waarge-nome voordele	Waarge-nome hindernisse	Aan-wysings tot aksie
Aanvaarding van RBT	-					
Waargenome vatbaarheid	.15**	-				
Waargenome erns	-.01	.06	-			
Waargenome voordele	.44**	.16**	.02	-		
Waargenome hindernisse	-.37**	-.01	.30**	-.38**	-	
Aanwysings tot aksie	.17**	.16**	-.03	.21**	-.15**	-

** Korrelasie is beduidend op die 1% -peil van beduidendheid (tweeledig)

4.6 Voorspelling van aanvaarding van RBT

Veelvuldige hiërargiese regressie was gebruik om aanvaarding van RBT te voorspel. Tabel 4 toon die statistieke van die regressie model en sluit die volgende in: die opsommingstatistiek R ,

R kwadraat (R^2), aangepaste R kwadraat (ΔR^2), standaardkattingsfout, F -statistiek (F), grade van vryheid (gv1 en gv2) en die beduidendheid van F (p).

In Tabel 4, blok A was die vier hoofdimensies van die GOM getoets, naamlik: waargenome vatbaarheid, waargenome erns, waargenome voordele en waargenome hindernisse. Die lineêre kombinasie van hierdie voorspellingsveranderlikes kon 25.1% van die variansie in aanvaarding van RBT verklaar. Die 25.1% variansie wat verklaar was, was ook beduidend $F(4,1108) = 94.04$, $p < .001$. Die gesondheidsoortuigingsmodel is dus 'n gepaste model vir die voorspelling van aanvaarding van RBT.

In blok B was die voorspellingsveranderlike aanwysings tot aksie by waargenome vatbaarheid, waargenome erns, waargenome voordele en waargenome hindernisse gevoeg. Die lineêre kombinasie van hierdie voorspellingsveranderlikes kon 25.3% van die variansie in aanvaarding van RBT verklaar. Dus was 'n verhoging van net 0.2% in variansie wat deur aanwysings tot aksie verklaar kon word. Hierdie verhoging in verklaarde variansie was ook nie beduidend op die 1%-peil van beduidendheid nie $F(1,1107) = 4.08$, $p = .044$. Die voorspellingsveranderlike aanwysings tot aksie het daarom nie 'n beduidende bydrae tot die voorspelling van aanvaarding van RBT gelewer nie.

In blok C was die demografiese veranderlikes by die voorspellingsveranderlikes waargenome vatbaarheid, waargenome erns, waargenome voordele, waargenome hindernisse en aanwysings tot aksie gevoeg. Die lineêre kombinasies van die voorspellingsveranderlikes in blok C het geen verandering in die hoeveelheid variansie wat verklaar kon word, gemaak nie $F(10,1097) = 0.67$, $p = .754$. Die demografiese veranderlikes het dus nie 'n beduidende bydrae tot die voorspelling van aanvaarding van RBT gemaak nie.

Tabel 4

Opsomming van die veelvuldige regressie-analise vir die veranderlikes wat aanvaarding van RBT voorspel

Blok	R	R ²	ΔR^2	St skattingsfout	F	gv1	gv2	P
A	.503	.253	.251	4.135	94.040	4	1108	.000
B	.506	.256	.253	4.130	4.080	1	1107	.044
C	.511	.261	.251	4.135	0.669	10	1097	.754

- A. Voorspellers: (Konstant), waargenome hindernisse, waargenome vatbaarheid, waargenome erns, waargenome voordele
- B. Voorspellers: (Konstant), waargenome hindernisse, waargenome vatbaarheid, waargenome erns, waargenome voordele, aanwysings tot aksie
- C. Voorspellers: (Konstant), waargenome hindernisse, waargenome vatbaarheid, waargenome erns, waargenome voordele, aanwysings tot aksie, indiensneming, inkomste, fakulteit, geslag, ras, studiejear, kampus, taal, kwalifikasie, ouderdom

Tabel 5 toon die parameters van die regressie model aan, met die beta-koëffisiënt, standaardskattingsfout, gestandaardiseerde beta-koëffisiënt, t-waardes en die beduidendheid van die t-waardes vir elke voorspellingsveranderlike aan. Die 95% vertrouens interval, toleransie-statistiek en VIF-statistiek word ook vir elke voorspellingsveranderlike aangedui. Aangesien die byvoeging van aanwysings tot aksie en die demografiese veranderlikes nie 'n beduidende verskil aan die model gemaak het nie, word die parameters van hierdie veranderlikes nie verder bespreek nie.

In die regressie model het die voorspellingsveranderlikes: waargenome vatbaarheid $\beta = .09$, $t(1113) = 3.48$, $p = .001$, waargenome voordele $\beta = .32$, $t(1113) = 11.12$, $p < .001$ en

waargenome hindernisse $\beta = -.27$, $t(1113) = -9.01$, $p < .001$ 'n beduidende bydrae tot die voorspelling van aanvaarding van RBT gelewer. Die gestandaardiseerde Beta-koëffisiënt is 'n aanduiding van die groter van die bydrae van elke voorspellingsveranderlike en waargenome voordele het daarom die grootste bydrae tot aanvaarding van RBT gelewer, gevolg deur waargenome hindernisse en waargenome vatbaarheid. Die voorspellingsveranderlike waargenome erns $\beta = .06$, $t(1113) = 2.11$, $p = .035$ het nie 'n beduidende bydrae tot die voorspelling van aanvaarding van RBT gemaak nie.

Verder het die vertrouensintervalle van die voorspellingsveranderlikes in die regressie model: waargenome vatbaarheid $CI(0.03, 0.10)$, waargenome erns $CI(0.01, 0.05)$, waargenome voordele $CI(0.20, 0.29)$ en waargenome hindernisse $CI(-0.14, -0.09)$ nie deur 0 gegaan nie. Al die voorspellingsveranderlikes in model 1 was dus teenwoordigend van 95% van ander steekproewe in die populasie.

Tabel 5

Parameters van die regressie-analise vir die veranderlikes wat aanvaarding van RBT voorspel

Blok		Ongestandaardiseerd		Gestandaardiseerde koëffisiënt	T	P	95% Vertrouensinterval		Toleransie	VIF
		B	St.fout				Onderste Grense	Boonste grense		
A	Aanvaarding	18.96	1.32		14.33	.000	16.36	21.55		
	Waargenome vatbaarheid	.06	.02	.09	3.48	.001	.03	.10	.97	1.03
	Waargenome erns	.03	.01	.06	2.11	.035	.00	.05	.89	1.13
	Waargenome voordele	.25	.02	.32	11.12	.000	.20	.29	.81	1.23
	Waargenome hindernisse	-.11	.01	-.27	-9.01	.000	-.14	-.09	.76	1.32
B	Aanvaarding	18.10	1.39		13.05	.000	15.38	20.83		
	Waargenome vatbaarheid	.06	.02	.09	3.19	.001	.02	.09	.95	1.05
	Waargenome erns	.03	.01	.06	2.15	.032	.00	.05	.89	1.13
	Waargenome voordele	.24	.02	.31	10.70	.000	.20	.28	.80	1.26
	Waargenome hindernisse	-.11	.01	-.26	-8.85	.000	-.13	-.09	.76	1.32
C	Aanwysings tot aksie	.10	.05	.05	2.02	.044	.00	.21	.93	1.07
	Aanvaarding	19.46	1.86		10.49	.000	15.82	23.10		
	Waargenome vatbaarheid	.05	.02	.08	2.95	.003	.02	.09	.93	1.08
	Waargenome erns	.03	.01	.06	2.19	.029	.00	.05	.87	1.15
	Waargenome voordele	.24	.02	.32	10.75	.000	.20	.29	.78	1.29

Blok	Ongestandaardiseerd		Gestandaardiseerde koëffisiënt	t	p	95% Vertrouensinterval			VIF
	B	St.fout				Onderste Grense	Boonste grense	Toleransie	
Waargenome hindernisse	-.11	.01	-.27	-8.94	.000	-.14	-.09	.75	1.34
Aanwysings tot aksie	.10	.05	.05	1.94	.052	-.00	.20	.91	1.10
Geslag	-.33	.27	-.03	-1.23	.221	-.85	.20	.95	1.06
Ouderdom	.02	.03	.02	.59	.554	-.04	.08	.50	2.02
Taal	-.00	.13	-.00	-.02	.986	-.26	.25	.74	1.35
Kwalifikasie	-.14	.19	-.03	-.73	.464	-.50	.23	.55	1.80
Studiejaar	-.06	.08	-.03	-.81	.420	-.21	.09	.69	1.45
Kampus	-.06	.25	-.01	-.24	.809	-.55	.43	.78	1.28
Fakulteit	.01	.05	.01	.27	.787	-.08	.11	.96	1.05
Indiensneming	-.04	.24	-.01	-.17	.864	-.51	.43	.70	1.42
Ras	-.07	.09	-.02	-.78	.438	-.25	.11	.75	1.34
Inkomste	-.15	.10	-.04	-1.57	.117	-.34	.04	.92	1.08

4.7 Demografiese veranderlikes

Pearson se korrelasie koëffisiënt was bereken om die verhouding tussen ouderdom en aanvaarding van RBT, waargenome vatbaarheid, waargenome erns, waargenome voordele, waargenome hindernisse en aanwysings tot aksie te ondersoek. MANOVA's was gebruik om te bepaal of daar 'n beduidende verskil in aanvaarding van RBT, waargenome vatbaarheid, waargenome erns, waargenome voordele, waargenome hindernisse en aanwysings tot aksie tussen die groepe van die demografiese veranderlikes bestaan. Hierdie demografiese veranderlikes sluit in: taal, kwalifikasie, studiejaar, kampus, fakulteit, indiensnemingstatus, ras en inkomste. Die MANOVA toetse was gevolg deur ANOVA's of t-toetse. 'n Bonferroni korreksie was op die 1% peil van beduidendheid uitgevoer om te verseker dat die algehele tipe 1 fout koers vir al die vergelyking by 0.01 bly. Indien daar meer as twee groepe vir die demografiese veranderlike was, was die ANOVA's opgevolg deur post-hoc toetse om die individuele verskille tussen groepe te bepaal. Tabel 6 toon die resultate van die MANOVA's met Wilk se lambda telling (Λ), die waarde van die F -statistiek (F) en die beduidendheid van F aan (p). Tabel 6 toon ook die resultate van die beduidende ANOVA's met die waardes van die F -statistiek (F) en die beduidendheid van F (p) aan. Laastens word die gemiddeld (G) en standaard afwyking (SA) van elke beduidende verskil, soos gevind deur die post-hoc toetse, tussen twee groepe aangedui. Hierdie resultate word gevolglik bespreek.

4.7.1 Ouderdom

Korrelasies tussen ouderdom en die veranderlikes: aanvaarding van RBT ($r = .01, p = .825$), waargenome vatbaarheid ($r = .06, p = .049$), waargenome erns ($r = -.10, p = .001$), waargenome voordele ($r = .04, p = .170$), waargenome hindernisse ($r = .00, p = .978$) en aanwysings tot aksie

($r = .04, p = .182$) was bereken. 'n Beduidende negatiewe korrelasie was tussen ouderdom en waargenome erns gevind. Alle ander korrelasies was onbeduidend.

4.7.2 Geslag

Beduidende verskille tussen manlike en vroulike deelnemers $\Lambda = .97, F(6,1106) = 6.62, p < .001$ was vir die veranderlikes waargenome voordele $F(1,1111) = 24.78, p < .001$ en waargenome hindernisse $F(1,1111) = 16.21, p < .001$ gevind. Vrouens het beduidend meer voordele verbonde aan RBT ervaar ($G = 46.17, SA = 5.90$) in vergelyking met mans ($G = 44.25, SA = 6.63$) en vrouens het ook beduidend minder hindernisse tot RBT ervaar ($G = 36.46, SA = 11.23$) in vergelyking met mans ($G = 39.35, SA = 11.94$).

4.7.3 Ras

'n Beduidende verskil tussen rasse groepe $\Lambda = .92, F(36,4838) = 2.75, p < .001$ was vir die veranderlikes waargenome vatbaarheid $F(6,1106) = 5.06, p < .001$ en aanwysings tot aksie $F(6,1106) = 8.16, p < .001$ gevind. Swart Suid-Afrikaners ($G = 37.67, SA = 7.46$) het hulself as beduidend meer vatbaar vir MIV beskou, in vergelyking met Wit Suid-Afrikaners ($G = 34.38, SA = 6.73$). Swart Suid-Afrikaners ($G = 13.11, SA = 2.12$) het ook beduidend meer aanwysings tot aksie ervaar in vergelyking met Wit Suid-Afrikaners ($G = 11.59, SA = 2.49$). Verder het Indiese Suid-Afrikaners ($G = 14.00, SA = 1.03$) ook meer aanwysings tot aksie ervaar in vergelyking met Wit Suid-Afrikaners.

4.7.4 Taal

'n Beduidende verskil tussen taal groepe $\Lambda = .94, F(24,3849) = 2.80, p < .001$ was vir die veranderlike aanwysings tot aksie gevind $F(4,1108) = 6.76, p < .001$. Daar was bevind dat Engelssprekendes ($G = 12.10, SA = 2.44$) meer aanwysings tot aksie ervaar het, in vergelyking

met Afrikaanssprekendes ($G = 11.57$, $SA = 2.46$). Xhosasprekendes ($G = 13.45$, $SA = 1.84$) het verder ook meer aanwysings tot aksie ervaar in vergelyking met Afrikaanssprekendes.

4.7.5 Indiensnemingstatus

Geen beduidende verskil was tussen studente van verskillende indiensnemingsgroepe $\Lambda = .99$, $F(18,3123) = 0.54$, $p = .941$ gevind nie.

4.7.6 Inkomste

Geen beduidende verskil was tussen studente van verskillende inkomstegroepe $\Lambda = .98$, $F(24,3849) = 1.05$, $p = .396$ gevind nie.

4.7.7 Kwalifikasie en studiejaar

Geen beduidende verskil was tussen studente van verskillende kwalifikasie vlakke $\Lambda = .97$, $F(24,3849) = 1.43$, $p = .079$ gevind nie. Daar was ook geen beduidende verskil tussen studente van verskillende studiejaar $\Lambda = .96$, $F(36, 4838) = 1.39$, $p = .059$ gevind nie.

4.7.8 Fakulteit

'n Beduidende verskil tussen studente van verskillende fakulteite $\Lambda = .92$, $F(54,5603) = 1.78$, $p < .000$ was vir die veranderlikes waargenome voordele $F(9,1103) = 3.44$, $p < .001$ en waargenome hindernisse $F(9,1103) = 4.12$, $p < .001$ gevind. Studente van die Fakulteit Gesondheidswetenskappe ($G = 47.21$, $SA = 5.45$) het beduidend meer voordele verwant aan RBT ervaar in vergelyking met studente van die Fakulteit Ingenieurswese ($G = 43.72$, $SA = 6.66$). Studente van die Fakulteit Gesondheidswetenskappe ($G = 34.78$, $SA = 9.68$) het ook beduidend minder hindernisse tot RBT ervaar in vergelyking met studente van die Fakulteit Opvoedkunde ($G = 42.63$, $SA = 11.31$) en Ingenieurswese ($G = 41.72$, $SA = 12.59$). Studente van die Fakulteit Lettere en Sosiale Wetenskappe ($G = 36.89$, $SA = 11.63$) het verder ook beduidend minder hindernisse tot RBT ervaar in vergelyking met studente van die Fakulteit Ingenieurswese.

4.7.9 Kampus

'n Beduidende verskil tussen die studente van die verskillende kampusse $\Lambda = .96$, $F(24,3849) = 2.04$, $p < .001$ was vir die veranderlike waargenome voordele $F(4,1108) = 5.22$, $p < .001$ gevind. Studente van Tygerberg kampus ($G = 47.38$, $SA = 5.43$) het beduidend meer voordele verwant aan MIV toetsing ervaar in vergelyking met studente van Stellenbosch hoofkampus ($G = 45.11$, $SA = 6.35$).

Tabel 6

Resultate van die MANOVA's, ANOVA's en beskrywende statistieke vir verskille tussen demografiese groepe

Veranderlike en groep			MANOVA			ANOVA		Beskrywende statistiek	
Demografiese veranderlikes	Metings-veranderlikes	Groep	Λ	F	p	F	P	G	SA
Geslag	Voordele	1 Manlik	.97	6.62	.000	24.78	.000	44.25	6.63
		1 Vroulik						46.17	5.90
	Hindernisse	1 Manlik				16.21	.000	39.35	11.94
		1 Vroulik						36.46	11.23
Ras	Vatbaarheid	1 Wit	.92	2.75	.000	5.06	.000	34.38	6.73
		1 Swart						37.67	7.46
	Aanwysings	1 Wit				8.16	.000	11.59	2.49
		1 Swart						13.11	2.12
		2 Wit						11.59	2.49
		2 Indies						14.00	1.03
Taal	Aanwysings	1 Afrikaans	.94	2.80	.000	6.76	.000	11.57	2.46
		1 Engels						12.10	2.44
		2 Afrikaans						11.57	2.46
		2 Xhosa						13.45	1.84

Veranderlike en groep			MANOVA			ANOVA		Beskrywende statistiek	
Demografiese veranderlikes	Metings-veranderlikes	Groep	Λ	F	p	F	p	G	SA
Indiensneming			.99	0.54	.941				
Inkomste			.98	1.05	.396				
Kwalifikasie			.97	1.43	.079				
Studiejaar			.96	1.39	.059				
Fakulteit			.92	1.78	.000				
	Voordele					3.44	.000		
		1 Ingenieurswese						43.72	6.66
		1 Gesondheid						47.21	5.45
	Hindernisse					4.12	.000		
		1 Lettere						36.89	11.63
		1 Ingenieurswese						41.72	12.59
		2 Opvoedkunde						42.63	11.31
		2 Gesondheid						34.78	9.68
		3 Ingenieurswese						41.72	12.59
		3 Gesondheid						34.78	9.68
Kampus			.96	2.04	.000				
	Voordele					5.22	.000		
		1 Stellenbosch						45.11	6.35
		1 Tygerberg						47.38	5.43

4.8 MIV toetsing

Die meerderheid van die deelnemers aan die studie het aangedui dat hulle reeds vir MIV getoets was met 70.17% ($n = 781$), gevolg deur die deelnemers wat nog nie vir MIV getoets was nie met 28.75% ($n = 320$). Twaalf van die deelnemers (1.08%) het nie aangedui of hulle al vir MIV getoets was en of hulle nog nie vir MIV getoets was nie. 'n MANOVA toets was uitgevoer om te bepaal of daar 'n algehele verskil tussen die twee groepe (studente wat al getoets was en studente wat nog nie getoets was nie) bestaan het, vir die veranderlikes: aanvaarding van RBT, waargenome vatbaarheid, waargenome erns, waargenome voordele, waargenome hindernisse en aanwysings tot aksie. Die MANOVA was gevolg deur ANOVA's vir elke veranderlike en 'n Bonferroni korreksie was op die 1% peil van beduidendheid uitgevoer om te verseker dat die algehele tipe 1 foutkoers vir al die vergelykings by 0.01 gebly het.

Tabel 7 toon die resultate van die ANOVA's aan, met die tellings van die F -statistiek en die beduidendheid van $F(p)$. Die gemiddeld (G) en standaard afwyking (SA) word ook vir elke beduidende verskil tussen die twee groepe aangedui. Hierdie resultate word gevolglik bespreek.

'n Beduidende verskil tussen individue wat reeds vir MIV getoets was en individue wat nog nie vir MIV getoets was nie $\Lambda = .85$, $F(6,1094) = 32.13$, $p < .001$ was wel gevind. 'n Beduidende verskil tussen die twee groepe was vir die veranderlikes aanvaarding van RBT $F(1,1099) = 117.00$, $p < .001$, waargenome vatbaarheid $F(1,1099) = 18.95$, $p < .001$, waargenome erns $F(1,1099) = 10.43$, $p = .001$, waargenome voordele $F(1,1099) = 61.12$, $p < .001$, waargenome hindernisse $F(1,1099) = 103.05$, $p < .001$ en aanwysings tot aksie $F(1,1099) = 22.86$, $p < .000$ gevind.

Individue wat reeds vir MIV getoets was ($G = 30.34$, $SA = 4.59$) was beduidend meer geneig om aanvaarding van RBT aan te dui, in vergelyking met individue wat nog nie vir MIV

getoets was nie ($G = 27.09$, $SA = 4.36$). Individue wat reeds vir MIV getoets was ($G = 35.69$, $SA = 6.85$) het hulself as beduidend meer vatbaar vir MIV beskou in vergelyking met individue wat nog nie vir MIV getoets was nie ($G = 33.64$, $SA = 7.68$). Individue wat reeds vir MIV getoets was ($G = 46.54$, $SA = 10.51$) het MIV as beduidend minder ernstig beskou in vergelyking met individue wat nog nie vir MIV getoets was nie ($G = 48.78$, $SA = 10.27$). Individue wat reeds vir MIV getoets was ($G = 46.43$, $SA = 5.81$) het beduidend meer voordele verbonde aan RBT ervaar in vergelyking met individue wat nog nie vir MIV getoets was nie ($G = 43.29$, $SA = 6.63$). Individue wat reeds vir MIV getoets was ($G = 35.22$, $SA = 10.61$) het beduidend minder hindernisse tot RBT ervaar in vergelyking met individue wat nog nie vir MIV getoets was nie ($G = 42.60$, $SA = 11.79$). Individue wat reeds vir MIV getoets was ($G = 12.13$, $SA = 2.45$) het laastens ook beduidend meer aanwysings tot aksie ervaar in vergelyking met individue wat nog nie vir MIV getoets was nie ($G = 11.34$, $SA = 2.52$).

Tabel 7

Resultate van die ANOVA's en beskrywende statistieke vir die verskille tussen individue wat reeds vir MIV getoets was en individue wat nog nie vir MIV getoets was nie.

Metings- veranderlikes	Groep	F	p	G	SA
Aanvaarding		117.00	.000		
	Getoets			30.34	4.59
Vatbaarheid	Nie getoets nie	18.95	.000	27.09	4.36
	Getoets			35.69	6.85
Erns	Nie getoets nie	10.43	.000	33.64	7.68
	Getoets			46.54	10.51
Voordele	Nie getoets nie	61.12	.000	48.78	10.27
	Getoets			46.43	5.81
Hindernisse	Nie getoets nie	103.05	.000	43.29	6.63
	Getoets			35.22	10.61
Aanwysings	Nie getoets nie	22.86	.000	42.60	11.79
	Getoets			12.13	2.45
	Nie getoets nie			11.34	2.52

4.9 Samevatting

In hierdie hoofstuk was daar bevind dat die veranderlikes: waargenome vatbaarheid, waargenome voordele en waargenome hindernisse'n beduidende rol in die aanvaarding van RBT speel. Beduidende korrelasies was ook tussen aanvaarding van RBT en die veranderlikes waargenome vatbaarheid, waargenome voordele, waargenome hindernisse en aanwysings tot aksie gevind. Daar was verder ook beduidende verskille in gesondheidsoortuigings tussen die verskillende demografiese groepe gevind. Laastens was daar ook verskille in gesondheidsoortuigings gevind, tussen individue wat reeds vir MIV getoets was en individue wat

nog nie vir MIV getoets was nie. Die bogenoemde resultate en die implikasies van hierdie resultate word in die volgende hoofstuk bespreek.

HOOFTUK 5

BESPREKING EN GEVOLGTREKKING

5.1 Inleiding

Hierdie hoofstuk bied 'n bespreking van die resultate van die data-analise. Daar word spesifiek gefokus op die GOM en voorspelling van aanvaarding van RBT, die verskille in aanvaarding van RBT en gesondheidsoortuigings tussen individue in verskillende demografiese groepe sowel as die verskille in aanvaarding van RBT en gesondheidsoortuigings tussen individue wat reeds vir MIV getoets was en individue wat nog nie vir MIV getoets was nie. Die teoretiese en metodologiese tekortkominge en implikasies word verder bespreek en aanbevelings vir toekomstige navorsing word voorsien. Laastens word die praktiese implikasies en sosiale relevansie van die bevindings van die studie bespreek.

5.2 Die GOM en voorspelling van aanvaarding van RBT

Die GOM het al in verskeie studies, as geheel en gedeeltelik beduidende resultate getoon (Janz & Becker, 1984). Hierdie studies fokus hoofsaaklik op voorkomende gesondheidsgedrag, gedrag verwant aan siftingstoetse, risikofaktor gedrag en siek-rol gedrag. Die GOM het ook al beduidende resultate in verskeie studies verwant aan MIV/VIGS getoon. Hierdie studies fokus oor die algemeen op voorkomende gesondheidsgedrag soos kondoomverbruik (Lin, Simoni & Zemon, 2005; Volk & Koopman, 2001) en weerhouding tot seksuele omgang (Iriyama et al., 2007). Studies wat fokus op gedrag verwant aan MIV toetsing, MIV risikofaktor gedrag en siek-rol gedrag, soos volhouding aan ART, het ook al beduidende resultate gelewer (De Wit & Adam, 2008; De Paoli et al., 2004; Dorr et al., 1999; Malcolm, Rosen, & Stone, 2003; Walker, 2009; Zak-Place & Stern, 2004).

Die hoofdoel van hierdie studie was om te bepaal of die GOM aanvaarding van RBT onder 'n studentepopulasie kon voorspel en die eerste hipotese van die studie was as volg: die hoofdimensies van die GOM sal aanvaarding van RBT onder 'n studente populasie voorspel. Die resultate van die studie toon dat die hoofdimensies van die GOM (waargenome vatbaarheid, waargenome erns, waargenome voordele en waargenome hindernisse) 25.1% van die variansie in aanvaarding van RBT kon voorspel.

Daar was bevind dat waargenome voordele die grootste, beduidende bydra tot voorspelling van aanvaarding van RBT gelewer het. 'n Beduidende positiewe korrelasie was ook tussen waargenome voordele en aanvaarding van RBT gevind. Hierdie resultate stem ook ooreen met vorige navorsingstudies waar daar 'n positiewe verhouding tussen die ervaring van voordele van MIV toetsing en die geneigdheid om MIV toetsing te oorweeg, gevind was (Dorr et al., 1999, De Wit & Adams, 2008; Zak-Place & Stern, 2004).

Waargenome hindernisse het die tweede grootste, beduidende bydra tot voorspelling van aanvaarding van RBT gelewer. 'n Beduidende, negatiewe korrelasie was ook tussen waargenome hindernisse en aanvaarding van RBT gevind. Daar was verder ook 'n beduidende negatiewe korrelasie tussen waargenome voordele en waargenome hindernisse gevind. Aanvaarding van RBT neem dus toe soos wat waargenome hindernisse afneem en waargenome voordele neem toe soos wat waargenome hindernisse afneem. Hierdie resultate stem ooreen met die resultate van Dorr et al. (1999) wat bevind het dat individue wat minder hindernisse tot MIV toetsing ervaar het, meer geneig was om toetsing te oorweeg. De Wit en Adams (2008) het ook in 'n oorsig studie gerapporteer dat individuele ervarings van hindernisse tot MIV toetsing, die geneigdheid om vir MIV toetsing te gaan, belemmer het.

Waargenome vatbaarheid het die derde grootste, beduidende bydra tot aanvaarding van RBT gelewer. 'n Beduidende positiewe korrelasie was ook tussen waargenome vatbaarheid en aanvaarding van RBT gevind. Hierdie resultate stem ooreen met die resultate van vorige studies waar daar bevind was dat waargenome vatbaarheid positief geassosieer word met die bereidwilligheid om VBT te aanvaar (Cunningham et al., 2009; De Paoli et al., 2004). De Wit en Adams (2008) het ook in 'n oorsig studie gerapporteer dat individue wat hulself as vatbaar vir MIV beskou het, meer geneig was om bewus te wees van hul MIV status. Bekommernisse oor moontlike blootstelling aan MIV deur onbeskermd seksuele omgang sowel as 'n geskiedenis van dwelmmishandeling en SOI's dien ook dikwels as 'n fasiliteerder tot aanvaarding van MIV toetsing (Gage & Ali, 2005; Spielberg et al., 2003). Anders as die bogenoemde bevindings, het Dorr et al. (1999) geen beduidende verhouding tussen waargenome vatbaarheid en intensies om vir MIV toetsing te gaan, gevind nie.

Waargenome erns het die vierde grootste bydrae tot aanvaarding van RBT getoon, maar hierdie bydrae was nie beduidend nie. Waargenome erns speel dus nie 'n beduidende rol in aanvaarding van RBT onder hierdie studentepopulasie nie. Daar was ook nie 'n beduidende korrelasie tussen waargenome erns en aanvaarding van RBT gevind nie. Hierdie resultate stem ooreen met vorige navorsingstudies wat bevind het dat individue wat MIV/VIGS as meer ernstig beskou nie meer intensies gehad het om vir MIV getoets te word nie en dat daar selfs 'n negatiewe verhouding tussen MIV toetsing en waargenome erns bestaan het (Dorr et al., 1999, Zak-Place & Stern, 2004). Daar is ook bevind dat waargenome erns, in vergelyking met die ander hoofveranderlikes van die GOM, die minste voorspellende mag besit (Janz & Becker, 1984). De Paoli et al. (2004) het verder bevind dat waargenome erns wel geassosieer word met verhoogde intensies om vir VBT te gaan.

Die onbeduidende verhouding wat tussen waargenome erns en aanvaarding van RBT gevind was kan moontlik toegeskryf word aan die feit dat die erns van MIV dikwels as hindernis tot MIV toetsing dien. Waargenome erns van 'n MIV positiewe status sluit die erns van psigososiale nagevolge verbonde aan 'n MIV positiewe status in. 'n Blote vrees vir MIV positiewe resultate (Brown et al., 2008; Gage & Ali, 2005; Mwamburi et al., 2005; Nakanjako et al., 2007; Peltzer et al., 2004; Peltzer et al., 2002; Weiser et al., 2006) en die stigma en psigososiale nagevolge verbonde aan 'n MIV positiewe status is verder ook dikwels die hoofredes waarom MIV toetsing vermy word (Bassett et al., 2007; Gilbert & Walker, 2010; Hutchinson et al., 2004; Kalichman & Simbayi, 2003; Maughan-Brown, 2006; Peltzer et al., 2002; Simbayi et al., 2007; Weiser et al., 2006). 'n Hoë vlak van waargenome erns kan daarom essensieel as 'n hindernis tot MIV toetsing dien. Die GOM veronderstel egter dat waargenome erns as fasiliteerder tot aanvaarding of beoefening van gesondheidsbevorderende gedrag dien, maar in die geval van aanvaarding van RBT wil dit voorkom asof die teenoorgestelde waar is. Hierdie verhouding tussen waargenome erns en waargenome hindernisse tot aanvaarding van RBT word ook weerspieël in die beduidende positiewe korrelasie wat in hierdie studie tussen hierdie twee veranderlikes gevind was.

Die onbeduidendheid van waargenome erns in die voorspelling van aanvaarding van RBT kan moontlik ook toegeskryf word aan die relatiewe onlangse beskikbaarheid van doeltreffende MIV behandeling. Dit is moontlik dat individue steeds MIV beskou as 'n onbehandelbare siekte, eerder as 'n kroniese, beheerbare siekte. Dit is dus moontlik dat individue wat MIV as ernstig beskou nie wil weet wat hul MIV status is nie, weens die negatiewe gevolge verbonde aan 'n MIV positiewe status, en omdat hulle MIV as 'n onbehandelbare siekte beskou en daarom geen voordele verbonde aan MIV toetsing ervaar nie.

Alhoewel die vier hoofdimensies van die GOM gesamentlik aanvaarding van RBT kon voorspel, het die dimensie, beweerde erns nie 'n beduidende bydrae tot die voorspelling van aanvaarding van RBT gelewer nie. Hipotese een van die studie word dus nie volkome aanvaar nie.

Die veranderlike aanwysings tot aksie word dikwels as 'n addisionele dimensie tot die GOM gebruik en die tweede hipotese van die studie was as volg: aanwysings tot aksie sal 'n beduidende bydrae tot die voorspelling van aanvaarding van RBT lewer. Die byvoeging van die dimensie, aanwysings tot aksie, het daartoe gelei dat 25.3% van die variansie in aanvaarding van RBT voorspel kon word. Aanwysings tot aksie het daarom slegs 0.2% van die variansie in aanvaarding van RBT voorspel en hierdie toename was nie beduidend nie. Aanwysings tot aksie speel dus nie 'n beduidende rol in die voorspelling van aanvaarding van RBT nie en die tweede hipotese van die studie word dus nie aanvaar nie.

Alhoewel aanwysings tot aksie nie 'n beduidende bydrae tot die voorspelling van aanvaarding van RBT gelewer het nie, was daar wel 'n beduidende positiewe korrelasie tussen aanvaarding van RBT en aanwysings tot aksie gevind. Hierdie bevinding stem ooreen met vorige navorsingsbevindings. Daar was bevind dat MIV toetsing dikwels plaasvind weens advies en aanmoediging deur familie, vriende en individue wat reeds getoets is (Gage & Ali, 2005; Spielberg et al., 2003; Weiser et al., 2006). Individue wat vriende of familie het wat MIV positief is of wat reeds weens VIGS verwante siektes gesterf het, is ook meer geneig om vir MIV toetsing te gaan.

Die GOM beweer verder ook dat demografiese faktore 'n invloed op oortuigings aangaande gesondheidsbevorderende gedrag het. Die volgende demografiese veranderlikes was by die model gevoeg om aanvaarding van RBT te voorspel: ouderdom, geslag, ras, taal,

indiensnemingstatus, inkomste, kwalifikasie, studiejaar, fakulteit en kampus. Die byvoeging van die demografiese veranderlikes het geen verskil gemaak in die hoeveelheid variansie wat verklaar kon word nie. Verder het geeneen van die individuele demografiese veranderlikes 'n beduidende invloed op die voorspelling van aanvaarding van RBT gehad nie. Demografiese veranderlikes speel dus ook nie 'n beduidende rol in die voorspelling van aanvaarding van RBT nie.

'n Moontlike rede vir die onbeduidende bydrae van demografiese veranderlikes in die voorspelling van aanvaarding van RBT is dat die GOM slegs beweer dat demografiese veranderlikes 'n invloed op persoonlike oortuigings aangaande gesondheidsbevorderende gedrag het (Hayden, 2009). Demografiese veranderlikes beïnvloed dus waargenome vatbaarheid, waargenome erns, waargenome voordele en waargenome hindernisse wat almal weer op hul beurt aanvaarding van RBT beïnvloed. Demografiese veranderlikes het dus 'n indirekte, maar nie direkte invloed op aanvaarding van RBT. Weens hierdie rede was die individuele verskille tussen groepe met betrekking tot aanvaarding van RBT, waargenome vatbaarheid, waargenome erns, waargenome voordele, waargenome hindernisse en aanwysings tot aksie ondersoek.

5.3 Demografiese veranderlikes

Die derde hipotese van die studie was as volg: beduidende verskille in oortuigings teenoor RBT en MIV sal tussen die verskillende groepe van die demografiese veranderlikes bestaan. Geen verskille was tussen die verskillende groepe van die demografiese veranderlikes en aanvaarding van RBT gevind nie, maar daar was wel verskeie verskille tussen die groepe vir die veranderlikes waargenome vatbaarheid, waargenome erns, waargenome voordele, waargenome hindernisse en aanwysings tot aksie gevind. Hipotese drie word daarom nie volkome verwerp nie. Die verskille tussen die groepe van die demografiese veranderlikes word gevolglik bespreek.

5.3.1 Geslag

Vorige studies toon aan dat vrouens aansienlik meer geneig is om MIV toetsing te aanvaar en om bewus te wees van hul MIV status (Bassett et al., 2008; Fortenberry et al., 2002; Norman, 2006; Peltzer et al., 2002; Zak-Place & Stern, 2004). Daar is ook al bevind dat mans hulself as beduidend meer vatbaar vir MIV beskou, in vergelyking met vrouens (Klepp et al., 2004; Lye Chng et al., 2005). Geen beduidende verskil tussen mans en vrouens was in hierdie studie vir aanvaarding van RBT en waargenome vatbaarheid gevind nie. Daar was wel bevind dat vrouens beduidend meer voordele tot RBT ervaar het, sowel as beduidend minder hindernisse tot RBT, in vergelyking met mans.

5.3.2 Ouderdom

Vorige studies toon dat individue in hoër ouderdomsgroepe minder geneig is om MIV toetsing te aanvaar, in vergelyking met individue van ouderdomsgroepe van 25 en laer (Brown et al., 2007; Norman, 2006). Ander studies het egter bevind dat ouer ouderdomme geassosieer word met aanvaarding van MIV toetsing en kennis van MIV status (Gage & Ali, 2005; Fortenberry et al., 2002; Mwamburi et al., 2005). Geen beduidende korrelasie tussen ouderdom en aanvaarding was in hierdie studie gevind nie, maar daar was wel 'n beduidende negatiewe korrelasie tussen ouderdom en waargenome erns gevind. Individue in laer ouderdomsgroepe beskou dus MIV as meer ernstig in vergelyking met individue in hoër ouderdomsgroepe.

5.3.3 Ras en taal

Daar was bevind dat Swart Suid-Afrikaners hulself as beduidend meer vatbaar vir MIV beskou het, in vergelyking met Wit Suid-Afrikaners. 'n Moontlike verduideliking hiervoor is dat rasse groepe in Suid-Afrika disproporsioneel beïnvloed word deur MIV. Die MIV voorkomsyfer is aansienlik hoër onder Swart Suid-Afrikaners met 'n voorkomsyfer van 19.9%, in vergelyking

met Kleurling Suid-Afrikaners met 'n voorkomsyfer van 3.2% en Wit Suid-Afrikaners met 'n voorkomsyfer van 0.5% (Sandfort, Nel, Rich, Reddy, & Yi, 2008). Die disproporsionele voorkomsyfers kon moontlik gelei het tot 'n hoër vlak van waargenome vatbaarheid onder Swart Suid-Afrikaners.

Swart Suid-Afrikaners het ook beduidend meer aanwysings tot aksie ervaar in vergelyking met Wit Suid-Afrikaners. 'n Belangrike aanwysing tot aksie is die kennis van 'n familielid of vriend wat met MIV geïnfekteer is (Gage & Ali, 2005). Weens die disproporsionele voorkomsyfer tussen rassegroepe is dit weereens moontlik dat Swart Suid-Afrikaners meer geneig was om bekend te wees met 'n individu geïnfekteer met MIV. Groter blootstelling aan MIV was moontlik ook die rede waarom Swart Suid-Afrikaners meer aanwysings tot aksie ervaar het. Daar was verder ook bevind dat Xhosasprekendes meer aanwysings tot aksie ervaar het in vergelyking met Afrikaanssprekendes. Engelssprekendes het ook meer aanwysings tot aksie ervaar in vergelyking met Afrikaanssprekendes.

5.3.4 Inkomste

Armoede word dikwels beskou as 'n risikofaktor vir MIV en MIV voorkomsyfers is dikwels hoër onder lae inkomste groepe (SANAC, 2007-2011). Daar was egter geen beduidende verskille tussen inkomste groepe en aanvaarding van RBT, waargenome vatbaarheid, waargenome erns, waargenome voordele, waargenome hindernisse en aanwysings tot aksie gevind nie.

5.3.5 Kwalifikasie en studiejaar

Verskeie studies toon dat hoër vlakke van opvoeding geassosieer word met hoër vlakke van aanvaarding van MIV toetsing en kennis van MIV status (Bassett et al., 2008; Cunningham et al., 2009; Hutchinson & Mahlalela, 2006; Norman, 2006). In teenstelling met hierdie studies het Cunningham et al. (2002) bevind dat individue met 'n hoër vlak van opvoeding meer geneig is

om MIV toetsing te weier. Geen beduidende verskil was in hierdie studie tussen studente van verskillende kwalifikasie vlakke en verskillende studiejare in aanvaarding van RBT, waargenome vatbaarheid, waargenome erns, waargenome voordele, waargenome hindernisse en aanwysings tot aksie gevind nie.

5.3.6 Kampus en fakulteit

Daar was bevind dat studente van die Tygerberg Kampus beduidend meer voordele verwant aan MIV toetsing ervaar het, in vergelyking met studente van Stellenbosch Hoofkampus. Studente van Tygerberg Kampus was almal in die Fakulteit Gesondheidwetenskappe geregistreer, maar studente op Stellenbosch Hoofkampus was in verskeie fakulteite geregistreer. Studente van verskillende fakulteite het oor die algemeen nie veel van mekaar verskil nie, maar 'n paar beduidende verskille was wel gevind.

Studente van die Fakulteit Gesondheidwetenskappe het beduidend meer voordele verwant aan MIV toetsing ervaar in vergelyking met studente van die Fakulteit Ingenieurswese. Studente van die Fakulteit Gesondheidwetenskappe het ook beduidend minder hindernisse verwant aan MIV toetsing ervaar in vergelyking met studente van die Fakulteit Ingenieurswese en studente van die Fakulteit Onderwys. Daar kan beweer word dat studente van die Fakulteit Gesondheidwetenskappe meer ingestel is op gesondheid en meer kennis oor MIV en MIV toetsing dra, daarom ervaar hulle meer voordele en minder hindernisse tot MIV toetsing. Hierdie bewering word ook ondersteun deur die feit dat die meeste MIV/VIGS kursusse en modules binne die Fakulteit Gesondheidwetenskappe, by die Universiteit van Stellenbosch aangebied word (HEAIDS, 2010b). Dit is egter onduidelik waarom studente van die Fakulteit Ingenieurswese beduidend meer hindernisse en minder voordele verwant aan MIV toetsing

ervaar het. Dit is ook onduidelik waarom studente van die Fakulteit Onderwys beduidend meer hindernisse tot MIV toetsing ervaar het.

Studente van die Fakulteit Lettere en Sosiale Wetenskappe het verder ook beduidend minder hindernisse tot RBT ervaar in vergelyking met studente van die Fakulteit Ingenieurswese. 'n Moontlike verduideliking hiervoor is dat MIV dikwels deel vorm van sekere voorgraadse en nagraadse modules in die Sosiale Wetenskappe by die Universiteit van Stellenbosch (HEAIDS, 2010b). Daar kan dus beweer word dat studente van die Fakulteit Lettere en Sosiale Wetenskappe beduidend minder hindernisse tot MIV toetsing ervaar, weens meer blootstelling aan sosiale probleme soos MIV/VIGS, sowel as die psigososiale kwessies verwant aan MIV/VIGS wat dikwels as hindernisse tot MIV toetsing dien.

5.4 Vorige MIV toetsing en die GOM

Die vierde hipotese van die studie was as volg: individue wat reeds vir MIV getoets was, in vergelyking met individue wat nog nie vir MIV getoets was nie, sal beduidend meer vatbaar vir MIV voel, sal MIV as beduidend meer ernstig beskou, sal beduidend meer voordele verbonde aan MIV toetsing ervaar, sal beduidend minder hindernisse tot MIV toetsing ervaar en sal beduidend meer aanwysings tot aksie ervaar. Daar was bevind dat 70% van die deelnemers aan die studie reeds vir MIV getoets was. Individue wat reeds vir MIV getoets was het beduidende verskille in individuele oortuigings aangaande MIV en aanvaarding van RBT getoon, in vergelyking met individue wat nog nie vir MIV getoets was nie.

Daar was bevind dat individue wat reeds vir MIV getoets was hulself as beduidend meer vatbaar vir MIV beskou het in vergelyking met individue wat nog nie vir MIV getoets was nie. Hierdie resultate stem ooreen met vorige studies waar daar ook bevind was dat individue wat

reeds vir MIV getoets was hulself as beduidend meer vatbaar vir MIV beskou het (Grispen, Ronda, Dinant, de Vries, & van der Weijden, 2011; Morin et al., 2006; Norman, 2006).

Individue wat reeds vir MIV getoets was het MIV as beduidend minder ernstig beskou in vergelyking met individue wat nog nie vir MIV getoets was nie. Hierdie resultaat stem nie ooreen met die bewerings van die GOM nie. Geen soortgelyke bevindings kon in die literatuur geïdentifiseer word nie.

Daar was verder ook bevind dat individue wat reeds vir MIV getoets was beduidend meer voordele verwant aan MIV toetsing ervaar het, in vergelyking met individue wat nog nie vir MIV getoets was nie. Grispen et al. (2011) het ook bevind dat individue wat reeds vir MIV getoets was beduidend meer voordele verwant aan MIV toetsing ervaar het, in vergelyking met individue wat nog nie vir MIV getoets was nie. Kalichman en Simbayi (2003) het verder ook bevind dat individue wat nog nie vir MIV getoets was nie, MIV toetsing as minder voordelig beskou het.

Daar was bevind dat individue wat reeds vir MIV getoets was beduidend minder hindernisse tot MIV toetsing ervaar het, in vergelyking met individue wat nog nie vir MIV getoets was nie. Hierdie resultate stem ooreen met die bevindings van Kalichman en Simbayi (2003) wat bevind het dat individue wat nog nie vir MIV getoets was nie, meer negatiewe houdings teenoor MIV toetsing ontbloom het en meer sosiale hindernisse tot toetsing ervaar het.

Daar was verder ook in hierdie studie bevind dat individue wat reeds vir MIV getoets was, beduidend meer aanwysings tot aksie ervaar het, in vergelyking met individue wat nog nie vir MIV getoets was nie. Hierdie resultaat stem ooreen met die resultate van Grispen et al. (2011) wat ook bevind het dat individue wat bewus was van hul MIV status beduidend meer aanwysings tot aksie ervaar het, in vergelyking met individue wat nog nie vir MIV getoets was nie.

Daar was laastens ook bevind dat aanvaarding van RBT beduidend hoër was onder individue wat reeds getoets was, in vergelyking met individue wat nog nie vir MIV getoets was nie. Hierdie bevinding stem ooreen met die aannames van die GOM aangesien waargenome vatbaarheid, waargenome voordele en aanwysings tot aksie hoër was onder individue wat reeds vir MIV getoets was en dat waargenome hindernisse laer was onder individue wat reeds vir MIV getoets was. Die bevindings verskil egter ook van die GOM, deurdat individue wat reeds vir MIV getoets was MIV as beduidend minder ernstig beskou het. Daar was egter in hierdie studie bevind dat waargenome erns nie 'n beduidende bydra gelewer het tot die voorspelling van aanvaarding van RBT onder hierdie populasie nie. Die vierde hipotese van die studie word dus nie volkome verwerp nie.

Gegewe die toename in waargenome vatbaarheid, waargenome voordele en aanwysings tot aksie en die afname in waargenome hindernisse onder individue wat reeds vir MIV getoets was, sowel as die groot hoeveelheid deelnemers wat bewus was van hul MIV status, kan daar beweer word dat MIV berading en toetsing as deel van roetine gesondheidsorg doeltreffend sal wees. Dit wil dus voorkom asof vorige MIV toetsing die baan weg vir toekomstige toetsing en selfs jaarlikse toetsing.

5.5 Teoretiese tekortkominge, implikasies en aanbevelings vir toekomstige navorsing

In hierdie studie was daar bevind dat die hoofdimensies van die GOM, as geheel, (waargenome vatbaarheid, waargenome erns, waargenome voordele en waargenome hindernisse) aanvaarding van RBT kon voorspel. Dit wil dus voorkom asof die GOM 'n geskikte model vir die voorspelling van gesondheidsbevorderende gedrag onder studente in hoër onderwysinstellings is. Die Suid-Afrikaanse populasie word ook gekenmerk deur multikulturalisme en dit wil daarom ook voorkom asof die GOM geskik is vir gebruik in multikulturalistiese samelewings.

Alhoewel die GOM as geheel aanvaarding van RBT kon voorspel, het die veranderlike waargenome erns nie 'n beduidende bydra tot aanvaarding van RBT gelewer nie. 'n Moontlike verduideliking hiervoor is dat RBT, in die konteks van die GOM beskou word as 'n voorkomingstrategie, maar RBT kan ook beskou word as 'n siftingstoets en risikofaktore speel verder ook 'n rol. 'n Algemene bekommernis aangaande die gebruik van die GOM in navorsing verwant aan siftingstoets en risikofaktore, is dat die GOM oorspronklik ontwerp was om deelname aan eenmalige, voorkomende gesondheidsgedrag soos polio-inenting te voorspel. Hierdie eenmalige, voorkomende gesondheidsgedrag hou nie langtermyn gevolge vir gesondheidsgedrag in nie. Teoretici betwyfel daarom of hierdie eenmalige, voorkomende gedrag met langtermyn veranderinge in gesondheidsgedrag vereenselwig kan word (Finfgeld, Wongvatunyu, Conn, Grando, & Russel, 2003). Dit is daarom moontlik dat die langtermyn nagevolge van 'n MIV positiewe status en die langtermyn verandering in gedrag (faktore verwant aan waargenome erns) die voordele verbonde aan MIV toetsing oortref. Die geskiktheid van die GOM as voorspeller van gesondheidsgedrag verwant aan risikogedrag en siftingstoets word daarom betwyfel.

Die GOM word egter dikwels in die konteks van siftingstoets en risikofaktor gedrag gebruik. Hierdie studies toon ook dikwels beduidende resultate vir die model as geheel en gedeeltelik (Janz & Becker, 1984). Toekomstige navorsing kan egter steeds fokus op die geskiktheid van die GOM as voorspeller van gesondheidsgedrag verwant aan risikogedrag en siftingstoets. Daar kan ook gefokus word op moontlike aanpassings tot die GOM wat hierdie model meer geskik sal maak vir die voorspelling van gesondheidsgedrag verwant aan risikogedrag en siftingstoets. Dit is moontlik dat waargenome erns binne die konteks van

hierdie studie eerder beskou kan word as die erns verwant aan 'n ongediagnoseerde MIV positiewe status eerder as die erns van 'n MIV positiewe status.

Volgens die GOM speel aanwysings tot aksie ook 'n rol in die beoefening van gesondheidsbevorderende gedrag, maar hierdie voorspellingsveranderlike word weinig in navorsingstudies gebruik en word ook beskou as onderbestudeer (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1994). Hierdie studie het gebruik gemaak van aanwysings tot aksie as voorspellingsveranderlike vir die aanvaarding van RBT. Daar is egter bevind dat aanwysings tot aksie nie 'n beduidende voorspeller van aanvaarding van RBT onder hierdie populasie was nie, maar daar was wel bevind dat individue wat reeds vir MIV getoets was meer aanwysings tot aksie ervaar het.

Aanwysings tot aksie was binne die konteks van hierdie studie beskou as mediaveldtogte vir die bewusmaking en aanmoediging van MIV toetsing en kennis van 'n volwassene of kind wat met MIV geïnfecteer is. Dit is egter moontlik dat ander faktore soos aanmoediging tot MIV toetsing deur familie en vriende as aanwysings tot aksie kan dien. Toekomstige navorsing behoort te fokus op die identifisering van verdere aanwysings tot aksie en die rol wat hierdie aanwysings tot aksie in aanvaarding van RBT speel.

Aanwysings tot aksie kan verder volgens die GOM beskou word as beide liggaamlike aanwysings tot aksie en omgewingsfaktore wat dien as aanwysings tot aksie (Janz & Becker, 1984). Hierdie studie het gefokus op omgewingsfaktore wat dien as aanwysings tot aksie, aangesien RBT hoofsaaklik fokus op die diagnosering van asimptomatiese individue. Toekomstige navorsing kan ook gebruik maak van liggaamlike aanwysings tot aksie, soos MIV verwante simptome.

Hierdie studie het verder gebruik gemaak van die oorspronklike dimensies van die GOM (waargenome vatbaarheid, waargenome ems, waargenome voordele, waargenome hindernisse en aanwysings tot aksie) as voorspellingsveranderlikes vir aanvaarding van RBT. Ander dimensies was egter ook al gebruik as deel van die GOM in voorspelling van gesondheidsbevorderende gedrag. Hierdie dimensies sluit in: selfbekwaamheid, wat verwys na 'n individuele oortuiging oor die vermoë om gesondheidsverwante gedrag uit te voer (Rosenstock, Strecher & Becker, 1988) en gesondheidsmotivering, wat verwys na algemene houdings en oortuiging teenoor gesondheidsgedrag (Champion, 1999; Gözümlü & Aydin, 2004). Toekomstige navorsing kan ook van hierdie twee addisionele voorspellingsveranderlikes gebruik maak vir die voorspelling van aanvaarding van RBT.

Rosenstock (1966) het verder in 'n oorsig studie aangaande die GOM bevind dat sosiale druk moontlik 'n belangrike bydrae tot die beoefening van gesondheidsbevorderende gedrag lewer. Die items van die meetinstrument in hierdie studie het wel aan sekere aspekte van sosiale norme en portuur invloede geraak, maar hierdie items het deel gevorm van die subskale vir die meting van die oorspronklike dimensies van die GOM. Toekomstige navorsing kan moontlik fokus op die gebruik van sosiale norme en portuur invloede as afsonderlike voorspellingsveranderlikes vir die aanvaarding van gesondheidsbevorderende gedrag.

5.6 Metodologiese tekortkominge, implikasies en aanbevelings vir toekomstige navorsing

5.6.1 Interne geldigheid

Die Cronbach alpha telling vir interne geldigheid van die subskaal aanwysings tot aksie was minder as 0.7. Hierdie subskaal het dus lae interne geldigheid getoon. Nadat een item uit die subskaal verwyder was het die Cronbach alpha telling verbeter, maar dit was steeds nie bo 0.7 nie. Die interne geldigheid kon ook nie verder verbeter word nie. Dit is daarom moontlik dat die

items in die subskaal nie almal dieselfde onderliggende konsep (aanwysings tot aksie) gemeet het nie. Die subskaal het verder ook net vyf items bevat en meer items kon moontlik tot 'n hoër Cronbach alpha telling gelei het. Deeglike bestudering van items wat as aanwysings tot aksie dien is dus nodig.

5.6.2 Plafon-effek

'n Verdere tekortkoming van die studie is dat 'n plafon-effek in sommige van die verspreidings van die veranderlikes gevind was. Daar was bevind dat 14% van die deelnemers 'n perfekte telling vir die veranderlike aanvaarding van RBT getoon het, 8% van die deelnemers het 'n perfekte telling vir die veranderlike waargenome voordele getoon en 20% van die deelnemers het 'n perfekte telling vir die veranderlike aanwysings tot aksie getoon. Die plafon-effek is problematies wanneer dit kom by die vergelyking van verskillende groepe. Aangesien die variansie tussen die tellings bo die maksimum tellings nie deur die data aangedui word nie, is dit moontlik dat meer en groter beduidende verskille tussen die groepe bestaan het.

5.6.3 Steekproef grootte en variasie tussen groep groottes

Dit is verder moontlik dat die relatiewe groot steekproef en groot variasie tussen groep groottes beduidende resultate getoon het, waar daar in werklikheid nie 'n groot verskil tussen die groepe bestaan nie. Toekomstige navorsing behoort daarom te poog om gelyke hoeveelhede deelnemers van verskillende groepe (bv. geslag, ras, vlak van opvoeding ens.) te gebruik om sodoende 'n meer akkurate aanduiding van die verskille tussen groepe te verkry.

5.6.4 Steekproefsydigheid

Weens die aard van die studie metode, die gebruik van internet gebaseerde vraelyste, is dit moontlik dat 'n sydigste steekproef verkry was. Die vraelys was aan alle studente by die universiteit gestuur en studente kon die vraelys voltooi indien hulle wou. Dit is daarom moontlik

dat deelnemers slegs die vraelys voltooi het, indien die onderwerp vir hulle interessant was.

Toekomstige navorsing behoort gebruik te maak van data-insamelingsmetodes wat steekproefsydigheid verhoed of verminder.

5.6.5 Geslagsydigheid

'n Verdere tekortkoming van die studie is dat meer vrouens as mans aan die studie deelgeneem het. Soos reeds genoem is vrouens meer geneig as mans om MIV toetsing te aanvaar en bewus te wees van hul MIV status (Bassett et al., 2008; Fortenberry et al., 2002; Norman, 2006; Peltzer et al., 2002; Zak-Place & Stern, 2004). Geslagsydigheid kon dus die resultate van die studie beïnvloed het en die groot hoeveelheid vroulike deelnemers kon moontlik tot meer gunstig resultate gelei het. Toekomstige navorsing behoort te poog om meer gelyke hoeveelhede manlike en vroulike deelnemers te gebruik.

5.6.6 Veralgemeenbaarheid

Weens die groot hoeveelheid deelnemers aan die studie en die feit dat die steekproef 4.5% van die studentepopulasie van die Universiteit van Stellenbosch verteenwoordig het, kan daar beweer word dat die navorsingsbevindings veralgemeenbaar is tot die studentepopulasie van die Universiteit van Stellenbosch. Daar kan egter betwyfel word of die navorsingsbevindings veralgemeenbaar is tot ander universiteite in Suid-Afrika, aangesien Suid-Afrikaanse universiteite oor die algemeen multikulturalisties is. Die Universiteit van Stellenbosch is wel multikulturalisties, maar die populasie word gekenmerk deur 'n groot hoeveelheid Wit, Afrikaanssprekende studente. Ongeveer 70% van die studente aan die Universiteit van Stellenbosch is Wit, Afrikaanssprekende studente en hierdie syfer is nie verteenwoordigend van die Suid-Afrikaanse populasie nie (HEAIDS, 2010). Die MIV voorkomsyfer onder studente van die Universiteit van Stellenbosch is verder ook relatief laag in vergelyking met ander Suid-

Afrikaanse universiteite (HEAIDS, 2010). Toekomstige navorsing behoort daarom ook te fokus op ander Suid-Afrikaanse universiteite met studentepopulasies wat meer verteenwoordigend van die Suid-Afrikaanse populasie is.

5.7 Praktiese implikasies en sosiale relevansie

Gegewe dat daar bevind was dat waargenome voordele die grootste rol speel in aanvaarding van RBT behoort toekomstige intervensies en afdelings vir MIV/VIGS binne universiteite te fokus op die bevordering van kennis oor voordele verwant aan RBT en MIV behandeling. Positiewe houdings teenoor MIV toetsing en behandeling behoort dus gekweek te word.

Dit is verder ook belangrik om die hindernisse tot toetsing te verminder. Sosiale hindernisse soos stigma en 'n vrees vir verwerping deur vriende kan moontlik verminder word deur gebruik te maak van kampus veldtogte teen stigma en opvoeding oor die negatiewe nagevolge van stigma. Praktiese hindernisse en miskonsepsies soos 'n vrees vir naalde, vernedering deur persoonlike vroe gedurende berading, 'n wantroue in die vertroulikheid van toetsresultate en 'n vrees dat persoonlike besonderhede in publieke rekords sal verskyn kan deur gesondheidsorgvoorsiener op universiteitskampusse verminder word.

Gesondheidsorgvoorsieners moet dus bewus wees van die hindernisse wat studente ervaar gedurende die aanbieding van RBT en moet strategieë in plek stel vir die vermindering van hierdie hindernisse. Daar kan moontlik gebruik gemaak word van Voortgesette Professionele Ontwikkeling (VPO) vir die bewusmaking van hindernisse wat studente ervaar. VPO kan ook dien as 'n geleentheid vir opleiding in die implementering van strategieë vir die vermindering van hindernisse en gerusstelling van pasiënte. Aangesien dit moontlik is dat hindernisse en miskonsepsies kan wissel tussen universiteite kan afdelings vir MIV/VIGS binne universiteite verder ook hierdie opleiding en bewusmaking van spesifieke hindernisse voorsien of aanvul.

Gegewe dat individue dikwels hul risiko vir MIV onderskat (Cummings et al., 1999; Kershaw et al., 2003; Klein et al., 2003; Lapidus, 2006) en aanvoer dat hulle 'n lae risiko vir MIV loop terwyl hulle hoë risikogedrag beoefen (Hutchinson & Mahlalela, 2006) is dit belangrik vir intervensies om te fokus op korrekte persoonlike risiko-evaluering. Korrekte persoonlike risiko-evaluering kan onder andere gefasiliteer word deur kennis van hoë risikogedrag en MIV.

Aangesien aanwysings tot aksie 'n bydra tot aanvaarding van RBT lewer is dit ook belangrik vir MIV/VIGS afdelings by universiteite om hierdie aanwysings tot aksie te verhoog. Aanwysings tot aksie kan verhoog word deur onder andere gebruik te maak van universiteitsmedia soos radio stasies, koerante en plakkate oor kampusse.

'n Belangrike metode vir die vermeerdering van waargenome voordele verwant aan RBT en aanwysings tot aksie sowel as korrekte risiko-evaluering en die vermindering van hindernisse tot RBT is die gebruik van portuuronderrig. Portuuronderrig opleidingsessies binne universiteite behoort te fokus op die bogenoemde faktore. Opgeleide portuuronderrig studente kan gebruik word om inligting te voorsien om sodoende waargenome voordele te verhoog, hindernisse te verlaag en korrekte risiko-evaluering onder eweknieë te fasiliteer. Opgeleide portuuronderrig studente kan ook ander studente aanmoedig om RBT te aanvaar deur gebruik te maak van positiewe groepsdruk (HEAIDS, 2010b).

Suid-Afrikaanse universiteite behoort verder te fokus op die integrering van MIV/VIGS in die kurrikulum van alle fakulteite. MIV/VIGS vorm deel van sekere voorgraadse en nagraadse modules by die Universiteit van Stellenbosch in die volgende fakulteite: Teologie, Gesondheidswetenskappe, Sosiale Wetenskappe en Onderwys (HEAIDS, 2010b). Hierdie integrering van MIV/VIGS in sekere fakulteite weerspieël ook die algemene tendens in Suid-Afrikaanse universiteite. Uitbreiding van die integrering van MIV/VIGS in die kurrikulum van

alle fakulteite kan moontlik lei tot 'n hoër vlak van aanvaarding van RBT deurdat studente meer kennis en blootstelling aan MIV as mediese en sosiale probleem kry. Dit kan ook daartoe lei dat studente meer kennis dra oor die voordele verwant aan MIV toetsing.

Die verhoging van waargenome voordele en aanwysings tot aksie saam met die vermindering in waargenome hindernisse en korrigerende van individuele risiko-evaluering (wat moontlik tot 'n verhoging in waargenome vatbaarheid sal lei) behoort tot 'n verhoging in aanvaarding van RBT te lei. Gegewe dat individue wat reeds vir MIV getoets was 'n hoër vlak van aanvaarding van RBT getoon het en gegewe dat 'n groot persentasie van die steekproef bewus was van hul MIV status, behoort gesondheidsorgvoorsieners binne universiteite van RBT gebruik te maak. Afdelings vir MIV/VIGS binne universiteite kan verder ook gesondheidsorgvoorsieners aanmoedig om van RBT gebruik te maak.

5.8 Samevatting

In hierdie studie was daar bevind dat waargenome vatbaarheid vir MIV, waargenome voordele verwant aan MIV toetsing en waargenome hindernisse tot MIV toetsing beduidende voorspellers van aanvaarding van RBT is. Daar was egter bevind dat waargenome erns van MIV en aanduidings tot RBT nie beduidende voorspellers van aanvaarding van RBT is nie, maar daar is wel 'n beduidende positiewe korrelasie tussen aanwysings tot aksie en aanvaarding van RBT gevind. Die GOM kon dus gedeeltelik, maar nie teen volle aanvaarding van RBT voorspel.

Daar was verder beduidende verskille in gesondheidsoortuigings tussen verskillende demografiese groepe gevind. Daar was beduidende verskille tussen verskillende kampusse en fakulteite gevind, met betrekking tot waargenome voordele en waargenome hindernisse. Daar was ook verskille tussen verskillende rasse-groepe en taalgroepe gevind, met betrekking tot waargenome vatbaarheid en aanwysings tot aksie. Laastens was daar ook verskille in

waargenome erns gevind, tussen verskillende ouderdomsgroepe. Hierdie studie ondersteun dus die GOM met betrekking tot die invloed van demografiese veranderlikes op individuele oortuigings aangaande gesondheidsbevorderende gedrag.

Laastens was daar bevind dat individue wat reeds vir MIV getoets was, meer geneig was om toekomstige toetsing te aanvaar. Individue wat reeds vir MIV getoets was het ook hoër vlakke van waargenome vatbaarheid, waargenome voordele en aanwysings tot aksie ervaar, sowel as laer vlakke van waargenome hindernisse. Aangesien 'n groot gedeelte van die steekproef reeds vir MIV getoets was en aangesien dit voorkom as of vorige toetsing lei tot toekomstige toetsing kan daar beweer word dat die beoefening van RBT suksesvol sal wees onder hierdie populasie.

VERWYSINGS

- Anderson, K.G., Beutel, A.M., & Maughan-Brown, B. (2007). HIV risk perceptions and first sexual intercourse among youth in Cape Town, South Africa. *International Family Planning Perspectives*, 33(3), 98-105. Onttrek van www.guttmacher.org/pubs/journals/3309807.pdf
- Averting HIV and AIDS. (2011). *AIDS and HIV information*. Onttrek van www.avert.org
- Bassett, I.V., Giddy, J., Nkera, J., Wang, B., Losina, E., Lu, Z., Freedberg, K.A., & Walensky, R.P. (2007). Routine voluntary HIV testing in Durban, South Africa: The experience from an outpatient department. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 46(2), 181-186. doi:10.1097/QAI.06013e31814277c8
- Bassett, I.V., Giddy, J., Wang, B., Lu, Z., Losina, E., Freedberg, K.A., & Walensky, R.P. (2008). Routine, voluntary HIV testing in Durban, South Africa: correlates of HIV infection. *HIV Medicine*, 9, 863-867. doi: 10.1111/j.1468-1293.2008.00635.x
- Becker, M.H., & Maiman, L.A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 8, 10-24. Onttrek van <http://www.jstor.org.ez.sun.ac.za/action/doBasicSearch?Query=Sociobehavioral+determinants+of+compliance+with+health+and+medical+care+recommendations.&acc=on&wc=on>
- Boshamer, C.B., & Bruce, K.E. (1999). A Scale to measure attitudes about HIV-antibody testing: Development and psychometric validation. *AIDS Education and Prevention*, 11(5), 400-413.

- Brown, J., Shesser, R., Simon, G., Bahn, M., Czarnogorski, M., Kuo, I., Magnus, M., & Sikka, N. (2007). Routine HIV screening in the emergency department using the new US centers for disease control and prevention guideline. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 46(4), 395-401. doi:10.1097/QAI.06013e3181582d82
- Brown, J., Kuo, I., Bellows, J., Barry, R., Bui, P., Wohlgemuth, J., Wills, E., & Parikh, N. (2008). Patient perceptions and acceptance of routine emergency department HIV testing. *Public Health Report*, 123(3), 21-26. Onttrek van <http://www.hcbi.nlm.nih.gov.ez.sun.ac.za/pmc/articles/PMC2567016/?tool=pubmed>
- Champion, V.L. (1984). Instrument development for health belief model constructs. *Advances in Nursing Science*, 6, 73-87.
- Champion, V.L. (1999). Revised susceptibility, benefits, and barriers scale for mammography screening. *Research in Nursing & Health*, 22, 341-348. Onttrek van [http://onlinelibrary.wiley.com.ez.sun.ac.za/doi/10.1002/\(SICD\)1098-240X\(199908\)22:4%3C%3E1.0.CO;2-0/issuetoc](http://onlinelibrary.wiley.com.ez.sun.ac.za/doi/10.1002/(SICD)1098-240X(199908)22:4%3C%3E1.0.CO;2-0/issuetoc)
- Coenen, T., Lundgren, J., Lazarus, J.V., & Matic, S. (2008). Optimal HIV testing and earlier care: the way forward in Europe. *HIV Medicine*, 9(2), 1-5. doi: 10.1111/j.1468-1293.2008.00583.x
- Creek, T.L., Ntumy, R., Seipone, K., Smith, M., Mogodi, M., Smit, M., Legwaila, K., Molokwane, I., Tebele, G., Mazhani, L., Shaffer, N., & Kilmarx, P.H. (2007). Successful introduction of routine opt-out HIV testing in antenatal care in Botswana. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 45(1), 102-107. doi:10.1097/QAI.06013e318047df88

Cummings, G.L., Battle, R.S., Barker, J.C., & Krasnovsky, F.M. (1999). Are African American women worried about getting AIDS? A qualitative analysis. *AIDS Education and Prevention, 11*, 331-342. Onttrek van

<http://proquest.umi.com.ez.sun.ac.za/pqdlink?RQT=572&TS=1313764732&clientId=57290&VType=PQD&VName=PQD&VInst=PROD&PMID=37943&PCID=1049914&SrtM=0&SrchMode=3&aid=1>

Cunningham, C.O., Doran, M.S., DeLuca, J., Dyksterhouse, R., Asgary, R., & Sacajiu, G. (2009). Routine opt-out HIV testing in an urban community health center. *AIDS Patient Care, 23*(8), 619-623. doi: 10.1089/apc.2009.0005

DeHart, D.D. & Birkimer, J.C. (1997). Trying to practice safer sex: development of the sexual risk scale. *The Journal of Sex Research, 34*, 11-25.

De Paoli, M.M., Manongi, R., & Klepp, K.I. (2004). Factors influencing acceptability of voluntary counselling and HIV-testing among pregnant women in Northern Tanzania. *AIDS Care, 16*(4), 411-425. doi:10.1080/09540120410001683358

Department of Education. (2002). Revised national curriculum statement grades R – 9 (schools): Life orientation. Onttrek van

<http://www.education.gov.za/LinkClick.aspx?fileticket=TmPNDABySKE%3D&tabid=266&mid=720>

Department of Health, 2010. *National Antenatal Sentinel HIV and Syphilis Prevalence Survey in South Africa, 2009*. Onttrek van

<http://www.health.org.za/documents/85d3dad6136e8ca9d02cceb7f4a36145.pdf>

- De Wit, J.B.F., & Adam, P.C.G. (2008). To test or not to test: Psychosocial barriers to HIV testing in high-income countries. *HIV Medicine*, 9(2), 20-22. doi: 10.1111/j.1468-1293.2008.00586.
- Dorr, N., Krueckenberg, S., Strathman, A., & Wood, M.D. (1999). Psychosocial correlates of voluntary HIV antibody testing in college students. *AIDS Education and Prevention*, 11(1), 14-26. Onttrek van <http://proquest.umi.com.ez.sun.ac.za/pqdlink?index=7&did=39372320&SrchMode=3&sid=2&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1307726470&clientId=57290&aid=2>
- Dorrington, R., Bradshaw, D., Johnson, L., & Budlender, D. (2004). The demographic impact of HIV/AIDS in South Africa. National indicators for 2004. Onttrek van <http://www.mrc.ac.za/bod/demographic.pdf>
- Duffus, W.A., Weis, K., Kettinger, L., Stephens, T., Albrecht, H., & Gibson, J.J. (2009). Risk-based HIV testing in South Carolina health care settings failed to identify the majority of infected individuals. *AIDS Patient Care and STDs*, 23(5), 339-345. doi: 10.1089/apc.2008.0193
- Durbin, J., & Watson, G.S. (1951). Testing for serial correlation in least square regression, II. *Biometrika*, 30, 159-178. Onttrek van <http://www.jstor.org/stable/2332325>
- Eaton, L., Flisher, A.J., & Aaro, L.E. (2003). Unsafe sexual behaviour in South African youth. *Social Sciences and Medicine*, 56, 149-165. doi:10.1016/50277-9536(02)00017-5

- Evans, C., & Ndirangu, E. (2009). The nursing implications of routine provider-initiated HIV testing and counseling in Sub-Saharan Africa: A critical review of new policy guidance from WHO/UNAIDS. *International Journal of Nursing Studies*, 46(5), 723-731. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.11.003
- Fernandez, M.I., Wilson, T.E., Ethier, K.A., Walter, E.B., Gay, C.L., & Moore, J. (2000). Acceptance of HIV testing during prenatal care. *Public Health Reports*, 115(5), 460-468.
- Onttrek van <http://find.galegroup.com.ez.sun.ac.za/gtx/paginate.do?qrySerId=Locale%28en%2C%2C%29%3AFQE%3D%28JN%2CNone%2C23%29%22Public+Health+Reports%22%3AAand%3ALQE%3D%28DA%2CNone%2C8%2920000901%24&inPS=true&searchType=PublicationSearchForm&prodId=AONE&userGroupName=27uos>
- Fetene, N.W., & Feleke, A.D. (2010). Missed opportunities for earlier HIV testing and diagnosis at the health facilities of Dessie Town, North East Ethiopia. *BMC Public Health*, 10, 362-370. doi: 10.1186/1471-2458-10-362
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS* (2nd ed.) Londen: SAGE Publications.
- Finfgeld, D.L., Wongvatunyu, S., Conn, V.S., Grando, V.T., & Russell, C.L. (2003). Health Belief Model and Reversal Theory: a comparative analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 43(3), 288-297. doi:10.1046/j.1365-2648.2003.02712
- Fortenberry, J.D., McFarlane, M., Bleakley, A., Bull, S., Fishbein, M., Grimley, D.M., Malotte, C.K., & Stoner, B.P. (2002). Relationships of stigma and shame to Gonorrhea and HIV screening. *American Journal of Public Health*, 92(3), 378-381. Onttrek van <http://web.ebscohost.com.ez.sun.ac.za/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=105&sid=50412192-cf3f-4d97-a41a-7181792d2e2a%40sessionmgr113>

- Fritz, K.E., Woelk, G.B., Bassett, M.T., McFarland, W.C., Routh, J.A., Tobaiwa, O., & Stall, R.D. (2002). The association between alcohol use, sexual risk behaviour, and HIV infection among men attending beerhalls in Harari, Zimbabwe. *AIDS behaviour*, 6(3), 221-228. doi:1090-7165/02/0900-0221/0
- Gage, A.J., & Ali, D. (2005). Factors associated with self-reported HIV testing among men in Uganda. *AIDS Care*, 17(2), 153-165. doi: 10.1080/0940120512331325635
- Gilbert, L., & Walker, L. (2010). 'My biggest fear was that people would reject me once they knew my status...': stigma as experienced by patients in an HIV/AIDS clinic in Johannesburg, South Africa. *Health and Social Care in the Community*, 18(2), 139-146. doi: 10.1111/j.1365-2524.2009.00881.x
- Gözüm, S., & Aydin, I. (2004). Validation evidence for Turkish adaptation of Champion's health belief model scales. *Cancer Nursing*, 27(6), 491-498. Onttrek van <http://ovidsp.tx.ovid.com.ez.sun.ac.za>
- Grispen, E.J., Ronda, G., Dinant, G., de Vries, N.K., van der Weijden, T. (2011). To test or not to test: A cross-sectional survey of the psychosocial determinants of self-testing for cholesterol, glucose, and HIV. *BMC Public Health*, 11(112), 1-10. Onttrek van <HTTP://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/112>
- Hayden, J. (2009). *Introduction to Health Behavior Theory*. Canada: Jones & Bartlett Publishers.
- Heeren, A.G., Jemmott, J.B., Mandeya, A., & Tyler, J.C. (2007). Theory-based predictors of condom use among university students in the United States and South Africa. *AIDS Education and Prevention*, 19(1), 1-12. Onttrek van <http://web.ebscohost.com.ez.sun.ac.za/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=13&sid=ff1de033-bf5c-4621-9a7b-9bdd340af8f0%40sessionmgr12>

- HEAIDS. (2010a). *HIV prevalence and related factors – higher education sector, South Africa, 2008-2009*. Pretoria: Higher education South Africa.
- HEAIDS. (2010b). *HIV/AIDS prevention good practice-strategies for public higher education institutions (HEIs) in South Africa*. Pretoria: Higher Education South Africa.
- Holtgrave, D.R. (2007). Cost and consequences of the US Centre for Disease Control and Prevention's recommendations for Opt-Out HIV testing. *PLOS Medicine*, 4(6), 1011-1018. doi: 10.1371/journal.pmed.0040194
- Howell, D.C. (2008). *Fundamental statistics for the behavioral sciences* (6th ed.) United States of America: Thomson Wadsworth.
- Hutchinson, A.B., Corbie-Smith, G., Thomas, S.B., Mohanan, S., & del Rio, C. (2004). Understanding the patient's perspective on rapid and routine HIV testing in an inner-city urgent care centre. *AIDS Education and Prevention*, 16(2), 101-114. Onttrek van <http://web.ebscohost.com.ez.sun.ac.za/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=13&sid=ff1de033.bf5c-4621-9a7b-9bdd340af8f0%40sessionmgr12>
- Hutchinson, P.L., & Mahlalela, X. (2006). Utilization of voluntary counselling and testing services in the Eastern Cape, South Africa. *AIDS Care*, 18(5), 446-455. doi: 10.1080/09540120500213511
- Iriyama, S., Nakahara, S., Jimba, M., Ichikawa, M., Wakai, S. (2007). AIDS health beliefs and intention for sexual abstinence among male adolescent students in Kathmandu, Nepal: A test of perceived severity and susceptibility. *Journal of the Royal Institute of Public Health*, 121, 64-72. doi:10.1016/j.puhe.2006.08.016

- James, S., Reddy, S.P., Taylor, M., & Jinabhai, C.C. (2004). Young people, HIV/AIDS/STIs and sexuality in South Africa: the gap between awareness and behaviour. *Acta Paediatr*, 93, 264-269. doi: 10.1080/08035250310007925
- Jenkins, T.C., Gardner, E.M., Thrun, M.W., Cohn, D.L., & Burman, W.J. (2006). Risk-based Human Immunodeficiency Virus (HIV) testing fails to detect the majority of HIV-infected persons in medical care settings. *Sexually Transmitted Diseases*, 33(5), 329-333. doi: 10.1097/01.olq.0000194617.91454.3f
- Janz, N.K., & Becker, M.H. (1984). The Health Belief Model: a decade later. *Health Education Quarterly*, 11, 1-47.
- Joseph, A.E., & Phillips, D.R. (1984). *Accessibility and utilization: Geographical perspectives on health care delivery*. London: Harper & Row Publishers.
- 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(6), 442-447. Onttrek van <http://proquest.umi.com.ez.sun.ac.za/pqdlink?index=17&did=522802481&SrchMode=3&sid=3&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1307726702&clientId=57290&aid=3>
- Kalichman, S.C., Simbayi, L.C., Cain, D., & Jooste, S. (2007). Alcohol expectancies and risky drinking among men and women at high-risk for HIV infection in Cape Town South Africa. *Addictive behaviours*, 32, 2304-2310. doi: 10.1016/j.addbeh.2007.01.026

- Kershaw, T.S., Ethier, K.A., Niccolai, L.M., Lewis, J.B., & Ickovics, J.R. (2003). Misperceived Risk Among Female Adolescents: Social and Psychological Factors Associated with Sexual Risk Accuracy. *Health Psychology, 22*(5), 523-532. Onttrek van <http://web.ebscohost.com.ez.sun.ac.za/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=123&sid=59fae87d-99d3-4cbd-9f37-1a1d35071fcf%40sessionmgr14>
- Klein, H., Elifson, K.W., & Sterk, C.E. (2003). "At risk" women who think that they have no change of getting HIV: Self-assessed perceived risk. *Women Health, 38*, 47-63. Onttrek van http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J013v38n02_04?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed
- Klepp, K.I., Mnyika, K.S., Ole-Kingori, N., Leshabari, M.T., & Kissila, P.E. (2004). AIDS knowledge and risk perception in urban and rural communities in Arusha region, Tanzania. *East African Journal of Public Health, 1*(1), 40-47. Onttrek van <http://indexmedicus.afro.who.int/iah/fulltext/AIDS%20KNOWLEDGE.pdf>
- Lapidus, J.A., Bertolli, J., McGowan, K., & Sullivan, P. (2006). HIV-related risk behaviours, perceptions of risk, HIV testing, and exposure to prevention messages and methods among urban American Indians and Alaska Natives. *AIDS Education and Prevention, 18*, 546-559. Onttrek van <http://www.ihs.gov/medicalprograms/hivaid/docs/hivaidamongurbanaian.pdf>
- Liddicoat, R.V., Horten, H.J., Urban, R., Maier, E., Christianse, D., & Samet, J.H. (2004). Assessing missed opportunities for HIV testing in medical settings. *Journal of General Internal Medicine, 19*(4), 349-356. doi: 10.1111/j.1525-1497.2004.21251.x

- Lin, P., Simoni, J.M., & Zemon, V. (2005). The Health Belief Model, sexual behaviours, and HIV risk among Taiwanese immigrants. *AIDS Education and Prevention*, 17(5), 469-483.
- Onttrek van
<http://web.ebscohost.com.ez.sun.ac.za/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=13&sid=ff1de033-bf5c-4621-9a7b-9bdd340af8f0%40sessionmgr12>
- Lux, K.M., & Petosa, R. (1994). Preventing HIV infection among juvenile delinquents: educational diagnosis using the health belief model. *International Quarterly of Community Health Education*, 15, 145-163.
- Lye Chng, C., Eke-Huber, E., Eaddy, S., & Collins, J.R. (2005). Nigerian College students: HIV knowledge, perceived susceptibility for HIV and sexual behaviours. *College Student Journal*, 38. Onttrek van
http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FCR/is_1_39/ai_n13603934/
- Malcolm, S.E., Ng, J.J., Rosen, R.K., & Stone, V.E. (2003). An examination of HIV/AIDS patients who have excellent adherence to HAART. *AIDS Care*, 15(2), 251-261.
doi:10.1080/0954012031000068399
- Mantell, J.E., Needham, S.L., Smit, J.A., Hoffman, S., Cebekhulu, Q., Adams-Skinner, J., Exner, T.M., Mabude, Z., Beksinka, M., Stein, Z.A., & Milford, C. (2009). Gender norms in South Africa: Implications for HIV and pregnancy prevention among African and Indian women students at a South African tertiary institution. *Culture, Health & Sexuality*, 11(2), 139-157. doi: 10.1080/13691050802521155

- Maughan-Brown, B.G. (2006). Attitudes toward people with HIV/AIDS: Stigma and its determinants among adults in Cape Town, South Africa. *South African Review of Sociology*, 37(2), 165-188. Onttrek van <http://web.ebscohost.com.ez.sun.ac.za/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=122&sid=bed02f27-ecb9-4ba6-bfc2-71b28828b5ad%40sessionmgr111>
- Morin, S.F., Khumalo-Sakutukwa, G., Charlebois, E.D., Routh, J., Fritz, K., Lane, T., Vaki, T., Fiamma, A., & Coates, T. (2006). Removing barriers to knowing HIV status, same-day mobile HIV testing in Zimbabwe. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 41, 218-224. Onttrek van <http://globalhealth.med.ucla.edu/publications/morin2.pdf>
- Morojele, N.K., Kacheing'a, M.A., Mokoko, E., Nkoko, M.A., Parry, C.D.H., Nkowane, A.M., Moshia, K.M., & Saxena, S. (2006). Alcohol use and sexual behaviour among risky drinkers and bar and shebeen patrons in Gauteng province, South Africa. *Social Sciences and Medicine*, 62, 217-227. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.05.031
- Mwamburi, D.M., Dladla, N., Qwana, E., & Lurie M.N. (2005). Factors associated with wanting to know HIV results in South Africa. *AIDS Patient Care and STDs*, 19(8), 518-525. doi: 10.1089/apc.2005.19.518
- Myers, R. (1990). *Classical and modern regression with applications* (2nd ed.). Boston, MA: Duxbury.
- Nakanjako, D., Kanya, M., Daniel, K., Mayanja-Kizza, H., Freers, J., Whalen, C., & Katabira, E. (2007). Acceptance of routine testing for HIV among adult patients at the medical emergency unit at a national referral hospital in Kampala, Uganda. *AIDS and Behaviour*, 11, 753-758. doi: 10.1007/s10461-006-9180-9

- Norman, L.R. (2006). HIV testing practices in Jamaica. *HIV Medicine*, 7(4), 231-242.
doi:10.1111/j.1468-1293.2006.00368.x
- Nuwaha, F., Kabatesi, D., Muganwa, M., & Whalen, C.C. (2002). Factors influencing acceptability of voluntry counselling and testing for HIV in Bushenyi district of Uganda. *East African Medical Journal*, 79(12), 626-632. Onttrek van <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2871315/?tool=pubmed>
- Peltzer, K., Mpofu, E., Baguma, P., & Lawal, B. (2002). Attitudes towards HIV-antibody testing among university students in four African countries. *International Journal for the Advancement of counselling*, 24, 193-203. doi: 10.1023/A:1022991522264
- Peltzer, K., Nzewi, E., Mohan, K. (2004). Attitudes toward HIV-antibody testing and people with AIDS among university students in India, South Africa and United States. *Indian Journal of Medical Sciences*, 58(3), 95-108. Onttrek van <http://web.ebscohost.com.ez.sun.ac.za/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=12&sid=b97b5f35-feb3-47e9-b957-6c8348c511b2%40sessionmgr10>
- Peltzer, K., Matseke, G., & Metcalf, C. (2009). Review of HIV counselling and testing studies in South Africa. Onttrek van http://www.hsra.ac.za/Research_Publication-21151.phtml
- Pettifor, A.E., Kleinschmidt, I., Levin, J., Rees, H.V., MacPhail, C., Madikizela-Hlongwa, L., Vermaak, K., Mapier, G., Stevens, W., & Padian, N.S. (2005). A community-based study to examine the effect of a youth HIV prevention intervention on young people aged 15-24 in South Africa: results of the baseline survey. *Tropical Medicine and International Health*, 10(10), 971-980. doi: 10.1111/j.1365-3156.2005.01483.x

- Plana, M., Garcia, F., Gallart, T., Tortajada, C., Soriano, A., Palou, E., Maleno, M.J., Barcelo, J.J., Vidal, C., Cruceta, A., Miro, J.M., & Gatell, J.M. (2002). Immunological benefits of antiretroviral therapy in early stages of symptomatic chronic HIV-1 infection. *AIDS*, *14*, 1921-1933. <http://www.mendeley.com/research/immunological-benefits-antiretroviral-therapy-early-stages-asymptomatic-chronic-hiv1-infection-7/>
- Rosenstock, I.M. (1966). Why people use health services. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, *44*(3), 94-124. Onttrek van <http://www.jstor.org/pss/3348967>
- Rosenstock, I., Stretcher, V., & Becker, M. (1988). Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, *15*(2), 175-183. Onttrek van http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/2027.42/67783/2/10.1177_109019818801500203.pdf
- Rosenstock I., Strecher, V., & Becker, M. (1994). The Health Belief Model and HIV risk behavior change. In R.J. DiClemente, and J.L. Peterson (Eds.), *Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Interventions*. New York : Plenum Press. Onttrek van http://books.google.co.za/books?id=WzqzwiHUVtIC&pg=PA1&lpg=PA1&dq=Preventing+AIDS:+Theories+and+Methods+of+Behavioral&source=bl&ots=mU8zTLMGll&sig=52TtkdCrhW6CR57_36VgdntEDIQ&hl=en&ei=IUtfTue8G4-WhQf4IsT6Aw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCYQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false
- SANAC. [n.d.]. *HIV & AIDS and STI National Strategic Plan 2007 – 2011*. Onttrek van http://www.saf aids.net/files/S.A%20National%20HIVAIDS_STI%20Strategic%20Plan%202007-2011.pdf

- SANAC. (2010). *The national HIV counselling and testing campaign strategy*. Onttrek van www.redribbon.co.za/...v2/HCT-Campaign-Strategy-2_3_10%20final.doc
- Sandfort, T.G.M., Nel, J., Rich, E., Reddy, V., & Yi, H. (2008). HIV testing and self-reported HIV status in South African MSM: Results from a community-based survey. *Sex Transm Infect*, 84(6), 435-429. doi:10.1136/sti.2008.031500
- Shisana, O., Rehle, T., Simbayi, L.C., Zuma, K., Jooste, S., Pillay-van-Wyk, V., Mbelle, N., Van Zyl, J., Parker, W., Zungu, N.P., Pezi, S., & the SABSSM III Implementation Team. (2009). *South African national HIV prevalence, incidence, behaviour and communication survey 2008: A turning tide among teenagers?* Onttrek van <http://www.mrc.ac.za/pressreleases/2009/sanat.pdf>
- Simbayi, L.C., Chauveau, J., & Shisana, O. (2004a). Behavioural responses of South African youth to the HIV/AIDS epidemic: A nationwide survey. *AIDS Care*, 16(5), 605-618. doi: 10.1080/09540120410001716405
- Simbayi, L.C., Kalichman, S.C., Jooste, S., Mathiti, V., Cain, D., & Cherry, C. (2004b). Alcohol use and sexual risks for HIV infection among men and women receiving sexually transmitted infection clinic services in Cape Town, South Africa. *Journal of Studies on Alcohol*, 65, 434-442. Onttrek van <http://find.galegroup.com.ez.sun.ac.za/gtx/quickSearch.do?inPS=true&prodId=AONE&userGroupName=27uos>
- Simbayi, L.C., Mwaba, K., & Kalichman, S.C. (2006). Perceptions of the combination of HIV/AIDS and alcohol as a risk factor among STI clinic attenders in South Africa: Implications for HIV prevention. *Social Behaviour and Personality*, 34(5), 535-544. Onttrek van http://findarticles.com/p/articles/mi_qa3852/is_200601/ai_n17187526/

Simbayi, L.C., Kalichman, S., Strebel, A., Cloete, A., Henda, N., & Mqeketo, A. (2007).

Internalized stigma, discrimination, and depression among men and women living with HIV/AIDS in Cape Town, South Africa. *Social Sciences & Medicine*, 64, 1823-1831.

doi:10.1016/j.socscimed.2007.01.006

Spielberg, F., Branson, B.M., Goldbaum, G.M., Lockhart, D., Kurth, A., Celum, C.L., Rossini,

A., Critchlow, C.W., & Wood, R.W. (2003). Overcoming barriers to HIV testing:

Preferences for new strategies among clients of a needle exchange, a sexually transmitted diseases clinic, and sex venues for men who have sex with men. *Journal of Acquired*

Immune Deficiency Syndrome, 32(3), 318-327. Onttrek van

http://journals.lww.com/jaids/fulltext/2003/03010/overcoming_barriers_to_hiv_testing_preferences.12.aspx

Stein, J.A., Nyamathi, A. (2000). Gender differences in behavioural and psychosocial predictors of HIV testing and return for test results in a high-risk population. *AIDS Care*, 12(3), 343-356.

Swartz, L., de la Rey, C., Duncan, N., & Townsend, L. (2008). *Psychology an introduction* (2nd ed). South Africa: Oxford University Press.

UNAIDS. (2009). *Report on the global AIDS epidemic*. Onttrek van

http://www.unaids.org/globalreport/documents/20101123_GlobalReport_full_en.pdf

UNAIDS. (2010). *Report on the global AIDS epidemic*. Onttrek van

http://www.unaids.org/documents/20101123_GlobalReport_em.pdf

UNAIDS/WHO. (2007). Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities. Onttrek van http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/9789241595568_en.pdf

- Volk, J.E., & Koopman, C. (2001). Factors associated with condom use in Kenya: a test of the Health Belief Model. *AIDS Education and Prevention*, 13(6), 495-508. Onttrek van <http://proquest.umi.com.ez.sun.ac.za/pqdlink?index=5&did=99063273&SrchMode=3&sid=2&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1313766630&clientId=57290&aid=2>
- Walker, L.J. (2009). *Components of the Health Belief Model and HIV Testing Decisions* (Master's thesis). Onttrek van <http://libres.uncg.edu/ir/uncw/listing.aspx?id=1371>
- Wanyenze, R.K., Nawavvu, C., Namale, A.S., Mayanja, B., Bunnell, R., Abang, B., Amanyire, G., Sewankambo, N.K., & Kanya, M.R. (2008). Acceptability of routine HIV counselling and testing, and HIV seroprevalence in a Ugandan hospitals. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(4), 302-309. doi:10.2471/BLT.07.042580
- Wayne, A.D., Weis, K., Kettinger, L., Stephens, T., Albrecht, H., & Gibson, J.J. (2009). Risk-based HIV testing in South Carolina health care settings failed to identify the majority of infected individuals. *AIDS Patient Care and STDs*, 23(5), 339-345. doi:10.1089/apc.2008.0193
- Weiser, S.D., Heisler, M., Leiter, K., Percy-de Korte, F., Tlou, S., DeMonner, S., Phaladze, N., Bangsberg, D.R., & Lacopino, V. (2006). Routine HIV testing in Botswana: a population-based study on attitudes, practices and human rights concerns. *PLoS Medicine* 3(7), 261. doi: 10.1371/journal.pmed.0030261
- Weissfeld, J.L., Brock, B.M., Kirscht, J.P., & Hawthorne, V.M. (1987). Reliability of health belief indexes: Confirmatory factor analysis in sex, race, and age subgroups. *Health Services Research*, 21(6), 777-793. Onttrek van <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1068989/pdf/hsresearch00506-0066.pdf>

- Weiss, H.A., Quigley, M.A., & Hayes, R.J. (2000). Male circumcision and risk of HIV infection in Sub-Saharan Africa: A systematic review and meta-analysis. *AIDS*, *14*(15), 2361-2370. Onttrek van http://ovidsp.tx.ovid.com.ez.sun.ac.za/sp-3.4.1b/ovidweb.cgi?&S=GNJLFPLNLKDDFBLHNCCLHFBACLA00&Link+Set=S.sh.15.16.21.26.30%7c18%7csl_10
- Ware, N.C., Wyatt, M.A., & Tugenberg, T. (2006). Social relationships, stigma and adherence to antiretroviral therapy for HIV/AIDS. *AIDS Care*, *18*(8), 904-910. doi:10.1080/09540120500330554
- WHO. (2010). *Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents: Recommendations for public health approach*. Onttrek van <http://www.who.int/hiv/pub/arv/adult2010/en/index.html>
- WHO/UNAIDS/UNICEF. (2009). *Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector, progress report 2009*. Onttrek van <http://www.who.int/hiv/pub/2009progressreport/en/index.html>
- Willis, J.D., & Campbell, L.F. (1992). *Exercise Psychology*. United States of America: Human Kinetics Publishers.
- Wilson, S.R., Mitchell, C., Bradbury, D.R., & Chavez, J. (1999). Testing for HIV: Current practices in the academic ED. *The American Journal of Emergency Medicine*, *17*(4), 345-346. doi: 10.1016/S0735-6757(99)90085-2
- Wolff, B., Nyanzi, B., Katongole, G., Ssesanga, D., Ruberantwari, A., & Whitworth, J. (2005). Evaluation of a home-based voluntary counselling and testing intervention in rural Uganda. *Health Policy and Planning*, *20*(2), 109-116. doi:10.1093/heapol/czi013

- Young, S.D., Monin, B., & Owens, D. (2009). Opt-out testing for stigmatized diseases: A social psychological approach to understanding the potential effect of recommendations for routine HIV testing. *Health Psychology, 28*(6), 675-681. doi:10.1037/a0016395
- Yudin, M.H., Moravac, C., & Shah, R.R. (2007). Influence of an 'Opt-Out' test strategy and patient factors on human immunodeficiency virus screening in pregnancy. *Journal of Obstetrics & Gynaecology, 110*(1), 81-86. doi: 10.1097/01.AOG.0000267497.39041.06
- Zagumny, M.J. & Brady, D.B. (1998). Development of the AIDS health belief scale (AHBS). *AIDS Education and Prevention, 10*(2), 173-179.
- Zak-Place, J., & Stern, M. (2004). Health belief factors and dispositional optimism as predictors of STD and HIV preventive behaviour. *Journal of American College Health, 52*(5), 229-236. doi: 10.3200/JACH.52.5.229-236

BYLAE A: UITNODIGING TOT DIE STUDIE, BEPALINGS, VOORWAARDES

EN DIE VRAELYS (AFRIKAANS EN ENGELS)

Beste student

U word uitgenooi om deel te neem aan 'n navorsingstudie wat studente se aanvaarding van Roetine MIV Berading en Toetsing (RBT) ondersoek. RBT behels die aanbieding van MIV toetsing deur 'n gesondheidsorgvoorsiener (dokter of verpleegster) as deel van roetine gesondheidsorg, aan alle individue ongeag van hul risiko vir MIV en in alle gesondheidsorg omgewings. MIV toetsing word daarom gesien as deel van 'n roetine mediese ondersoek (elke 6-12 maande) wat gewoonlik cholesterol toetsing, bloeddruk toetsing ens. insluit. MIV toetsing sal daarom aan pasiënte geoffer word wanneer hulle 'n dokter besoek weens 'n siekte of vir 'n jaarlikse mediese ondersoek.

Alle deelnemers wat 'n voltooide vraelys indien staan 'n kans om 'n kontant prys van R500.00 in 'n gelukstrekking te wen.

U is as moontlike deelnemer aan die studie gekies omdat u huidiglik 'n student aan die Universiteit van Stellenbosch is.

Hierdie navorsingstudie word uitgevoer deur Me Jani Nothling, 'n Meesterstudent in Navorsingsielkunde aan die Universiteit van Stellenbosch onder die leiding van Prof. Ashraf Kageby by die Departement van Sielkunde.

Hierdie studie poog om die verhouding tussen studente se gesondheidsoortuigings aangaande MIV/VIGS en aanvaarding van RBT te ondersoek. Die resultate van die studie sal deel vorm van 'n Meesters tesis en kan moontlik dien as riglyne vir die ontwikkeling van intervensies wat gemik is op die vermindering van hindernisse tot RBT en die vermeerdering van aanvaarding van RBT. U deelname aan die studie sal daarom belangrike informasie tot die MIV toetsing veld bydra.

Indien u inwillig om aan die studie deel te neem, sal u gevra word om deur 'n lys van vrae verwant aan u oortuigings en denke teenoor RBT te lees en dit te beantwoord. Om die vraelys suksesvol te voltooi en te stoor en sodoende te kwalifiseer vir die gelukstrekking van die kontantprys moet alle vrae wat aan u gestel word beantwoord word. Indien u voel dat u liewers nie 'n vraag wil beantwoord nie is u welkom om op enige gegewe tydstip u deelname aan die studie te onttrek, sonder enige nagevolge, deur die knoppie 'Staak' wat op elke bladsy van die vraelys verskyn te selekteer. Indien u op hierdie knoppie kliek sal u antwoorde nie gestoor word of in 'n databasis geplaas word nie.

Die voltooiing van die vraelys behoort u nie meer as 20 minute te neem nie. U kan die vraelys op enige plek en tyd voltooi, solank u toegang tot 'n rekenaar en 'n internet konneksie het.

Selekteer asseblief die skakel hieronder indien u daarin belangstel om die vraelys te voltooi.

[Click here](#) to take the survey.

Lees asseblief die volgende bepalings en voorwaardes voordat u aan beweeg na die vraelys.

Indien u instem tot die bepalings en voorwaardes soos hier beskryf word, word u versoek om die 'Ek stem saam' knoppie hier onder te selekteer. Deur hierdie knoppie te selekteer gee u, u inwilliging tot deelname aan die studie en u sal dan na die vraelys begelei word.

Indien u nie saamstem met die bepalings en voorwaardes van die studie nie, selekteer asseblief die 'Ek stem nie saam nie' knoppie hieronder en u sal dan hierdie webblad verlaat.

BEPALINGS EN VOORWAARDES

1. U deelname is VOLKOME VERTROULIK.

Geen ander student of personeellid by die Universiteit van Stellenbosch behalwe die navorsers sal toegang hê tot u antwoorde nie.

2. U deelname is VOLKOME ANONIEM.

Geen persoonlike of identifiseerbare informasie sal aan u antwoorde geheg word nie. Elke opname sal voorsien word van 'n unieke identifiseerder wat nie na u persoonlike identiteit teruggevoer sal kan word nie.

3. U KAN TE ENIGER TYD U INWILLIGING TERUGTREK EN U DEELNAME BEËINDIG, SONDER ENIGE NADELIGE GEVOLGE VIR U.

Deur deel te neem aan die navorsing doen u geensins afstand van enige wetlike regte, eise of regsmiddel nie.

'n 'Staak die opname' knoppie verskyn op elke bladsy van die vraelys, wat u instaat stel om op enige gegewe tyd die opname te verlaat. Indien u op hierdie knoppie klik sal u antwoorde nie gestoor word of in 'n databasis geplaas word nie. Indien u vrae het oor u regte as proefpersoon by navorsing, skakel met Maléne Fouché [mfouche@sun.ac.za ; 021 808 4622] van die Afdeling Navorsingsontwikkeling.

4. Slegs vraelyste wat volkome voltooid en ingedien is sal in ag geneem word vir die gelukstrekking van die kontantprys. Die gelukstrekking sal een week na die sluitingsdatum van die opname geskied. Die wenner sal per e-pos adres, wat hul voorsien het, gekontak word om sodoende reëlins vir die afhaal van die prys aan te tref.

5. U mag slegs een vraelys vir die studie indien.

6. Indien u enige vrae of besorgdheid omtrent die navorsing het, staan dit u vry om in verbinding te tree met Me Jani Nöthling by 14855550@sun.ac.za .

Let wel: Geen ooglopende risiko's of ongemaklikheid met betrekking tot deelname aan die studie word voorspel nie. Indien u (vir enige rede) negatiewe ervarings of reaksies weens deelname aan die studie ervaar kontak gerus die Sentrum vir Studentevoorigting en – ontwikkeling (SSVO) by 808-4124 of 808-3027.

Noudat u deur die bepalinge en voorwaardes gelees het, selekteer asseblief een van die twee opsies hier onder om sodoende aan te dui of u inwillig tot deelname aan die studie of nie.

Dankie vir u bystand.

Me Jani Nöthling & Prof. Ashraf Kagee

Sielkunde Departement

Universiteit van Stellenbosch

EK STEM SAAM (ek wil aan die studie deelneem)

EK STEM NIE SAAM NIE (ek wil nie aan die studie deelneem nie)

LET ASSEBLIEF DIE VOLGENDE OP:

Voorsien asseblief u e-pos adres in die gegewe spasio hieronder indien u in aanmerking wil kom vir die gelukstrekking van die kontantprys. U kontak besonderhede sal nie aan u antwoorde geheg word nie, dit sal slegs gebruik word om u te kontak indien u die gelukkige wenner van die kontantprys is. Indien u nie u e-pos adres wil voorsien nie kan u steeds die vraelys voltooi, maar u sal nie in aanmerking kom vir die gelukstrekking nie.

VOORSIEN ASSEBLIEF DIE VOLGENDE DEMOGRAFIESE INFORMASIE

Die informasie wat u voorsien sal vertroulik en anoniem wees.

Dui asseblief u geslag aan:

- Manlik
- Vroulik

Hoe oud is u vandag?

Voorsien asseblief u ouderdom in die gegewe spasie hier onder.

Dui asseblief u eerstetaal (huistaal) aan:

- Afrikaans
- English
- isiXhosa
- isiZulu
- Ander (spesifiseer asseblief: _____)

Dui asseblief u hoogste VOLTOOIDE akademiese kwalifikasie aan:

- Matriek
- Baccalaureus-graad
- Honneursgraad
- Meestersgraad
- Doktersgraad

Dui asseblief u studiejaar aan:

- 1ste jaar
- 2de jaar
- 3de jaar
- Honneurs
- Meesters
- Dokters
- Ander (spesifiseer asseblief: _____)

By watter kampus van Stellenbosch Universiteit studeer u?

- Stellenbosch (hoofkampus)
- Tygerberg
- Bellville
- Saldanha
- Ander (spesifiseer asseblief: _____)

In watter fakulteit is u geregistreer?

- Agriwetenskappe
- Lettere en Sosiale Wetenskappe
- Ekonomiese en Bestuurswetenskappe
- Onderwys
- Ingenieurswese
- Gesondheidswetenskappe
- Regsgeleerdheid
- Krygkunde
- Natuurwetenskappe
- Teologie

Dui asseblief u status van indiensneming aan:

- Voltydse werknemer
- Deeltydse werknemer
- Ek is 'n voltydse student en werk nie
- Ander (spesifiseer asseblief: _____)

Dui asseblief aan watter kategorie beskryf u die beste:

- Wit Suid-Afrikaner
- Swart Suid-Afrikaner
- Kleurling Suid-Afrikaner
- Indiër Suid-Afrikaner
- Asiatiese Suid-Afrikaner
- Internasionale (nie Suid-Afrikaanse) student
- Ander (spesifiseer asseblief: _____)

Dui asseblief u HUISHOUDING se maandelikse inkomste aan:

- Minder as R1000 p.m.
- R1001 - R2000 p.m.
- R2001 - R5000 p.m.
- R5001 - R10 000 p.m.
- Meer as R10 000 p.m.

DIE VOLGENDE VRAE HANDEL OOR ROETINE MIV BERADING EN TOETSING. ONS STEL BELANG IN U VLAK VAN OOREENSTEMMING MET AL DIE STELLINGS. LEES ASSEBLIEF DIE INSTRUKSIES IN ELKE AFDELING SORGVULDIG DEUR, WANT DAAR WORD VERSKILLENDE INSTRUKSIES IN VERSKILLENDE AFDELINGS GEGEE. BEANTWOORD ASSEBLIEF AL DIE VRAE SO EERLIK AS MOONTLIK.

U antwoorde sal vertroulik en anoniem wees.

Die onderstaande stellings handel oor u gevoelens teenoor Roetine MIV Berading en Toetsing. Dui asseblief u vlak van ooreenstemming met elke stelling aan, bv. 1. Stem hoegenaamd nie saam nie, 2. Stem nie saam nie, 3. Onseker, 4. Stem saam, 5. Stem volkome saam. Selekteer asseblief die knoppie wat ooreenstem met u antwoord.

	1.Stem hoege- naamd nie saam nie	2.Stem nie saam nie	3.On- seker	4.Stem saam	5.Stem volkome saam
Ek is ten gunste van roetine MIV berading en toetsing.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ek sal heel waarskynlik binne die volgende jaar vir MIV getoets word.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Roetine MIV berading en toetsing maak dit vir my makliker om getoets te word.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ek voel selfversekerd in my vermoë om roetine MIV berading en toetsing te aanvaar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ek is gemaklik met die MIV toetsprosedure.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ek dink dit is belangrik om te weet wat jou MIV status is.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ek glo dit is maklik om vir MIV getoets te word.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die onderstaande stellings handel oor u persoonlike vatbaarheid vir MIV. Dui asseblief u vlak van ooreenstemming vir elke stelling aan, bv. 1. Stem volkome saam, 2. Stem saam, 3. Onseker, 4. Stem nie saam nie, 5. Stem hoegenaamd nie saam nie. Selekteer asseblief die knoppie wat ooreenstem met u antwoord. LET ASSEBLIEF OP: VIR DIE VOLGENDE 5 STELLINGS IS

1 = STEM VOLKOME SAAM EN NIE STEM HOEGENAAMD NIE SAAM NIE.

	1.Stem volkome saam	2.Stem saam	3.On- seker	4.Stem nie saam nie	5.Stem hoege- naamd nie saam nie
Mense soos ek word nie geïnfekteer met MIV nie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ek is baie gesond so my liggaam kan 'n MIV infeksie teen veg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ek is te jonk om met MIV geïnfekteer te word.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ek is nie bekommerd dat ek dalk met MIV geïnfekteer kan word nie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My seksuele gedrag plaas my nie tot risiko vir MIV/VIGS nie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die onderstaande stellings handel oor u persoonlike vatbaarheid vir MIV. Dui asseblief u vlak van ooreenstemming met elke stelling aan, bv. 1. Stem hoegenaamd nie saam nie, 2. Stem nie saam nie, 3. Onseker, 4. Stem saam, 5. Stem volkome saam. Selekteer asseblief die knoppie wat ooreenstem met u antwoord.

	1.Stem hoege- naamd nie saam nie	2.Stem nie saam nie	3.On- seker	4.Stem saam	5.Stem volkome saam
Daar is 'n moontlikheid dat ek MIV/VIGS het.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ek mag dalk al seks gehad het met iemand wat 'n risiko vir MIV/VIGS loop.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ek loop 'n risiko vir MIV/VIGS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ek voel dat die kans goed is dat ek MIV/VIGS kan kry.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ek is bang dat ek dalk MIV/VIGS kan opdoen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ek glo dat ek aan MIV infeksie blootgestel kan word as my seksuele maat heteroseksueel is.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ek glo dat ek MIV/VIGS kan kry, selfs al het ek net seks met een persoon.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die onderstaande stellings handel oor die erns van MIV. Dui asseblief u vlak van ooreenstemming met elke stelling aan, bv. 1. Stem hoegenaamd nie saam nie, 2. Stem nie saam nie, 3. Onseker, 4. Stem saam, 5. Stem volkome saam. Selekteer asseblief die knoppie wat ooreenstem met u antwoord.

	1.Stem hoege- naamd nie saam nie	2.Stem nie saam nie	3.On- seker	4.Stem saam	5.Stem volkome saam
VIGS veroorsaak dood.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ek sal liewers enige ander terminale siekte hê as VIGS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ek sal liewers doodgaan van 'n gewelddadige dood (bv. geweskoot, motorongeluk ens.) as van VIGS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIGS is waarskynlik die ergste siekte wat 'n mens kan kry.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die gedagte van MIV/VIGS maak my bang.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wanneer ek oor MIV/VIGS dink voel ek naar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As ek MIV/VIGS het sal my loopbaan bedreig word.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wanneer ek oor MIV/VIGS dink klop my hart vinniger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MIV/VIGS sal my huwelik ingevaar stel (of betekenisvolle verhouding).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MIV/VIGS is 'n hopelose siekte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My gevoelens oor myself sal verander as ek MIV/VIGS kry.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ek is bang om eers oor MIV/VIGS te dink.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My finansiële sekuriteit sal bedreig word as ek MIV/VIGS kry.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As ek MIV/VIGS kry sal dit meer ernstig wees as ander siektes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As ek MIV/VIGS het, sal my hele lewe verander.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die onderstaande stellings handel oor die voordele verbonde aan Roetine MIV Berading en Toetsing. Dui asseblief u vlak van ooreenstemming met elke stelling aan, bv. 1. Stem hoegenaamd nie saam nie, 2. Stem nie saam nie, 3. Onseker, 4. Stem saam, 5. Stem volkome saam. Selekteer asseblief die knoppie wat ooreenstem met u antwoord.

	1.Stem hoege- naamd nie saam nie	2.Stem nie saam nie	3.On- seker	4.Stem saam	5.Stem volkome saam
As ek weet wat my MIV status is sal dit vir my gemoedsrus gee.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Roetine MIV toetsing kan stigma verminder deur MIV toetsing te normaliseer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Roetine MIV toetsing kan MIV in die vroeë fase van infektering diagnoseer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnosering van MIV in die vroeë fase van infektering sal heel waarskynlik tot 'n afname in MIV verwante hospitalisering lei.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnosering van MIV in die vroeë fase van infektering word geassosieer met 'n beter prognose.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnosering van MIV in die vroeë fase van infektering word geassosieer met 'n toename in lewenskwaliteit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnosering van MIV in die vroeë fase van infektering sal heel waarskynlik tot 'n toename in lewensduur lei.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indien ek positief sou toets vir MIV, sal ek die geleentheid hê om gratis MIV behandeling te ontvang.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Roetine MIV berading en toetsing kan my help om risiko gedrag te identifiseer en te verminder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Roetine MIV berading en toetsing kan die verspreiding van MIV verminder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Roetine MIV berading en toetsing is 'n belangrike bron van MIV opvoeding.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die onderstaande stellings handel oor hindernisse tot Roetine MIV Berading en Toetsing. Dui asseblief u vlak van ooreenstemming met elke stelling aan, bv. 1. Stem hoegenaamd nie saam nie, 2. Stem nie saam nie, 3. Onseker, 4. Stem saam, 5. Stem volkome saam. Selekteer asseblief die knoppie wat ooreenstem met u antwoord.

	1.Stem hoege- naamd nie saam nie	2.Stem nie saam nie	3.On- seker	4.Stem saam	5.Stem volkome saam
MIV toetsing is nie regtig vertroulik nie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mense neem aan dat almal wat vir MIV getoets word geïnfecteer is met MIV.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ek sal nie wil hê enige iemand moet weet as ek 'n MIV toets gekry het nie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My ouers sal ontsteld wees as hulle geweet het dat ek vir MIV getoets gaan word.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As jy erken dat jy vir MIV getoets behoort te word beteken dit dat jy betrokke was by immorele gedrag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ek is bang dat indien ek vir MIV getoets word, my naam in publieke rekords sal ingaan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enige iemand wat vir MIV getoets word is vuil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dit sal vernederend wees om vir MIV getoets te word.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ek sal dit nie oorweeg om vir 'n MIV toets te gaan nie, want ek sal gevra word oor dinge wat ek gedoen het wat my in die moeilikheid kan kry.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ek is bang iemand sal uitvind dat ek vir MIV getoets was.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ek sal nie vir MIV getoets word nie, want ek sal informasie gevra word wat te persoonlik is.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ek het nie tyd om 'n MIV toets te kry nie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My vriende sal my sleg behandel as ek vir MIV getoets was.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ek sal nie gemaklik wees om met 'n MIV berader te praat oor persoonlike	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

gedrag wat my tot risiko plaas vir MIV infeksie nie.					
Ek is bang ek toets MIV positief.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MIV toetsing is 'n mors van tyd, want daar is nie 'n geneesmiddel vir MIV/VIGS nie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ek sal liewers nie wil weet as ek MIV positief is nie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My verhoudingsmaat sal ontsteld wees as ek vir MIV getoets word.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MIV toetsing behels naalde en ek is bang vir naalde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MIV toetse gee nie akkurate resultate nie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dui asseblief u vlak van ooreenstemming met die volgende stellings rakende roetine MIV berading en toetsing aan.

	1.Nee	2.On-seker	3.Ja
Ek is al voorheen vir MIV getoets.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ek het onlangs 'n koerantartikel/tydskrifartikel gelees oor hoe belangrik dit is om vir MIV getoets te word.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ek is bewus van media veldtogte wat MIV toetsing ondersteun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ek het onlangs 'n advertensie gehoor/gelees oor hoe belangrik dit is om vir MIV getoets te word.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ek het onlangs 'n plakkaat van 'n MIV toetsings veldtog gesien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ek ken 'n volwasse of 'n kind wat met MIV gediagnoseer is.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EINDE VAN VRAELYS

Dankie dat u hierdie vraelys voltooi het.

Dear Student

You are invited to participate in a research study that explores students' acceptability of Routine HIV Counselling and Testing (RCT). RCT is an alternative method to the standard HIV testing procedure known as Voluntary Counselling and Testing (VCT). RCT involves the suggestion of HIV testing by the healthcare worker (doctor or nurse) as part of routine healthcare to all individuals irrespective of risk for HIV and in all healthcare settings. HIV testing is therefore seen as part of a routine medical checkup (every 6-12 months), which usually include cholesterol testing, blood pressure testing etc. HIV testing will therefore be offered to patients when they visit doctors for illness or for annual medical checkups.

All participants who submit a complete survey will be entered into a cash prize draw for R500.00.

You have been selected to take part in this study because you are a registered student at the University of Stellenbosch.

This research study is undertaken by Ms Jani Nöthling, a Masters student in Research Psychology at Stellenbosch University, under the supervision of Prof. Ashraf Kagee at the Department of Psychology.

The study aims to investigate the relationship between health beliefs related to HIV/AIDS and acceptability of RCT. The results of the study will form part of a Masters thesis and could possibly serve as guidelines in the development of interventions aimed at reducing the barriers to RCT and increasing acceptability of RCT. Your participation in this study will therefore contribute valuable information to the HIV testing field.

Should you volunteer to participate in this study, you will be asked to read and answer a list of questions about your beliefs and thoughts concerning RCT. In order to submit a completed survey, and qualify for the cash prize draw, you will have to answer all of the questions posed to you. Should you feel that there is a question that you do not wish to answer, you are free to withdraw your participation, at any time during the survey, without any consequences by

selecting the 'Quit this survey now' button that appears on every page of the survey. By selecting this button your answers will not be saved or entered into a database.

The survey should not take you more than 20 minutes to complete. You can complete the survey anywhere and at any time as long as you have access to a computer and an internet connection.

Please select the link provided below the Afrikaans version of the invitation if you are interested in completing this survey.

[Click here](#) to take the survey.

Before proceeding to the survey please read the terms and conditions provided below. Should you agree with these terms and conditions please select the ‘I Agree’ icon below. In doing so, you will be giving your consent to participate in this study and you will then be directed to the survey. Should you not agree with the terms and conditions, please select the ‘I do not Agree’ icon below and you will be exited from this portal.

TERMS AND CONDITIONS:

1. Your participation is COMPLETELY CONFIDENTIAL.

No other student or staff member at the University of Stellenbosch will have access to your responses, other than the researchers.

2. Your participation is COMPLETELY ANONYMOUS.

No personal or identifying information will be attached to your survey. Each survey will be assigned with a unique identifier that will not be traceable to the personal identity of any one participant.

3. YOU MAY WITHDRAW YOUR CONSENT AND PARTICIPATION AT ANY TIME DURING THE SURVEY WITHOUT PENALTY.

You are not waiving any legal claims, rights or remedies because of your participation in this research study.

A ‘Quit this survey now’ button is provided on every page of the survey, which will allow you to exit the survey at any point during the survey. If you select the ‘Quit this survey now’ button your answers will not be saved or entered into a database.

If you have any questions about your rights as a research subject, contact Ms Maléne Fouché [mfouche@sun.ac.za; 021 808 4622] at the Division for Research Development.

4. Only fully completed surveys that are submitted are eligible for the cash prize draw. The cash prize draw will be done one week after the closing date of the survey. The winner will be contacted via the e-mail address they provided to make arrangements for the collection of the prize.

5. You may only submit one survey for this study.

6. If you have any questions or concerns about the research, please contact Ms Jani Nöthling at 14855550@sun.ac.za .

Please note: We do not foresee any risks or discomforts that may arise due to your participation in this study. However, should you (for whatever reason) have any negative experience or reaction due to your participation in this survey please contact the Centre for Student Counselling and Development at 808-4124 or 808-3027.

Having read the terms and conditions above, please select one of the two options below to indicate whether you wish to give your consent to participate or not.

Thank you for your assistance.

Ms Jani Nothling & Prof. Ashraf Kagee

Department of Psychology

University of Stellenbosch

I AGREE to participate in this survey

I DO NOT AGREE to participate in this survey

PLEASE NOTE THE FOLLOWING:

Please enter your email address in the space provided below should you wish to be entered into the cash prize draw. Your contact details will not be linked to your responses, it will only be used to notify the winner of the cash prize draw. You may still complete the survey if you choose not to provide your email address, but you will not be entered into the lucky draw.

PLEASE PROVIDE THE FOLLOWING DEMOGRAPHIC INFORMATION

The information you provide will be confidential and anonymous.

Please indicate your gender:

- Male
- Female

How old are you today?

Please enter your age in the space provided below.

Please indicate your first (home) language:

- Afrikaans
- English
- isiXhosa
- isiZulu
- Other (please specify: _____)

Please indicate your highest, COMPLETED academic qualification:

- Matric
- Bachelors Degree
- Honours Degree
- Masters Degree
- Doctoral Degree

Please indicate your year of study:

- 1st year
- 2nd year
- 3rd year
- Honours
- Masters
- Doctoral
- Other (please specify: _____)

At which campus of Stellenbosch University are you studying?

- Stellenbosch (main campus)
- Tygerberg
- Bellville
- Saldanha
- Other (please specify: _____)

In which faculty are you registered?

- AgriSciences
- Arts and Social Sciences
- Economic and Management Sciences
- Education
- Engineering
- Health Sciences
- Law
- Military Sciences
- Natural Sciences
- Theology

Please indicate your employment status:

- Full time employee
- Part time employee
- I am a full time student and do not work
- Other (please specify: _____)

Please indicate which of the categories below describes you best:

- White South African
- Black South African
- Coloured South African
- Indian South African
- Asian South African
- International (i.e., non-South African) student
- Other (please specify: _____)

Please indicate your HOUSEHOLD monthly income.

- Less than R1000 p.m.
- R1001 - R2000 p.m.
- R2001 - R5000 p.m.
- R5001 - R10 000 p.m.
- More than R10 000 p.m.

THE FOLLOWING QUESTIONS ARE ABOUT ROUTINE HIV COUNSELLING AND TESTING. WE ARE INTERESTED IN YOUR LEVEL OF AGREEMENT WITH EACH STATEMENT. PLEASE READ THE INSTRUCTIONS IN EACH SECTION CAREFULLY, BECAUSE YOU ARE GIVEN DIFFERENT INSTRUCTIONS IN DIFFERENT SECTIONS. PLEASE ANSWER ALL OF THE QUESTIONS AS HONESTLY AS POSSIBLE.

Your answers will be confidential and anonymous.

The following statements are about your feelings towards Routine HIV Counselling and Testing. For each statement please indicate your level of agreement , e.g. 1. Strongly disagree, 2. Disagree, 3. Not Sure, 4. Agree, 5. Strongly Agree. Please select the button that corresponds with your answer.

	1.Strongly disagree	2.Disagree	3.Not sure	4.Agree	5.Strongly Agree
I am in favor of routine HIV counselling and testing.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I will most probably get tested for HIV within the next year.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Routine HIV counselling and testing makes it easier for me to get tested.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I feel confident in my ability to accept routine HIV counselling and testing.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I am comfortable with the HIV test procedure.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I think it is important to know your HIV status.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I believe it is easy to get tested for HIV.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

The following statements are about your personal susceptibility to HIV. For each statement please indicate your level of agreement, e.g. 1. Strongly agree, 2. Agree, 3. Not Sure, 4. Disagree, 5. Strongly disagree. Please select the button that corresponds with your answer.

PLEASE NOTE: FOR THE FOLLOWING FIVE STATEMENTS 1 = STRONGLY AGREE AND NOT STRONGLY DISAGREE.

	1.Strongly agree	2.Agree	3.Not sure	4.Dis- agree	5.Strongly disagree
People like me do not get infected with HIV.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I am very healthy so my body can fight off an HIV infection.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I am too young to get infected with HIV.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I am not worried that I might get infected with HIV.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My sexual behavior does not put me at risk for HIV/AIDS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

The following statements are about your personal susceptibility to HIV. For each statement please indicate your level of agreement, e.g. 1. Strongly disagree, 2. Disagree, 3. Not Sure, 4. Agree, 5. Strongly Agree. Please select the button that corresponds with your answer.

	1.Strongly disagree	2.Dis-agree	3.Not sure	4.Agree	5.Strongly Agree
There is a possibility that I have HIV/AIDS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I may have had sex with someone who was at risk for HIV/AIDS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I am at risk for HIV/AIDS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I feel that the chances are good that I can get HIV/AIDS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I am afraid that I might contract HIV/AIDS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I believe that I can be exposed to HIV infection if my sex partner in heterosexual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I believe that I can get HIV/AIDS even if I am only having sex with one partner.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

The following statements are about the severity of HIV. For each statement please indicate your level of agreement, e.g. 1. Strongly disagree, 2. Disagree, 3. Not Sure, 4. Agree, 5. Strongly Agree. Please select the button that corresponds with your answer.

	1.Strongly disagree	2.Disagree	3.Not sure	4.Agree	5.Strongly Agree
AIDS causes death.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I would rather have any other terminal illness than AIDS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I would rather die from a violent death (e.g., gunshot, car accident etc.) than from AIDS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AIDS is probably the worst disease a person can get.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
The thought of HIV/AIDS scares me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
When I think about HIV/AIDS I feel nauseous.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If I had HIV/AIDS my career would be endangered.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
When I think about HIV/AIDS my heart beats faster.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV/AIDS would endanger my marriage (or significant relationship).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV/AIDS is a hopeless disease. My feelings about myself would change if I got HIV/AIDS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I am afraid to even think about HIV/AIDS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My financial security would be endangered if I got HIV/AIDS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If I got HIV/AIDS, it would be more serious than other diseases.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If I had HIV/AIDS, my whole life would change.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

The following statements are about the benefits of Routine HIV Counselling and Testing. For each statement please indicate your level of agreement, e.g. 1. Strongly disagree, 2. Disagree, 3. Not Sure, 4. Agree, 5. Strongly Agree. Please select the button that corresponds with your answer.

	1.Strongly disagree	2.Dis-agree	3.Not sure	4.Agree	5.Strongly Agree
Knowing my HIV status will give me peace of mind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Routine HIV testing can reduce stigma by normalising HIV testing.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Routine HIV testing can diagnose HIV in the early stage of infection.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnosing HIV in the early stage of infection will most likely lead to a decrease in HIV related hospitalisation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnosing HIV in the early stage of infection is associated with a better prognosis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnosing HIV in the early stage of infection is associated with an increase in quality of life.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnosing HIV in the early stage of infection will most likely lead to an increase in life span.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If I tested positive for HIV, I would have the opportunity to receive HIV treatment free of charge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Routine HIV counselling and testing can help me identify and reduce HIV risk behavior.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Routine HIV counselling and testing can reduce the spread of HIV.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Routine HIV counselling and testing is an important source of HIV education.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

The following statements are about the barriers to Routine HIV Counselling and Testing. For each statement please indicate your level of agreement, e.g. 1. Strongly disagree, 2. Disagree, 3. Not Sure, 4. Agree, 5. Strongly agree. Please select the button that corresponds with your answer.

	1.Strongly disagree	2.Disagree	3.Not sure	4.Agree	5.Strongly Agree
HIV testing is not really confidential.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
People assume that everyone who is tested for HIV is infected with HIV.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I would not want anyone to know if I got an HIV test.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My parents would be upset if they knew I was getting tested for HIV.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If you admit that you should be tested for HIV it means that you have engaged in immoral behavior.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I am afraid that if I were tested for HIV, my name will go into public records.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anyone who is tested for HIV is dirty.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
It would be embarrassing to get tested for HIV.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I would not consider getting an HIV test, because I would be asked about things I have done that could get me into trouble.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I am afraid someone would find out I was tested for HIV.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I would not get tested for HIV, because I would be asked information that was too personal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I do not have time to get an HIV test.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My friends would treat me badly if I were tested for HIV.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I would not be comfortable talking to an HIV counsellor about personal behavior that place me at risk for HIV infection.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I am afraid of testing HIV positive.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV testing is a waste of time because there is no cure for HIV/AIDS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I would rather not want to know if I am HIV positive.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My partner would be upset if I get tested for HIV.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV testing involves needles and I am afraid of needles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV tests do not give accurate results.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Please indicate your level of agreement with the following statement regarding routine HIV counselling and testing.

	1.No	2.Not Sure	3.Yes
I have been tested for HIV before.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I have recently read a newspaper/magazine article on the importance of getting tested for HIV.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I am aware of media campaigns that support HIV testing.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I have recently heard/read an advertisement about the importance of getting tested for HIV.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I have recently seen a poster of an HIV testing campaign.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I know an adult or child that has been diagnosed with HIV.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

END OF SURVEY

Thank you for taking this survey.

BYLAE B: ETIESE KLARING



UNIVERSITEIT • STELLENBOSCH • UNIVERSITY
jou kennisvennoot • your knowledge partner

18 November 2010

Tel.: 021 - 808-9183
Enquiries: Sidney Engelbrecht
Email: sidney@sun.ac.za

Ms J Nöthling
Department of Psychology
University of Stellenbosch
STELLENBOSCH
7602

Reference: 407/2010

Ms J Nöthling

APPLICATION FOR ETHICAL CLEARANCE

With regards to your application, I would like to inform you that the project, *Aanvaarding van Roetine MIV berading en toetsing in die konteks van die gesondheidsoortuigingsmodel*, has been approved on condition that:

1. The researcher/s remain within the procedures and protocols indicated in the proposal;
2. The researcher/s stay within the boundaries of applicable national legislation, institutional guidelines, and applicable standards of scientific rigor that are followed within this field of study and that
3. Any substantive changes to this research project should be brought to the attention of the Ethics Committee with a view to obtain ethical clearance for it.
4. The researcher/s implements the suggestions made by the mentioned by the Research Ethics Committee (Human Research) in order to reduce any ethical risks which may arise during the research.

We wish you success with your research activities.

Best regards




.....
MR SF ENGELBRECHT

Secretary: Research Ethics Committee: Human Research (Non-Health)



BYLAE C: KLARING – INSTITUSIONELE NAVORSING EN BEPLANING



UNIVERSITEIT • STELLENBOSCH • UNIVERSITY
jou kennisvenoot • your knowledge partner

8 Oktober 2010

Me Jani Nöthling
Nagraadse Student: Dept Sielkunde
Universiteit Stellenbosch
Privaatsak X1
MATIELAND
7602

Per e-pos: 14855550@sun.ac.za

Beste me Nöthling

NAVORSINGSAANSOEK 407/2010

"Aanvaarding van roetine MIV-berading en –toetsing in die konteks van die gesondheidsoortuigings-model"

Met verwysing na die etiese klaring van die Etiekkomitee vir bg navorsingsprojek, gee ek hiermee institusionele goedkeuring vir die uitstuur van die vraelys aan al die US-studente met dien verstande dat die bevindinge en aanbevelings van die Etiekkomitee, soos uiteengesit in hul etiekklaring, nagekom word - let veral op punt 6 van die bevindings.

Die e-posadresse van studente of personeel word nie aan navorsers verskaf nie. Kontak asb vir mnr Johan Loubser by die Afd Informasietegnologie (K402) mdo op die elektroniese verspreiding van die vraelys aan die studente. Sy kontakbesonderhede: johanl@sun.ac.za; tel. 021 808 4036.

Met vriendelike groete

(namens)
PROF JAN BOTHA
SENIOR DIREKTEUR: INSTITUSIONELE NAVORSING EN BEPLANNING

Afskrifte:
Mnr Johan Loubser, Afd Informasietegnologie
Mnr Sidney Engelbrecht, Afd Navorsingsontwikkeling

/E:Toestemming 407_2010 E JNothing.doc



Afdeling Institusionele Navorsing en Beplanning • Institutional Research and Planning Division
Privaatsak/Private Bag X1 • Stellenbosch • 7602 • Suid-Afrika/South Africa
Tel. +27 21 808 3967 • Faks/Fax +27 21 808 4533