

0160 180 43

4968 2612

TEVENS

HIERDE EKSEMPLAAR DARE
GEEN OMSTANDIGHEDE UIT
VERK VERK

University Free State



34300000973564

Universiteit Vrystaat

**'n Kruiskulturele ondersoek van die kognitiewe prosesse ná
'n sportbesering**

deur

Ibet Liezel Stanley

Voorgelê ter gedeeltelike vervulling van die graad

Magister Societatis Scientiae

in die Fakulteit Geesteswetenskappe, Departement Sielkunde,
aan die Universiteit van die Vrystaat.

Studieleier: Dr. Piére De Villiers Nel

Medestudieleier: Prof. M. Heyns

November 2001

Universiteit van die
Oranje-Vrystaat
BLOEMFONTEIN

30 APR 2002

UOVS SASOL BIBLIOTEEK

Verklaring

Ek die ondertekende, verklaar hiermee dat die verhandeling wat hierby vir die graad M.Soc.Sc. (Kliniese Sielkunde) aan die Universiteit van die Vrystaat deur my ingedien word, my selfstandige werk is en nie voorheen deur my vir 'n graad aan 'n ander universiteit/fakulteit ingedien is nie. Ek doen voorts afstand van outeursreg in die verhandeling ten gunste van die Universiteit van die Vrystaat.

.....*Stanley*.....

Hantekening

.....*November 2001*.....

Datum

Dankbetuiging

Ek betuig hiermee graag dank aan die volgende persone:

- Piére Nel, my promotor, vir sy ondersteuning, geduld en positiewe motivering.
- Pierre Luttig vir die taalversorging.
- Estie Pretorius vir al haar hulp om artikels te bekom, en haar aanmoediging.
- Professor Heyns vir sy bydraes gelewer.
- Nan, Dad, Es, Eben, Ilse en Allen - vir julle vertrouwe in my.

Lys van tabelle

	B1.
Tabel 1: Samestelling van die ondersoekgroep	20
Tabel 2: Verdedigingsmeganismes aangewend gedurende rehabilitasieproses	23
Tabel 3: Irrasionele kennisies beleef gedurende die rehabilitasieperiode	25
Tabel 4: Reaksie verbandhoudend tot die pynervaring	28
Tabel 5: Interpretasie van pynervaring	30

Lys van Figure

	Bl.
Figuur 1: Klassifikasie-areas van stres in sport	4
Figuur 2: Stres- en beseringsmodel	6
Figuur 3: Kognitiewe model	8
Figuur 4: Drievoud van kognitiewe prosesse	8
Histogram 1: Bekommernisse tydens rehabilitasie	33

Inhoudsopgawe

Bl.

Hoofstuk 1: Probleemstelling en doel van die ondersoek

1.1	Probleemstelling	1
1.2	Doel van die ondersoek	2

Hoofstuk 2: Literatuurstudie

2.1	Inleiding	3
2.2	Sportbeserings	3
2.3	Stresrespons	4
2.4	Kognisies	7
2.4.1	Verdedigingsmeganismes	10
2.4.2	Denkfoute	11
2.4.3	Rasionele denkpatrone	14
2.5	Kulture se siektebeskouings	14
2.5.1	Afrika-geloof	15
2.5.2	Die rol van die media	16
2.6	Pyn	17
2.7	Samevatting	19

Hoofstuk 3: Navorsingsmetode

3.1	Inleiding	20
3.2	Toetslinge	20
3.3	Navorsingstrategie	20
3.4	Prosedure	21
3.5	Data-analise	22

Hoofstuk 4: Resultate

4.1	Inleiding	23
4.2	Verdedigingsmeganismes	23
4.2.1	Hanteringsmeganismes	24
4.3	Kognisies	25
4.3.1	Irrasionele denke	25
4.3.2	Rasionele denke	27
4.4	Pyn	27
4.4.1	Reaksies op hul pynervaring	28
4.4.2	Interpretasie van pyn	30
4.4.3	Persepsie van pyn	31
4.5	Vrae	32
4.6	Bekommernisse	33

Hoofstuk 5: Bespreking en Samevatting

5.1	Inleiding	35
5.2	Bespreking van die navorsingsresultate	35
5.2.1	Hanteringsmeganismes	35
5.2.1.1	Verdedigingsmeganismes	37
5.2.2	Kognisies	39
5.2.2.1	Irrasionele denke	39
5.2.3	Pyn	41
5.2.3.1	Reaskie van pyn	41
5.2.3.2	Interpretasie van pyn	43
5.2.3.3	Persepsie van pyn	44
5.2.4	Vrae	44
5.2.5	Bekommernisse	47

5.3	Samevatting	48
5.4	Kritiese beshouing van die studie	48
5.4.1	Tekortkominge	48
5.4.2	Bydraes	49
5.5	Aanbevelings vir toekomstige navorsers	49
5.6	Implikasies vir die praktyk	50

Verwysingslys

Opsomming

Summary

Hoofstuk 1

Probleemstelling en doel van die ondersoek

1.1 Probleemstelling

Die voorkoms van beserings by hoëvlak- kompeterende sportpersone kan tot 75% per seisoen wees (Johnson, 1998). Potgieter (1997) verduidelik dat sportpersone se liggaamlike beperkings gereeld tydens oefensessies en kompetisies getoets word, en daarom is sportpersone gewoond aan fisieke ongemak. Blootstelling aan fisieke ongemak lei daartoe dat sportpersone dikwels reeds hanteringsmeganismes aangeleer het om met fisieke ongemak saam te leef. Tydens beseringsrehabilitasie speel sielkundige ongemak egter ook 'n rol (Grove & Gordon, 1992; Marcolli, Schilling & Segesser, 2001; Potgieter, 1997). Sielkundige simptome soos irrasionele denke en verminderde selfvertroue kan sportpersone tydens hul rehabilitasieperiode beïnvloed en daartoe aanleiding gee dat hul sportprestasie afneem (Ferguson, 1998). Daar word steeds nie genoeg klem op die sielkundige aspekte van effektiewe rehabilitasie gelê nie (Heil, 1993; Johnson, 1998; Udry, Gould, Bridges & Beck, 1997).

Kulturele verskille speel, soos op alle lewensterreine, ook in die sportsielkunde en sportprestasies 'n rol (Si & Chung, 2001). Die literatuur beklemtoon dat die onvermoë by 'n psigoterapeut om sy kliënte van verskillende kulturele agtergronde op psigoterapeutiese gebied volkome te verstaan, tot sielkundige probleme kan bydra (Boyle & Andrews, 1989; D'Ardenne & Mahtani, 1989; Smith, 1978). Daar bestaan nog baie vrae rondom sielkundige verskille ten opsigte van etnisiteit, en dan veral met betrekking tot sportbесerings. Byeenkomste, byvoorbeeld die Olimpiese Spele en Wêreldkampioenskappe, is sprekende voorbeelde waar sportpersone van verskillende agtergronde, tale, velkleure en tradisies teen mekaar kompeteer. Sport kan as gevolg van hierdie interaksie as 'n gepaste bron beskou word om kruiskulturele begrip te verhoog (Alkemeyer & Bröskamp, 1996). Stone, Lynch, Sjomeling en Darley (1999), sowel as Wiechman (1997), het toekomstige navorsers aanbeveel om die impak van etnisiteit en kulturaliteit in sport in diepte te ondersoek.

Sielkundige herstel ná 'n sportbesering behels 'n verandering op emosionele, kognitiewe en konatiewe vlak. 'n Onderzoek na een aspek van die psigologiese trio, naamlik kognisies, wat dalk tussen kultuurgroepe mag verskil, kan dus bydra tot verhoogde begrip van sportbeserings. Dit kan waardevol wees om terapeute te help om van kultuursensitiewe intervensies gebruik te maak, wat tot effektiewe sielkundige rehabilitasie kan lei.

1.2 Doel van die ondersoek

Die studie se doel is dus om:

- (1) Kennis aangaande kulturaliteit in sportsielkunde te verhoog.
- (2) Kulturele verskille met betrekking tot kognisies te ondersoek.

Hoofstuk 2

Literatuurstudie

2.1 Inleiding

Alvorens kultuurverskille met betrekking tot sportbeserings, en sportpersone se kognitiewe belewinge gedurende hul rehabilitasieproses ná 'n sportbesering verstaan kan word, gaan die verbandhoudende bestaande literatuur eers bespreek word.

2.2 Sportbeserings

Sportbeserings het in die Westerse lande so toegeneem dat dit as 'n openbare gesondheidsprobleem beskou word. In Australië oorskry die koste van sportbeserings dié van motorongelukke (Van Mechelen, Hlobil & Kemper, 1992).

Sportbeserings kom voor as gevolg van 'n verskeidenheid van faktore. Uitputting, swak toerusting, herbeserings en ongelukke is alles voorbeelde van eksterne faktore wat tot sportbeserings aanleiding kan gee. Verder kan sielkundige faktore, soos persoonlikheidstrekke, selfkonsep en sosiale faktore ook verband hou met sportbeserings (Pargman, 1993).

Sportpersone word voortdurend deur die media, afrigters en ondersteuners gemotiveer om aan hoë eise te voldoen. Liggaamlike vermoëns word beproef en uitgebrei (Heil, 1993). Sportpersone kan beserings opdoen as gevolg van hierdie hoë vereistes waaraan hulle blootgestel word. Wanneer sportpersone beseer is, voel hulle telkemale verwerp, geïsoleer en onbelangrik omdat daar hoofsaaklik gefokus word op die voorbereiding van sportpersone vir kompetisies en daar word nie gewoonlik aan rehabilitasie aandag gegee nie (Pargman, 1993). Potgieter (1997) beklemtoon dat beserings 'n realiteit is waarmee sportpersone gekonfronteer word wat emosioneel en fisiek 'n traumatiese ervaring vir die sportpersoon kan wees. Die sielkundige ongemak kan soortgelyk aan 'n rouproses wees, omdat die sportpersoon blootgestel word aan 'n verlieservaring. Die sportpersoon ervaar tydens 'n besering verskeie verliese, byvoorbeeld die verlies aan rol, status, materiële belonings, liggaamlike

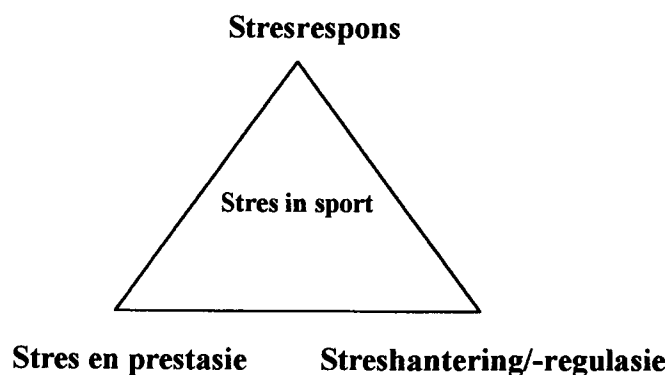
gebruik sowel as 'n verlies aan ontspanning. Sportpersone kan ook deur die roufases beweeg, naamlik: ontkenning, aggressie, onderhandeling, depressie en aanvaarding.

Alhoewel dit welbekend is dat sportbесerings 'n emosionele komponent bevat, geniet die fisiese herstel van sportbесerings tydens rehabilitasie steeds voorreg. Kognitiewe herstel, wat tegnieke soos beelding, doelwitstelling, ontspanning en positiewe selfspraak insluit, is 'n belangrike aspek wat tot sielkundige rehabilitasie aanleiding gee. Indien daar integrasie tussen fisiese en kognitiewe rehabilitasie kan plaasvind, sal sportbесerings op 'n meer holistiese wyse aangespreek word (Pargman, 1993).

2.3 Stresrespons

Stres kan gedefinieer word as die totaliteit van liggaamlike en psigiese reaksies wat volg op nadelige en/of onaangename stimuli. Dit kan ekstern of intern wees en word gekenmerk deur die versteuring van die balans in 'n persoon as geïntegreerde wese (Plug, Meyer, Louw & Gouws, 1993). Bio-psigo-sosiale implikasies speel dus 'n rol in die aanpassing wat volg nadat 'n sportpersoon aan 'n stressor soos 'n besering blootgestel is. Sportpersone se stresresponse verskil van individu tot individu en word beïnvloed deur verskillende faktore.

Stres in sport kan in drie hoofareas volgens Jones en Hardy (1990:5) geklassifiseer word. Die areas kan as volg in Figuur 1 geïllustreer word:



Figuur 1: Klassifikasie-areas van stres in sport

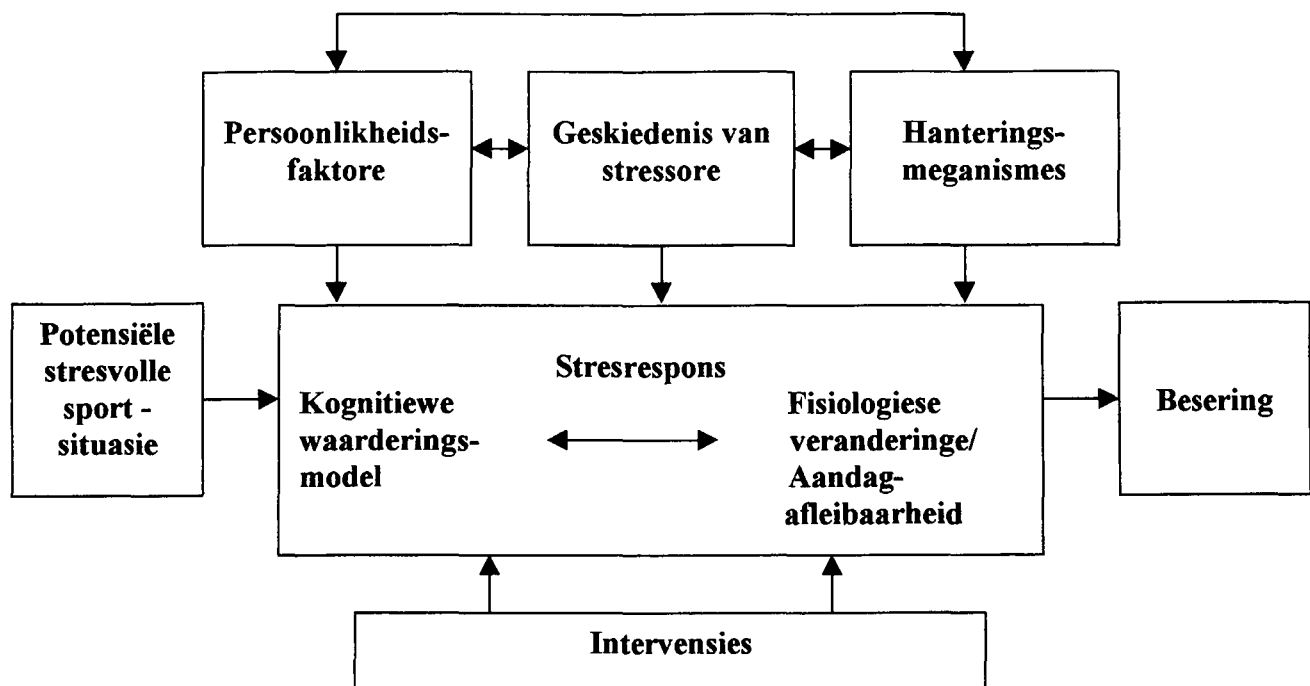
Jones en Hardy (1990) is van mening dat 'n stresrespons veroorsaak word deur 'n persoon se kognitiewe evaluering van die betrokke situasie waarin hy homself bevind. Die sportpersoon dink byvoorbeeld dat sy vlak van fiksheid nie voldoende is om die kompetisie waaraan hy blootgestel word te wen nie, wat hom op sy beurt angstig maak. Granito (2001) sowel as Wiese-Bjornstal, Smith, Shaffer en Morrey (1998) heg ook waarde aan die kognitiewe waarderingsmodelle om die sportbeseeringsproses te verstaan. Om die verhouding tussen stres en prestasie in sport te verklaar, word die omgekeerde-U - hipotese algemeen gebruik. Die naam van die teorie veronderstel dat die verband tussen stres en prestasie die vorm van 'n omgekeerde U aanneem, met 'n optimale vlak van stres vir elke spesifieke taak. Die hipotese meen dat namate stres toeneem, sal prestasie ook toeneem tot op 'n optimale vlak. Prestasie word negatief beïnvloed indien die persoon se stresvlak bo of onder hierdie optimale punt is (Potgieter, 1997). Jones en Hardy (1990) gee egter kritiek teen die hipotese en is van mening dat die omgekeerde-U - hipotese die verband tussen stres en prestasie té eenvoudig verklaar. Individue ervaar stres verskillend en daarom is daar ook 'n verskeidenheid hanteringsmeganismes wat sportpersone aanwend.

Williams en Andersen (1998) het bevind dat 'n sportpersoon se persoonlikheid, hanteringsmeganismes en die geskiedenis van die sportpersoon se stressore die betrokke sportpersoon se stresrespons sal beïnvloed. Andersen en Williams (1988:7) se stres- en beseeringsmodel word in Figuur 2 voorgestel.

Die model hipotetiseer dat sportpersone met 'n persoonlikheidsprofiel wat geneig is om stresvolle gebeure te oordryf, en wie se aandag afleibaar is, gepaardgaande met 'n geskiedenis van verskeie ander stressore en swak hanteringsmeganismes, meer geneig sal wees om beseerings op te doen.

Persoonlikheidsfaktore beïnvloed die wyse waarop persone situasies waaraan hulle blootgestel word, interpreteer. Dit is deels as gevolg hiervan dat twee individue dieselfde ervaring as verskillend sal interpreteer. Introversie en ekstroversie word ook beskou as persoonlikheidsfaktore wat 'n rol speel by 'n persoon se stresrespons. Ekstroverte se persoonlikheidstrekke sluit die neiging in om meer gereeld impulsief, uitgaande en fisies aktief op te tree. In teenstelling hiermee toon introverte meer terughoudende en versigtige persoonlikheidstrekke. Ekstroverte is dus meer geneig

tot sportbaserings, omdat hulle meer gereeld hulself aan riskante situasies blootstel (Andersen & Williams, 1988; Williams & Andersen, 1998).



Figuur 2: Stres- en beseringsmodel

Andersen en Williams (1988) noem dat vorige traumas en ander stressore ook faktore is wat bydra tot 'n verhoogde stresrespons, omdat die stres akkumuleer. Vorige traumas sluit vorige sportbaserings sowel as persoonlike traumatiese ervarings in. Hierdie stressore is nie slegs verbandhoudend tot sportpesifieke situasies nie, maar sluit ander lewenstres, byvoorbeeld werkstres, daaglikse irritasies en bekommernisse verbandhoudend met persoonlike aspekte, ook in.

Hanteringsmeganismes sluit gedrags- en interpersoonlike faktore in. 'n Sosiale netwerk wat 'n persoon kan bystaan in tye van nood, maak deel uit van die interpersoonlike faktore. Die beskikbaarheid van 'n ondersteuningsstelsel maak voorsiening daarvoor dat stressore hanteer word deur hierdie stelsel, en sodoende verminder die persoon se stresrespons. Hanteringsgedrag is geïdentifiseer as 'n verdere faktor wat die stresrespons beïnvloed. Om 'n gesonde dieet te volg en medikasie te neem is voorbeelde van hanteringsgedrag. 'n Gebrek aan 'n

ondersteuningsstelsel en negatiewe hanteringsgedrag kan die stresrespons aktiveer, wat die risiko vir beserings kan verhoog (Andersen & Williams, 1988; Williams & Andersen, 1998).

Die interaksie tussen die fisiologiese aspekte van stres en die persoon se kognitiewe evaluering daarvan vorm die sportpersoon se stresrespons (Andersen & Williams, 1988; Granito, 2001; Williams & Andersen, 1998). Op sielkundige gebied sal die stresrespons 'n verandering in emosionele, kognitiewe en konatiewe vlak by 'n persoon meebring.

'n Sportbesering kan 'n stresrespons by sportpersone ontlok. Ander faktore, soos bespreek, kan egter die risiko vir 'n besering verhoog en die stresrespons van die individu beïnvloed. Hierdie verskillende faktore wat 'n sportpersoon mag beïnvloed moet ook tydens die rehabilitasieproses aangespreek en in ag geneem word.

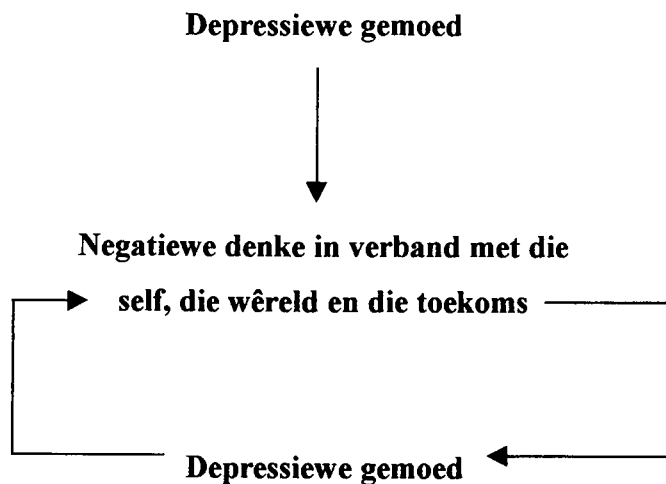
'n Stresrespons volg nadat sportpersone 'n situasie kognitief geëvalueer het (Jones & Hardy, 1990). Kognisies kan die wyse waarop sportpersoon hul besering ervaar beïnvloed. Kognisies sal vervolgens bespreek word.

2.4 Kognisies

Die vakdisipline Sielkunde beklemtoon die voortdurende interaksie tussen denke, emosies en gedrag (Beck & Weishaar, 1995; Hays, 1998; Silva & Hardy, 1984; Wiese-Bjornstal *et al.*, 1998). Plug *et al.* (1993:181) definieer kognisies as: 'alle prosesse waardeur 'n organisme kennis verkry van 'n objek of saak, of bewus word van sy omgewing, byvoorbeeld waarneming, herkenning, verbeelding, redenering, beoordeling, herinnering, leer en dink'.

Indien 'n persoon kognitief positief ingestel is teenoor sy eie rehabilitasieproses, kan dit lei tot beter insiklikheid met die behandelingsprogram. Die persoon sal waarskynlik dan ook gereelde rehabilitasie bywoning toon, en sal moontlik ook die rehabilitasieproses emosioneel in 'n positiewe lig ervaar. In teenstelling met die genoemde postiewe kognitiewe prosesse kan daar ook negatiewe kognitiewe prosesse

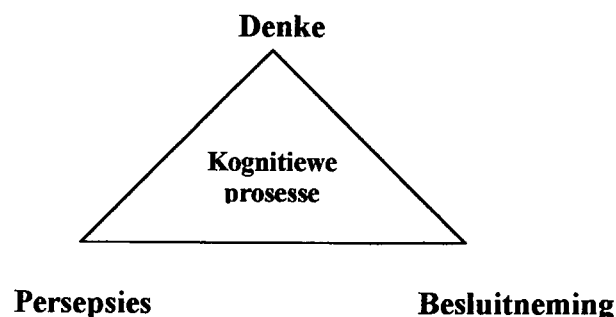
voorkom wat die sielkundige herstel van 'n sportbesering negatief beïnvloed. Wills en Sanders (1997:14) illustreer in Figuur 3 hoe 'n negatiewe kognitiewe proses in 'n bouse kringloop kan ontstaan.



Figuur 3: Kognitiewe model

Die kognitiewe model illustreer byvoorbeeld dat indien 'n sportpersoon 'n besering opdoen dit moontlik kan lei tot 'n neerslagtige gemoed. Die sportpersoon evalueer die situasie waarin hy homself bevind as negatief. Hierdie negatiwiteit kan daartoe lei dat die sportpersoon homself ervaar as 'n mislukking, jaloers is op sy spanmaats, en sy sporttoekoms in twyfel trek. Sulke negatiewe denke versterk die neerslagtigheid wat hy mag ervaar en sodoende word 'n bouse kringloop gevorm.

Foster (1991) is van mening dat kognisies die dominante aspek is wat lei tot gedrag en/of aksie. Volgens hom is dit nie duidelik waarna verwys word wanneer die woord kognitiewe prosesse gebruik word nie. Hy beskryf kognitiewe prosesse as 'n drievoud wat soos volg in Figuur 4 geïllustreer kan word:



Figuur 4: Drievoud van kognitiewe prosesse

Kognisies word ook beïnvloed deur verskillende faktore. Wanneer kognisies bestudeer word, moet ons beide die persoon se persoonlike domein sowel as die idiosinkratiese wyse waarop hy die betrokke situasie beskou, in ag neem. 'n Persoon se persoonlike domein word beïnvloed deur die persoon se waardes, belangstellings en selfs sy besittings. Persoonlike ervarings en 'n persoon se geskiedenis beïnvloed die wyse waarop 'n persoon 'n betrokke situasie beskou (Wills & Sanders, 1997). 'n Eksterne gebeurtenis soos 'n sportbesering kan dus daartoe lei dat die sportpersoon sy fisiese simptome interpreteer met behulp van sy onderliggende persoonlike domein, en sy eie vorige ervarings van 'n soortgelyke situasie en sy kognisies daarvolgens rig. Kognitiewe prosesse is dus omvattend en hierdie kognisies word beïnvloed deur verskeie faktore, wat kultuurspesifiek kan wees, byvoorbeeld waardes, sowel as individuele ervarings wat die persoon se kognisies mag beïnvloed.

Die belangrikheid van kognisies tydens rehabilitasie word ondersteun deur die gebruik van die plasebo-effek in navorsingstudies (Ievleva & Orlick, 1991). In 'n studie deur Orlick en Partington (1988) het dit geblyk dat sportpersone insig toon in die effek van die geïntegreerde sisteem van kognisies, emosies en gedrag op die rehabilitasie van 'n besering. Sportpersone het in 'n studie deur Ievleva en Orlick (1991) kognisies geïdentifiseer as die enigste beduidende faktor wat hul sportprestasie en rehabilitasie negatief of positief kon beïnvloed. In hierdie kwalitatiewe studie is daar bevind dat sportpersone hoë waarde heg aan die rol wat kognisies speel in rehabilitasie. Op 'n skaal van 0 tot 10 het hulle 'n numeriese gemiddeld van 8 verkry op 'n vraag wat bogenoemde interaksie ondersoek het. Die vraag het soos volg gelei: 'Do you believe that what you think can affect your healing?' (Ievleva & Orlick, 1991:33). In dieselfde studie het die groep wat vinniger herstel het, 'n interne lokus van kontrole openbaar in teenstelling met die stadige - herstelgroep. Alhoewel dit blyk dat sportpersone bewus is van die rol wat kognisies in rehabilitasie speel, gee emosionele nood steeds aanleiding daartoe dat sportpersone se kognisies onakkurate interpretasies bevat, wat kan lei tot die aanwending van disfunksionele hanteringsmeganismes (Potgieter, 1997). As voorbeelde van kognitiewe prosesse sal verdedigingsmeganismes, denkfoute en rasonale denkpatrone vervolgens bespreek word.

2.4.1 Verdedigingsmeganismes

Sportpersone wend dikwels onbewustelik verdedigingsmeganismes aan om hulle te verdedig teen moontlike angs wat in 'n situasie mag voorkom. Sportpersone is nie bewus van hul verdedigende gedrag nie (Meyer, Moore & Viljoen, 1997). Vervolgens word 'n beskrywing van verskillende verdedigingsmeganismes gegee:

- Ontkenning

Verdedigingsmeganismes soos ontkenning word deur sportpersone aangewend omdat hulle nie die besering kan aanvaar nie. Ontkenning opsigself is nie negatief of positief nie, maar wel die wyses waarop die sportpersoon dit aanwend. Die doel vir die gebruik van ontkenning is om negatiewe gedagtes uit te sluit (Heil, 1993; Potgieter, 1997). Die sportpersoon sal byvoorbeeld tydens 'n oefensessie bewus word van liggaamlike pyn, maar aan homself herhaal dat dit slegs tydelike ongemak is wat sal verdwyn tydens die oefensessie.

- Verdringing

Verdringing is wanneer beelde of gedagtes wat 'n persoon as onaanvaarbaar beskou, na die onderbewuste verskuif word. Hierdie verdedigingsmeganismes gebeur onbewustelik, en verskil van die onderdrukking van onaangename sake wat 'n persoon bewustelik wil vergeet. Hierdie verdedigingsmeganisme word in stand gehou deurdat die sportpersoon volgehoue weerstand toon om byvoorbeeld te praat oor sy besering (Meyer *et al.*, 1997).

- Projeksie

Wanneer 'n sportpersoon noem dat hy geen emosionele reaksie op sy besering getoon het nie, maar dat 'n spanmaat emosioneel getraumatiseer is tydens rehabilitasie, word dit projeksie genoem. 'n Persoon projekteer dus sy eie simptome as voorbeeld op 'n ander sportpersoon (Meyer *et al.*, 1997). Hierdie gevoelens is gewoonlik

onaanvaarbaar vir die betrokke persoon en daarom word dit geprojekteer (Wilson & Kreisl, 1996).

- Reaksieformasie

Wanneer 'n persoon in 'n oordrewe wyse gedrag toon in teenstelling met hoe hy werklik wil optree, word dit reaksieformasie genoem. Indien 'n sportpersoon sy terugkeer na deelname uitstel, en steeds sy rehabilitasieprogram volg, kan dit dien as voorbeeld van reaksieformasie omdat die sportpersoon sy eie vrees so op 'n aanvaarbare wyse hanteer/verdedig. Hierdie verdedigingsmeganisme kan parallel met ander verdedigingsmeganismes voorkom (Kaplan & Sadock, 1998; Meyer *et al.*, 1997; Wilson & Kreisl, 1996).

- Rasionalisasie

'n Persoon verklaar sy/haar gedrag op 'n rasonale wyse, maar die redes aangehaal om gedrag te verklaar, is nie die ware redes nie. Die redes wat die persoon gebruik is sosiaal aanvaarbare redes (Kaplan & Sadock, 1998; Wilson & Kreisl, 1996). Die persoon wat hierdie meganismes aanwend is nie bewus van die werklike redes vir sy gedrag nie (Meyer *et al.*, 1997).

- Intellektualisering

Dis wanneer 'n persoon gevoelens en impulse beheer deur daaraan te dink in plaas daarvan om dit te ervaar. Die angs wat by 'n persoon kon ontstaan indien die impulse ervaar was word so gekontroleer (Kaplan & Sadock, 1998).

2.4.2 Denkfoute

Wanneer 'n sportpersoon 'n liggaamlike verandering ervaar kan dit sy kognisies negatief beïnvloed, omdat hy in sy eie vermoëns begin twyfel (Nideffer, 1985). Dit lei tot 'n afname in konsentrasie en selfvertroue wat tot 'n verhoging in spierspanning lei en op sy beurt tot 'n herbesering aanleiding kan gee (Heil, 1993). Hierdie bese

kringloop kan die sportpersoon se rehabilitasieproses verleng en kan boonop tot verdere irrasionele denke lei. Hier volg denkfoute wat mag voorkom by beseerde sportpersone:

- Oorveralgemening

Oorveralgemening is een van die kognitiewe prosesse wat by beseerde sportpersone geïdentifiseer word. Hier word die impak van die besering oorgedra na ander relevante areas van die sportpersoon se daaglikse bestaan, en as 'n kenmerk van die sportpersoon se lewe in die algemeen gesien sonder gegronde redes daarvoor (Beck & Weishaar, 1995; Heil, 1993). Die sportpersoon sal byvoorbeeld noem dat hy swak begin presteer het met sy skoolwerk, omdat hy nie meer kan presteer met sy sport nie. Potgieter (1997) voel dat hierdie denkfout hoofsaaklik voorkom, tydens die woede fase van die rouproses, ná 'n besering.

- Personalisering

Daar kan by sportpersone die persepsies ontstaan dat hy of sy, die oorsaak van die besering is. Hulle neem dan die verantwoordelikheid daarvoor sonder om verskeie ander faktore bydraend tot die situasie in ag te neem. Hierdie spesifieke disfunksionele kognitiewe proses word personalisering genoem (Freeman, Pretzer, Fleming & Simon, 1990; Heil, 1993).

- Absolutistiese denke

Ná baie ernstige beserings is sportpersone geneig tot absolutistiese denke. Hierdie denkfout behels dat die sportpersoon 'n komplekse besering na alles of niks katagorieë verminder (Heil, 1993). Die sportpersoon sal byvoorbeeld voel dat hy as gevolg van sy besering nie meer internasionaal kan deelneem nie, maar slegs vir ontspanning aan sport kan deelneem.

- Emosionele redenering

Die sportpersoon aanvaar dat sy emosionele reaksies die ware situasie reflekteer (Freeman *et al.*, 1990). Die sportpersoon wat tydens rehabilitasie nie oefen nie en voel soos 'n mislukking omdat hy nie sy kompetisie kon voltooi nie, sal glo dat hy as mens 'n mislukking is. Die persoon se emosies beïnvloed dus sy selfwaarde.

- Etikettering

Etikettering is wanneer 'n globale identiteit aan spesifieke omstandighede toegeken word (Freeman *et al.*, 1990). 'n Sportpersoon kan homself as agterlosig etiketteer omdat hy een maal vergeet het om sy skoenveter vas te maak.

- Katastrofering

Die sportpersoon sal die negatiewe omstandighede gepaardgaande tot sy besering uit perspektief ruk en nie in perspektief beskou nie (Freeman *et al.*, 1990). Die sportpersoon sal byvoorbeeld noem dat hy nooit weer aan sport sal kan deelneem nie, nog voordat hy aan rehabilitasie blootgestel is, en sonder dat die medici enigsins so 'n afleiding gemaak het.

- Fortuinvertelling

Die sportpersoon baseer die toekoms op sy huidige emosionele negatiwiteit (Freeman *et al.*, 1990). As voorbeeld kan die sportpersoon noem dat hy nooit weer dieselfde tyd vir sy item sal kan behaal nie.

- Digotomiese denke

Die sportpersoon se ervarings word tot twee uiterstes gekategoriseer (Corsini & Wedding, 1995). Hierdie denkwysie kan gesien word as swart of wit denke, met geen moontlikheid van grys tussenin nie. Die persoon se denke is as't ware nie buigsaam nie en duidelike rigiede grense word gestel.

- Gedagte-lees

'n Voorbeeld van hierdie denkfout is dat die individu aanneem dat ander persone hom negatief beoordeel sonder enige bewyse dat dit wel die waarheid is (Freeman *et al.*, 1990).

2.4.3 Rasionele denkpatrone

Gordon en Lindgren (1990) beklemtoon dat rasionele denkpatrone by sportpersone aanleiding gee tot 'n positiewe houding en produktiewe gedragpatrone. Sportpersone wat vasberade is om te herstel ná 'n sportbesering blyk om meer gereeld verantwoordelikheid vir hul eie rehabilitasieproses te neem, en toon dan ook gereelde bywoning by die sportbeseringskliniek. Sulke positiewe houdings en produktiewe gedrag fasiliteer effektiewe herstel wat die rehabilitasieproses versnel.

Deur gebruik te maak van 'n kognitiewe-gedragbenadering tydens die sielkundige hantering van beserings, kan die probleem op 'n holistiese wyse aangespreek word. Die belangrikheid van die aanspreek van kognisies tydens rehabilitasie is onvermydelik en verdien verdere ondersoek, veral ten opsigte van kulturele verskille (Anshel, Williams & Hodge, 1997).

2.5 Kulture se siektebeskouings

Gesondheidsopvattinge en siektebeskouings sluit alle denke en gelowe met betrekking tot gesondheid en siektes in. Siektebeskouings kan wetenskaplike verklarings, byvoorbeeld 'n vitamientekort, sowel as magiese verklarings soos heksery, as verklaring vir siektes inkorporeer (Van Rensburg, Pretorius & Fourie, 1992). Fisiese, sosiale en geestelike faktore beïnvloed 'n persoon se siektebeskouing.

Daar is baie diversiteit met betrekking tot die wyse waarop kulture siekte en gesondheid verstaan en beskryf word. Sekere simptoommanifestasies sal in een kultuur as normaal beskou word, terwyl dit in 'n ander kultuur as deel van 'n siektebeeld geïnkorporeer kan word (Boyle & Andrews, 1989; Smith & Bond, 1993).

Om 'n persoon se siektebeskouing te verstaan moet die oorsprong daarvan in ag geneem word (Boyle & Andrews, 1989). Die betekenis wat diverse kultuurgroepe aan gesondheid en siekte gee is onderliggend aan hul kultuurgebonde waardes, norme, gelowe, persepsies en houdings. Hierdie faktore definieer die betrokke ervaring of situasie. Sommige godsdienstige ingesteldhede speel 'n rol in die vorming van 'n siektebeskouing wat bydra tot die kompleksiteit van siektebeskouings. Godsdienste speel veral 'n rol in die wyse waarop 'n persoon reageer op die siektesimptome (Spector, 1979).

Alhoewel siektebeskouings nie die fokus van die studie was nie, is dit as noodsaaklik beskou om die verbandhoudende agtergrondinligting te verskaf. Die studie fokus juis op kruiskulturele ervarings ná die opdoen van beserings, en kulturele ervarings kan moontlik die sportpersoon se siektebeskouing beïnvloed.

2.5 1 Afrika-geloof

Volgens die tradisionele Afrika-geloof behels gesondheid 'n toestand waar die persoon in balans is met sy of haar omgewing. 'n Siekte kan voorkom wanneer daar 'n wanbalans in hierdie eenheid voorkom. By die herstel van 'n siekte, fokus die Afrika-geloof dus nie slegs op die menslike anatomie en fisiologie nie, maar kan moontlik ook op die herwinning van die ewilbrium tussen die persoon se liggaam en die omgewing.

'n Fatalistiese houding beskryf hierdie etiologie, waar 'n wanbalans ontstaan wanneer 'n eksterne faktor na die persoon gestuur is (Spector, 1979; Van Rensburg *et al.*, 1992). Die voorvaders stuur 'siekte' na 'n persoon as straf, indien die betrokke persoon nie voldoende na die voorouergeeste omsien nie. In so 'n geval kan slegs 'n tradisionele geneesheer die persoon behandel (Kriel, 1996; Kriel & Mapogole, 1998).

Smit (1987) het bevind dat daar ook baie bygelowe ten opsigte van siektes bestaan, byvoorbeeld dat voetskimmel veroorsaak word deur om op nat, vuil grond te loop. Kriel (1996) het bevind dat die Noord-Sotho's nie 'n sportbesering beskou as iets wat

deur die voorouergeeste gestuur is nie. Hulle beskou dit as 'n ongeluk omdat die omstandighede rondom die situasie normaalweg duidelik was en daar nie enige onderduimsheid betrokke was nie.

Persone afkomstig van Westerse kulture is weer meer geneig om dokters te konsulteer as gevolg van emosionele ervarings, terwyl persone van Afrika-kulture oorwegend aanmeld met somatiesse klagtes (Smith & Bond, 1993).

2.5.2 Die rol van die media

Nixon (1993) het in sy studie boodskappe geïdentifiseer wat die media aangaande sportbeserings oordra. Die rol wat die media speel in die vorming van siektebeskouings moet deur partye betrokke by die rehabilitasieproses verreken word. Volgens sy studie het die media die volgende bydraes gelewer tot die vorming van siektebeskouings:

- (1) *Rasionalisasie het voorgekom, wat verwys het na redes wat die risiko vir pyn en beserings regverdig, vanuit die sportbestuur se oogpunt. Dit sluit onder andere die aanvaarding van pyn en beserings as 'n normale deel van sport in.
- (2) Sosialisering van sportpersone het voorgekom, wat behels dat sportpersone soms ander persone se verwagtinge internaliseer en hul gedrag daarvolgens rig. Sportpersone word gesosialiseer met betrekking tot hul pynervaring, beserings, rehabilitasie ensovoorts.
- (3) Die aanvaarding van risiko's en pyn, waar daar van sportpersone verwag word om deel te neem wanneer hulle nog nie volkome herstel het nie, is 'n verdere faktor geïdentifiseer in die studie. Dit sluit die volgende in:
 - Sportpersone neem verantwoordelikheid vir hul eie beserings.
 - Sportpersone neem risiko's ten spyte van hul gesondheid.

* Rasionalisasie is 'n verdedigingsmeganisme wat persone aanwend om hul gedrag te verklaar. Hierdie redes klink soos rasonale redes, maar die ware redes word verberg of verdring.

- Sportpersone blameer hulself vir hul beserings.

(4) Sportpersone het sekere verwagtinge, persepsies, vereistes en implikasies as deel van hul rol as sportpersone beskou.

(5) Status, materiële belonings, ondersteuning, borge, pryse en werksgeleenthede was faktore wat as aansporing vir sportpersone gedien het om aan sport deel te neem.

Sportpersone se siektebeskouing word gevorm deur hul blootstelling aan die volgende:

- Kultuurgebonde norme, waardes en mites.
- Die media.
- Die sportpersoon se geloof.

Die sportpersoon se siektebeskouing kan die rehabilitasieproses ná 'n sportbesering beïnvloed, en daarom moet persone betrokke by die rehabilitasieproses al die bogenoemde faktore bydraend tot die persoon se siektebeskouing in ag neem.

2.6 Pyn

'n Pynervaring omvat 'n verskeidenheid komponente wat fisieke, emosionele, sosiale en spirituele aspekte insluit. Dit word verder gekompliseer deur die persoon se mediese geskiedenis, kultuuragtergrond en die betekenis wat die persoon aan die situasie heg (Fine, 1993; Heil, 1993; Post, Blustein, Gordon & Dubler, 1996; Showalter, 2001). Persepsies en response ten opsigte van pyn moet verstaan word met die nodige begrip dat ander faktore soos kultuur, geslag en mites dit kan beïnvloed (American Academy of Pediatrics, 1999; Kiesler & Finholt, 1988; Louw & Edwards, 1997; MacLachlan, 1997; Post *et al.*, 1996; Showalter, 2001). 'n Holistiese benadering moet gevolg word wanneer persone vir pyn behandel word, en daarom moet hul kultuuragtergrond in gedagte gehou word (Showalter, 2001).

Verskillende kulturgroepe ervaar pyn op diverse wyses. In 'n studie deur Lipton en Marbach (1984) het hulle bevind dat kultuuragtergrond 'n beduidende faktor in die volgende was:

- (1) Die persoon se verklaring vir die oorsprong van die pyn.
- (2) Die mate waarin pyn deur persone ervaar is.
- (3) Die verbale erkenning by persone van hul pyn.

Die behoefte aan ondersteuningsisteme was 'n verdere faktor wat tussen kulture verskil het. Lipton en Marbach (1984) se belangrikste bevinding was dat die stimuli wat tot pyn aanleiding gee, tussen kulture verskil.

Swart Afrikaners, wat groepsgebonde is, was meer geneig om emosioneel en verbaal erkenning aan hul pyn te gee. Hulle was tot 'n mindere mate in staat om daaglikse normaal te kon funksioneer. Ierse persone wat deel was van hegte interpersoonlike verhoudings met persone van dieselfde kultuur, se daaglikse funksionering was ook ingekort. Die bevolking van Puerto Rico het 'n groter tendens geopenbaar aan die behoefte vir sosiale ondersteuning tydens die herstel van hul siekte. Mediterreense en Middel-Oosterse kulture is geneig om hul ervaring van pyn te verbaliseer, in teenstelling met persone van Asiëse en Noord-Europese agtergrond (Showalter, 2001). Enige verbale of nie-verbale uitdrukking van pyn word deur die Bariba-volk van Wes-Afrika gesien as 'n gebrek aan durf (Mims, 1989). Die Chinese kultuur beskou die behoeftes van die gemeenskap as belangriker as dié van die individu. Persone wat in hierdie kultuur individualisties optree word as ongesosialiseerd geëtiketteer. Selfbeheersing word verder in die Chinese kultuur hoog geag (Showalter, 2001). Chinese is verder minder geneig om analgetika te neem omdat die vrees by hulle bestaan dat dit moontlik kan lei tot 'n verlaging in selfbeheersing. Verbandhoudend hiermee, glo hulle dat pynverliggende medikasie sweet induseer wat gevolglik lei tot 'n verswakking in liggaamsterkte omdat dit gepaard gaan met 'n verlies aan liggaamsvloeistof (Poliakoff, 1993). Die Asiërs betoon respek aan outoriteitsfigure deur om nie die eerste keer wat behandeling, byvoorbeeld medikasie, aan hulle gebied word, te aanvaar nie (Showalter, 2001).

Godsdiens speel ook 'n belangrike rol in die verklaring van pyn. Pyn word deur sekere geloofsbenaderings beskou as bestrawing vir gedrag wat die betrokke persoon in die verlede getoon het (MacLachlan, 1997).

Dis duidelik hoe bogenoemde kultuurgebonde inligting die behandeling van persone tydens rehabilitasie op mediese sowel as psigoterapeutiese vlak kan beïnvloed.

2.7 Samevatting

Literatuur met betrekking tot individuele ervarings by sportpersone tydens hul rehabilitasieperiode is nog gebrekkig. Kultuurverskille by sportpersone se ervaring van hul rehabilitasieproses ná 'n sportbesering, blyk totaal en al gebrekkig te wees. Dit is onbekend of kognitiewe prosesse by kulture tydens rehabilitasie enigsins ondersoek is. As gevolg van genoemde gapings in die bestaande literatuur poog die onderhawige navorser om 'n bydrae te lewer tot uitbreiding van kennis verbandhoudend tot kultuurverskille by die kognitiewe ervaring van sportbeserings. Vrae wat onder andere ondersoek sal word, volg:

- Watter verdedigingsmeganismes wend verskillende sportpersone aan tydens rehabilitasie ná 'n sportbesering?
- Hoe reageer sportpersone op 'n pynervaring?
- Watter kennisies ervaar sportpersone van verskillende kultuurgroepe?
- Is daar sekere vrae waarmee sportpersone tydens rehabilitasie van 'n sportbesering gekonfronteer word?
- Watter bekommernisse ervaar sportpersone tydens rehabilitasie?

Hoofstuk 3

Navorsingsmetode

3.1 Inleiding

Die hoofstuk bevat 'n beskrywing van die prosedure wat gevolg is om die navorsing te behartig, onder andere die navorsingsontwerp, wyse waarop toetslinge bekom is en laastens hoe die data verwerk is.

3.2 Toetslinge

Nel (1999) het sportpersone genader met behulp van die Universiteit van die Vrystaat en die Technikon Vrystaat se onderskeie sportburo's, sowel as met die hulp van sportafrigters, skole en sportklubs. Die ondersoekgroep het bestaan uit 21 sportpersone wat vir 'n minimum van twee maande nie aan sport kon deelneem nie as gevolg van hul beserings. Toetslinge se ouderdomsverspreiding het gewissel tussen 12 en 38 jaar. Toetslinge het onderskeidelik deelgeneem aan kompetisies op provinsiale-, nasionale- en internasionale vlak. Die ondersoekgroep word soos volg in Tabel 1 voorgestel:

Tabel 1: Samestelling van die ondersoekgroep

Kultuurgroep	Totaal	Mans	Vroue
Swart	6	5	1
Wit	12	4	8
Bruin	3	3	0

3.3 Navorsingstrategie

'n Kwalitatiewe benadering is gebruik vir die betrokke studie. Hierdie benadering maak gebruik van woorde as ontledingselemente, en daarom word onderhoude met toetslinge gevoer. Die onderhoude gee die betekenis wat toetslinge aan gebeurde

heg, wat ontleed en verwerk word, sonder om van numeriese eenhede gebruik te maak.

Kwalitatiewe navorsing stel die navorser in staat om die toetslinge se gevoelens, kennis, ervarings en aktiwiteite in te vorder, en sodoende 'n holistiese beeld van die ondersoek-area te verkry. Hierdie gedetailleerde wyse van data-insameling lei tot die empatiese verstaan van die toetslinge en verseker dat toetslinge se wêreld beter verstaan word. Dit bied die geleentheid vir die navorser om geïndividualiseerde inligting oor 'n unieke sportpersoon se rehabilitasieproses te verkry, sonder om slegs op die resultaat daarvan te fokus (Granito, 2001; Patton, 1990).

Die omvattende aard van kwalitatiewe navorsing is as gepas beskou om 'n geheelbeeld van die toetslinge se ervarings gedurende hul rehabilitasieproses in te samel. Die betrokke navorsing is dus aan die hand van kwalitatiewe riglyne toegepas.

3.4 Prosedure

Tydens 'n loodsstudie is daar van 'n gestruktureerde vraelys gebruik gemaak. Die vraelys het egter die invordering van data beperk en daarom is dit slegs ontwikkel en gefinaliseer as 'n semi-gestruktureerde onderhoud.

Die onderhoudsvraelys het ope vrae bevat, wat verdere bespreking kon uitlok. Individuele onderhoude wat uit ongeveer 50 vrae bestaan, is met die toetslinge op 'n gepaste tyd en plek gevoer. Die doel van die onderhoud is inleidend aan die toetslinge verduidelik, insluitend hoe die inligting hanteer gaan word en watter tipe vrae die toetsling te wagte kon wees. Onderhoudsvrae is daarop gemik om 'n beskrywing van die persoon se kognitiewe reaksies tydens rehabilitasie uit te lok. Vrae wat in die onderhoud ingesluit is, was byvoorbeeld die volgende: 'Waraan het jy gedink onmiddellik na die besering, en beskryf jou gedagtes ten opsigte van die voorgestelde behandelingsplan?'

Daar is bandopnames van die onderhoude geneem en dit is getranskribeer na 'n getikte vorm. Hierna is die data gekodeer, temas is geïdentifiseer en 'n indekssisteem

is opgestel (Nel, 1999). Die proses van triangulasie is gebruik om die studie se betroubaarheid te verhoog. Tydens hierdie proses was 'n tweede analiseerder by die kodering betrek. Verskille wat voorgekom het by die data-analise tussen die twee analiseerders se onderskeie data-ontledings, is bespreek totdat konsensus tussen die analiseerders bereik is.

Toetslinge is verseker van die vertroulikheid van die inligting. Toestemming om inligting vir navorsingsdoeleindes te gebruik, is ook skriftelik van toetslinge verkry.

3.5 Data-analise

Die verwerking en vergelyking van die data is met behulp van die *QSR NUD*IST*-rekenaarprogram gedoen. Hierdie rekenaarprogram is spesifiek ontwerp om data te verwerk wat ongestruktureerd is en wat geen numeriese inhoud bevat nie. *QSR NUD*IST* is dus gepas om kwalitatiewe dataverwerking te behartig.

Hoofstuk 4

Resultate

4.1 Inleiding

Die primêre gedagtes van die toetslinge is geïdentifiseer. Daarna is daar gefokus op spesifieke temas, verbandhoudend tot die kognitiewe prosesse van toetslinge tydens rehabilitasie. Hierdie roudata is georganiseer in groepe. Die data-analise is beperk tot eerste-ordetemas, sodat die holistiese beeld van die toetslinge se kennis tydens rehabilitasie behoue kon bly. Om die rykdom van die data oor te dra, word dit in tabelle opgesom en aangebied volgens die verskillende kultuurgroepe.

4.2 Verdedigingsmeganismes

Die volgende verdedigingsmeganismes, soos weergegee in Tabel 2, is deur toetslinge aangewend gedurende hul rehabilitasieproses.

Tabel 2: Verdedigingsmeganismes aangewend gedurende rehabilitasieproses

Roudata-tema	Eerste-ordetema	Onderhoud (P=Persoon)
<u>Swart toetslinge</u> <i>... pain in my knee... when I started jogging... I was having some pain inside... I am not training good... a simple pain you know, maybe tomorrow if I go training, I will be allright, it is a pain of today only.</i> <i>I denied myself the chance to get rest... I kept on training. I even had secret trainings...I couldn't accept that I was injured.</i> <i>Ek het nie beseef ek is beseer nie: ek het die pyn gevoel, maar ek het aanhou oefen en deelgeneem...</i>	Ontkenning	P10 P1 P12
<i>... maybe if your dad was there and your mum was there, they had a decent job... you start blaming them... you blame your coach...</i>	Verplasing van skuld	P1
<i>... just to move away from the injury and pain...</i>	Afleiding	P1

<i>... to go to some other things, not sports, something that doesn't bring anything to you.</i> <i>... play darts... other sports that is played by black people, that is called Marabaraba...</i>		P2 P11
<u>Wit toetslinge</u> <i>... skouer was baie seer... maar ek wou die wedstryd klaar speel... ek het gedog dis dalk 'n spiertjie of so iets... naderhand raak dit lam, en ek het gedog dit sal weggaan, en ek het deur die lam pyn gespeel.</i> <i>... en dit het net al hoe erger en erger geraak... ek het net aangehou... maar ek het nie gedink dis ernstig nie want ek het elke dag dit net oorgelos en gesê dis niks nie.</i> <i>... the docter tells you this... you won't believe the guy firstly...</i> <i>... ek moet deur die pyn gaan...</i> <i>... gehoop dis van verbygaande aard, gedog as ek aanhou oefen gaan dit een of ander tyd verbygaan...</i> <i>... het die pyn gevoel en dit maar net gelos... gesê dis nou amper klaar, net 'n bietjie uithou, die ding is amper verby.</i>	Ontkenning	P9 P4 P14 P18 P7 P8
<u>Bruin toetslinge</u> <i>... dit gebeur seker maar met rugbyspelers...</i>	Rasionalisasie	P6

Ontkenning is deur swart (50%) sowel as wit (50%) toetslinge aangewend as verdedigingsmeganisme. Verder het swart toetslinge gebruik gemaak van afleiding en die verplasing van skuld as verdere verdedigingsmeganismes. Die enigste verdedigingsmeganisme genoem deur bruin toetslinge was rasionalisasie.

4.2.1 Hanteringsmeganismes

Toetslinge het ook ander positiewe sowel as negatiewe hanteringsmeganismes aangewend. Wit toetslinge het gerapporteer dat hulle hulself positief ingestel (Persoon 3, Persoon 15, Persoon 19) het ten opsigte van hul beserings, om dit

sodoende te hanteer. 'n Ander toetsling (Persoon 3) het genoem dat hy sy besering deur internalisasie verwerk het. Negatiewe hanteringsmeganismes by wit toetslinge het substansmisbruik (Persoon 18, Persoon 5) en om tou op te gooi (Persoon 18), ingesluit. Bruin toetslinge het hul geloof (Persoon 6) en ontvlugting (Persoon 17) onderskeidelik genoem as positiewe en negatiewe hanteringsmeganismes.

4.3 Kognisies

4.3.1 Irrasionele denke

Toetslinge se irrasionele denke word vervolgens in Tabel 3 weergegee.

Tabel 3: Irrasionele kognisies beleef gedurende die rehabilitasieperiode

Roudata-tema	Eerste-ordetema	Onderhoud (P=Persoon)
<u>Swart toetslinge</u>		
<i>... I am not going to run that time again.</i>	Katastrofering	P10
<i>I will never walk again.</i>		P13
<i>... dat ek sal seker nie meer kan herstel nie.</i>		P12
<i>... your talent is gone, your life is doomed... don't have any future any more.</i>		P2
<i>... end of my career...</i>		P1
<i>... never run again...</i>		P13
<i>... I think I would never walk again...</i>	Oorveralgemening	P13
<i>... your life is doomed... don't have a future anymore...</i>		P2
<i>I am not going to run that time again.</i>	Fortuinvertelling	P10
<i>... don't have any future any more...</i>		P2
<i>... I had the Voltaren, and then I thought okay, I'll be fine, and the next morning I went back to training.</i>	Onrealistiese gevolgtrekking	P1
<i>I was still new in the business of sport... the end of my career...</i>	Absolutistiese deke	P1

<i>I don't feel well, because I think my foot is not okay...</i>	Emosionele redenering	P13
<u>Wit toetslinge</u> <i>...pyn en probleme wat jy gehad het nou vererger... dalk nou permanent...</i>	Maksimalisering	P3
<i>... ek het net soos 'n mislukking... gevoel.</i>	Personalisering	P21
<i>... you feel like an invalid.</i>		P14
<i>... ek nou maar so sleg is... so ek beteken nou maar niks... dit was heeltemal verwerping...</i>		P20
<i>... dit is alles my skuld...</i>		P9
<i>... my positiwiteit al klaar afgebreek... baie negatief begin...</i>	Verwerping van die positiewe	P4
<i>... dalk nou permanent...</i>	Katastrofering	P3
<i>... nie weer kan hardloop of iets nie...</i>		P4
<i>... dalk het die operasie skeefgeloop...</i>		P9
<i>... the foot will never come right...</i>		P14
<i>... gedink ek sal nooit weer rugby speel nie...</i>		P18
<i>... ek kan nie meer hardloop nie, so ek beteken nou maar niks...</i>	Absolutistiese denke	P20
<i>... make yourself negative in the morning, you don't want to stand up and go to work, you don't want to be with people, you just want to lock yourself away.</i>	Oorveralgemening	P14
<i>... ek het baie sleg gevoel... ek het stadig begin leer... my skoolwerk...</i>		P9
<i>... aangeneem ek sal nie weer tennis speel nie... net skooltennis... vir die vyfde span...</i>	Digotomiese denke	P9
<i>... aangeneem ek sal nie weer tennis speel nie... toe het ek net gefokus op my landloop.</i>		P9
<i>... hulle het begin swak spring... dink ek by myself hulle verwyt my...</i>	Gedagte-lees	P1
<i>... ek het gevoel ek sal nie meer kan regkom nie...</i>	Negatiewe selfoordeel	P5

<i>... hulle het begin swak spring... dink ek by myself hulle verwyf my...</i>	Gedagte-lees	P1
<i>... ek het gevoel ek sal nie meer kan regkom nie...</i>	Negatiewe selfoordeel	P5
<i>... so negatief oor die lewe geraak ... na hierdie besering...</i>	Emosionele redenering	P7
<i>... ek het gevoel ek het die jaar eintlik gemors...</i>	Ongegronde afleiding	P5
<u>Bruin toetslinge</u>		
<i>... ek sal nooit weer kan sokker speel nie...</i>	Katastrofering	P16
<i>... ek sal nooit weer kan hardloop op hierdie been nie...</i>		P6
<i>... ek sal dit nooit weer kan doen nie...</i>		P16

Die tipe denkfoute wat slegs deur swart toetslinge aangedui is, was fortuinvertelling en onrealistiese gevolgtrekkings. Ongegronde afleidings is 'n tipe denkfout slegs deur wit toetslinge aangedui. Katastrofering is deur al die kultuurgroepe aangedui en het persentasiegewys soos volg by die spesifieke kultuurgroepe voorgekom: wit toetslinge 41,6%, swart toetslinge 83,3% en bruin toetslinge 66,6%. Die ander denkfoute was in 'n mindere mate deur al die kultuurgroepe aangewend.

4.3.2 Rasionele denke

Tussen al die toetslinge was daar slegs twee rasonale response. Hierdie response het 'n realistiese gevolgtrekking met betrekking tot die toetsling (Persoon 15) se besering ingesluit, sowel as aanvaarding van die besering deur dieselfde toetsling (Persoon 15). Hierdie rasonale response word vervolgens gemeld:

... besef jy dat jy maar moet aanvaar vir die volgende paar maande is daar nou nie veel wat jy daaromtrent kan doen nie. So jy kan iets positiefs daaruit doen...

4.4 Pyn

Die kognisies wat toetslinge rondom hulle pynervaring beleef het, is geklassifiseer volgens:

- (1) Reaksie op hul pynervaring.
- (2) Interpretasie van hul pynervaring.
- (3) Persepsie van hul pynervaring.

4.4.1 Reaksies op hul pynervaring

Die reaksies op pyn verskyn in Tabel 4.

Tabel 4: Reaksies verbandhoudend tot die pynervaring

Roudata-tema	Eerste-ordetema	Onderhoud (P=Persoon)
<u>Swart toetslinge</u> <i>...I was buying another shoes, and then after that, but I was having some pain again, after that I buy another shoes...</i> <i>... just a pain you know, that one can get after training, that it will ease after a day or maybe some few days, but then later I found out that this is getting worse...</i> <i>I just decided to sit and relax, not to train... sit for about six months... I didn't have an idea or going to see the doctor or going to the hospital.</i> <i>I never went to a doctor. No, I didn't receive any physiotherapy.</i>	Uitstel van professionele hulp	P10 P10 P11 P11
<i>Ek het bietjie gaan rus.</i> <i>I just decided to sit and relax... just sit for about six months.</i>	Ontspanning	P12 P11
<u>Wit toetslinge</u> <i>... ek het lank uitgehou... ek wou nie gesê het nie...ek was bang om vir hulle te sê...</i>	Uitstel van professionele hulp	P9

... heupe begin seer raak en so aan, en dit het net al hoe erger en erger geraak, maar ek was bang om te sê dis seer, en ek het net aangehou... nie vir myself erken dis seer nie...		P4
... nie regtig na 'n dokter toe gewees nie... niks geen dokter of fisio kan niks aan hom doen nie...		P5
... maar oor tyd gekom, net elke dag erger en erger geraak, en dit wou nie opgehou het nie...		P7
... pyn gevoel en dit net gelos... na elke item het ek pyn gevoel... maar ek het net iets aangesmeer vir die pyn... die fragment het net groter en groter geword...		P8
... gesê dis nou amper klaar... ek is nou amper klaar... bietjie uithou, die ding is amper verby.		P8
Jy weet iets makeer, maar jy gee nie aandag daaraan nie.		P19
... teleurstelling in 'n mens self, dat jy jou been permanent opgefoeter het...	Selfblamering	P3
... gedink dit is alles my skuld...		P9
It's a let down for yourself... how could you... you think to yourself what have you done now, why have you done this now...		P14
... ek het dalk te veel geoefen... dalk myself te hard gedruk...		P7
... vir myself baie teleurstellend gewees...	Teleurstelling	P9
... ek was teleurgesteld, verskriklik teleurgesteld...		P4
... emosioneel 'n baie groot teleurstelling.		P15
... and decided to recollect yourself and go through what actually happened.	Herbeleef gebeure	P14
<u>Bruin toetslinge</u> ... jy drink jouself dronk aan pynpille... daar's minder pyn en so, jy drink hom eerder.	Ontvlugting	P17

Die toetslinge het ses verskillende eerste-ordetemas met betrekking tot hul reaksie op hul pyn geïdentifiseer, naamlik die uitstel van professionele hulp, ontspanning,

selfblamering, teleurstelling, herbeleef van gebeure en laastens ontvlugting. Die reaksies van toetslinge van verskillende kultuurgroepe, met betrekking tot hulle ervaring van pyn, het verskil.

4.4.2 Interpretasie van pyn

Die toetslinge het hul pynervaring òf erken òf ontken. Hierdie interpretasie van toetslinge se pynervaring word in Tabel 5 uitgebeeld.

Tabel 5: Interpretasie van pynervaring

Roudata-tema	Eerste-ordetema	Onderhoud (P=Persoon)
<u>Swart toetslinge</u> <i>... maybe it's a simple pain you know, maybe tomorrow if I go to training, I will be allright, it is a pain of today only...</i> <i>...I only realised that after maybe six months after my injury, after speaking to some people, that what I was doing was not good. I couldn't accept that I was injured... it's difficult for you to accept the injury...</i> <i>Ek het nie besef ek is beseer nie, ek het die pyn gevoel maar ek het aanhou oefen en deelgeneem...</i>	Ontkenning	P10 P1 P12
<i>... I approached some of the senior athletes, asked them about the problem...</i> <i>... it was a lot of pain... even mentally.</i> <i>I realised that this is an injury.</i>	Erkenning	P1 P2 P11
<u>Wit toetslinge</u> <i>... my skouer was baie seer gewees, maar ek wou nie vir my ma-hulle gesê het nie... ek het die wedstryd klaar gespeel...ek het lank uitgehou...</i> <i>... ek het net gedog dis dalk net 'n spiertjie wat gespring het het... toe het dit net erger geword... ek het deur die lam pyn gespeel...</i> <i>... my heupe het begin seer word... al hoe erger en erger</i>	Ontkenning	P9 P9 P4

geraak... en ek het net aangehou... gedink dis nie ernstig nie... gesê ag nee, dis niks nie... ... ek wou nie vir myself erken dis seer nie... ... gelos en alles dat hy sal regkom..., ek moet deur die pyn gaan... ... dit het net erger en erger geraak... ek wou nie opgehou het nie... aangehou atletiek oefen... maar gehoop dis van verbygaande aard... dog ... een of ander tyd verbygaan... Ja, partymaal het ek pyn gevoel en dit maar net gelos... gesê dis nou amper klaar... die ding is amper verby.		P4 P18 P7 P8
... "hamstring" seergemaak... toe weet ek hier's moeilikheid... ... you can feel your body is broken... ... dadelik geweet ek sal moet baie lank rus...	Erkenning	P5 P14 P9
<u>Bruin toetslinge</u> ... my bo-spierkruisligament skeur... op daardie stadium het ek dit nie beseft nie... gehoop dis nie geskeur nie...	Ontkenning	P6

Die eerste-ordemas geïdentifiseer deur toetslinge tydens hul interpretasie van hul beserings en die gepaardgaande ervaring van hul pyn, was onderskeidelik erkenning en ontkenning. Persentasiegewys was die verspreiding tussen die kultuurgroepe soos volg: wit toetslinge - ontkenning (41,6%) en erkenning (25%), swart toetslinge - ontkenning (50%) en erkenning (50%) en bruin toetslinge - ontkenning (33,3%) en erkenning (0%).

4.4.3 Persepsie van pyn

Toetslinge se persepsies van pyn het verskillende temas bevat. Swart toetslinge se persepsie van pyn was gebonde aan interne - sowel as eksterne verklarings vir die oorsaak van hul pyn. 'n Gebrek aan beseringskennis was 'n interne verklaring vir die oorsaak van pyn. Eksterne verklarings vir die oorsaak van pyn het onder andere swak

sporttoerusting en swak oefenomstandighede ingesluit. Pyn is deur wit toetslinge as fisiek sowel as emosioneel ervaar. Verder het wit toetslinge ook 'n preokkupasie met hul pynervaring en die aanvaarding daarvan gerapporteer. Bruin toetslinge het ontvlugting, deur middel van medikasie, as hanteringsmeganisme vir pyn beskou.

4.5 Vrae

Vrae waarmee toetslinge tydens rehabilitasie gekonfronteer is word vervolgens bespreek.

Die vrae wat deur swart toetslinge aangespreek is, het gehandel oor die tyd waarop besering voorgekom het (16,6%), onsekerheid rondom mediese kennis (16,6%), op wie om die skuld te verplaas (16,6%), die moontlikheid dat die persoon getoor kon wees (16,6%) en laastens, rondom hoe hul beserings hul sporttoekoms sou beïnvloed (16,6%).

Eerste-ordetemas aangespreek deur wit toetslinge, met betrekking tot die vrae wat hulle gedurende rehabilitasie mee gekonfronteer is, is soos volg:

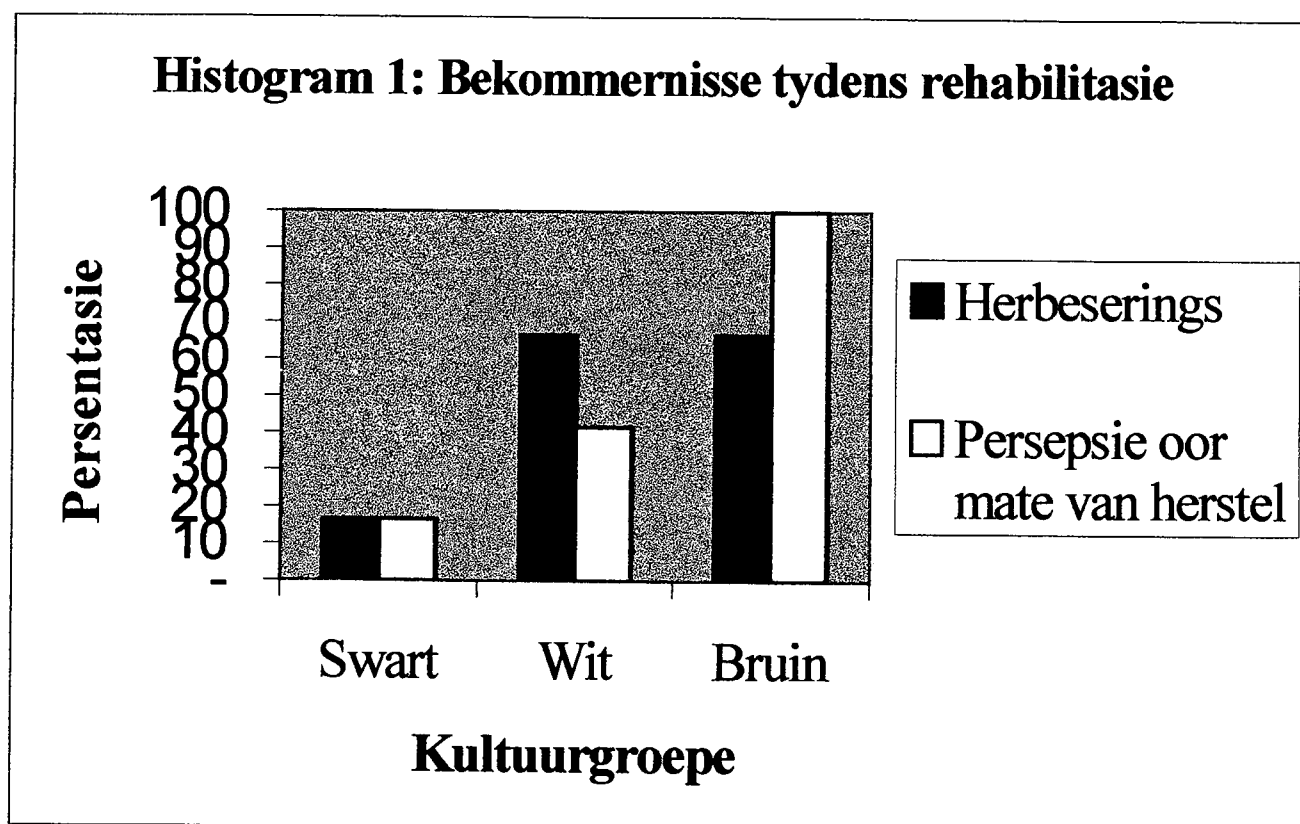
- Inkomste 8,3%
- Sporttoekoms 16,6%
- Mate van herstel 16,6%
- Eie onaantasbaarheid 16,6%
- Oorweging van moontlike uittrede 8,3%
- Effek van besering op vlak van prestasie 8,3%
- Geestelike straf/beproewing 16,6%

Bruin toetslinge het vrae rondom hul eie vermoëns gerapporteer. Persoon 16 het byvoorbeeld vrae gevra rondom sy vermoë om weer te sport te beoefen sowel as om sy span effektief te kan lei:

Op daardie stadium wat weer deur my gedagtes gegaan het, was: sal ek ooit weer kan speel, sal ek ooit weer op die veld kan hardloop, sal ek ooit weer die span kan lei? Omdat ek 'n klomp doelwitte in die span het, het ek gedink sal ek ooit weer vir hom 'n voorbeeld kan wees omdat ek altyd 'n voorbeeld wou wees vir hom?

4.6 Bekommernisse

Daar is twee eerste-ordetemas geïdentifiseer wat blyk die hoofbekommernisse by die toetslinge gedurende rehabilitasie was. Bekommernisse oor herbeserings en die sportpersone se persepsie van die mate waarin hulle herstel het, word in persentasievorm vervolgens in Histogram 1 voorgestel:



Beide swart en wit toetslinge het bekommernisse in verband met swak prestasie tydens die terugkeer na deelname na 'n besering gerapporteer. Een wit toetsling (Persoon 9) was bekommerd oor ander persone se opinie tydens haar terugkeer na kompeterende sportdeelname. Haar respons word vervolgens gemeld:

... Ek was bang gewees toe ek terugkom, want baie van die mense het nie regtig geweet hoekom ek weg was nie, party het gedink ek het opgehou met tennis...

Die verlies aan borge, prysgeld, status en 'n inkomste was ook as bekommernisse geïdentifiseer deur twee swart toetslinge (Persoon 1, Persoon 2). Hul response volg:

... like the medals that I lost... you find that you are losing titles...

... but the concern, at that time I was having a sports bursary...

Hoofstuk 5

Bespreking en Samevatting

5.1 Inleiding

Die bespreking van die navorsingsresultate sal volgens reeds genoemde onderwerpe weergegee word, om vergelyking tussen resultate en die bespreking daarvan vir die leser te vergemaklik. Die leser sal telkens van roudata voorsien word om die toetsling se ervarings op 'n holistiese wyse te beskryf.

Die bespreking het slegs op die betrokke studie se toetslinge betrekking en die interpretasies word gemaak met behulp van hul response. Die moontlikheid bestaan dat sportpersone se response foutief kon wees, en die transkribeerder en navorser kon ook die data foutiewelik aangebied het. Die moontlikheid vir foute aan die navorser se kant is deur die proses van triangulasie egter probeer beheer.

5.2 Bespreking van die navorsingsresultate

5.2.1 Hanteringsmeganismes

Andersen en Williams (1988) het bepaal dat die sportpersoon se vermoë om stres te hanteer 'n invloed op die voorkoms van beserings sal hê (sien Figuur 2). Alhoewel Andersen en Williams (1988) gefokus het op stressore wat aanleiding kan gee tot 'n sportbesering, kan daar waarskynlik verwag word dat 'n sportbesering opsigself ook 'n stressor vir 'n sportpersoon kan wees. Indien 'n sportbesering as 'n stressor dien, sal die hanteringswyse van die besering tog ook die voorkoms van herbeserings beïnvloed. Dit is as gevolg van bogenoemde hipotese dat verskillende hanteringswyses wat by die betrokke studie se toetslinge geïdentifiseer is, bespreek sal word.

'n Positiewe ingesteldheid het vir sommige sportpersone as 'n hanteringswyse gedien. Sommige sportpersone het hul fokus geplaas op die positiewe aspekte van hul rehabilitasieproses en het sodoende hul beserings hanteer. Persoon 15 was van mening dat sy houding 'n invloed op sy rehabilitasieproses gehad het. Sy respons was soos volg:

...ek was ook baie meer positief gewees... aan die einde van die dag is die bal nou in my hande, ek kan nou iets doen, ek kan dit maak of dit breek, ek kan te vroeg begin speel of ek kan behoorlik deur die rehabilitasieproses gaan, en dan behoort ek weer te kan speel.

Dit blyk asof sportpersone hul geloof as 'n belangrike hanteringsbron beskou het tydens rehabilitasie. Die verklaring van beserings met behulp van 'n hoër mag het aan sportpersone die geleentheid gegee om hul beserings te aanvaar en aan hulle 'n toekomsverwagting met betrekking tot hul sportdeelname te gee. Persoon 6 het die genesing van sy besering oorgegee aan God en ook deur middel van gebed sy vrae tydens rehabilitasie hanteer. Persoon 15 het sy besering aanvaar, omdat hy dit verklaar het as deel van God se doel met sy lewe. Die volgende was deel van sy response met betrekking tot geloof as 'n hanteringsbron:

... jy kan agter jou drome aanhardloop... maar as dit nie God se perfekte wil vir jou lewe is nie, ... dan moet jy dit nou maar aanvaar.

Ander sportpersone wat in die verlede van sportbeserings herstel het, en as ondersteuningsbron kon dien vir toetslinge, is aangewys as rolmodelle wat 'n positiewe uitwerking op die rehabilitasieproses gehad het. Persoon 15 se operasie is behartig deur 'n bekende sportpersoon wat ook van 'n besering herstel het. Die toetsling het die versekering van die bekende sportpersoon wat sy operasie behartig het, naamlik dat hy ook sou herstel van sy sportbesering, aangeneem. Hierdie ervaring het by persoon 15 baie hoop bewerkstellig. Persoon 6 is ook deur 'n spanmaat ondersteun en sy respons was soos volg:

... hy sê vir my hy was nog nooit vinnig gewees nie, so hy het nie spoed verloor nie, maar hy het ook nie spoed bygekry nie... maar na sy operasies en na wat hy deurgemaak het... bo uit gekom... dit kan met my ook gebeur...

Daar is aanduidings dat destruktiewe hanteringsgedrag 'n negatiewe invloed op die hantering van 'n stressor het (Williams & Andersen, 1998). Persoon 18 het die gebruik van alkohol aangewend as hantering van sy besering en het ook erken dat hy die moontlikheid van uittrede uit sport oorweeg het tydens rehabilitasie. Persoon 5 verklaar sy alkoholgebruik as 'n meganisme om gevoelloosheid met betrekking tot sy besering te bewerkstellig. Die fase van Persoon 5 se sportontwikkeling mag moontlik 'n rol gespeel het by hierdie tipe gedrag. Die gebruik van medikasie vir die ontvlugting van pyn is 'n verdere hanteringsmeganismes wat aangewend is deur persoon 6. As illustrasie volg persoon 17 se respons:

... drink jouself maar dronk aan die pynpille... Jy kan voel wanneer hy uittrek, en dan begin die skouer weer seer word... dan hardloop jy en drink 'n pynpil... Jou bloed voel alles weer lekker... jy drink hom eerder.

Dit wil voorkom asof kultuurgroepe min verskille toon in die wyse waarop hulle, hulle beserings hanteer. Al die kultuurgroepe het beide positiewe sowel as negatiewe hanteringsgedrag getoon en gerapporteer.

5.2.1.1 Verdedigingsmeganismes

Wanneer 'n persoon gevoelens van angs, verleentheid en minderwaardigheid ervaar, beskerm hy homself daarteen deur verdedigingsmeganismes aan te wend (Louw & Edwards, 1997; Plug *et al.*, 1993). Indien 'n persoon dus aan emosionele pyn blootgestel word, wend hy onbewustelik verdedigingsmeganismes aan, met die doel om tydens hierdie emosioneel

traumatiese tydperk steeds te kan funksioneer. Verdedigingsmeganismes is dus ook 'n wyse om stres te hanteer en word daarom as deel van hanteringsbronne bespreek.

Omdat sportpersone dikwels nie hul beserings kan aanvaar nie, wend hulle ontkenning as verdedigingsmeganisme aan, om dit sodoende te hanteer. Meeste sportpersone het gemeld dat hulle hul pyn aanvanklik geïgnoreer het. Sportpersone het voortgegaan met hul oefensessies en gehoop dat die pyn van verbygaande aard was. Sodoende het hulle hul liggame tot die uiterstes gedruk, en hul fisieke perke getoets. Ontkenning was ook die verdedigingsmeganisme wat die meeste onder toetslinge gerapporteer is. Persoon 1 het goeie insig getoon in dié verband; sy respons volg:

I would limp you know... even if I hadn't trained... I was also affected emotionally because I couldn't accept that I was injured...

'n Ander verdedigingsmeganisme aangewend deur 'n swart toetsling was verplasing. Persoon 1 was van mening dat indien sy ouers beter beroepe beoefen het, dit sou kon bydra tot 'n verbetering in sy rehabilitasieproses. Hy het ook gevoel dat indien sy afrigter van meer kennis, spesifiek tot beserings, beskik het, hy moontlik nie 'n sportbesering sou opdoen nie. By hierdie toetsling kon sy persoonlike agtergrond en lewensomstandighede moontlik aanleiding gegee het tot bogenoemde respons.

Afleiding is ook deur toetslinge gebruik om afstand van hul beserings en rehabilitasieproses te verkry. Persoon 11 het sy aandag afgelei deur sy sportdeelname te vervang deur deel te neem en tyd te spandeer aan 'n kultuurspesifieke speletjie met die naam *Marabaraba*. Persoon 2 het gevoel dat hy op ander aktiwiteite moes fokus wat nie die vermoë het om sy toekoms te beïnvloed nie. Hy het afleiding gebruik omdat die verdedigingsmeganisme hom emosioneel in 'n meer veilige posisie geplaas het. Sy respons was soos volg:

... decided to do some other things... not sports... something that doesn't bring anything to you... I mean like destroy your future... that's what you concentrate on...

Persoon 6 het sy sportbesering verklaar in terme van sy sportsoort. Omdat dit 'n kontaktsport was waaraan hy deelgeneem het, het hy gevoel dat hy 'n sportbesering te wagte moes wees. Hy het dus rasionalisasie gebruik as 'n hanteringsmeganisme.

5.2.2 Kognisies

5.2.2.1 Irrasionele denke

Emosionele nood gee daartoe aanleiding dat 'n persoon se kognisies verdraaiings bevat en dat onakkurate interpretasies van die situasie voorkom (Beck & Weishaar, 1995). Beck (1967) se kognitiewe triade word geïnkorporeer in Wills en Sanders (1997) se kognitiewe model (sien Figuur 3). Hierdie triade bestaan uit persone se negatiewe denke van hulself, die wêreld en die toekoms. Die drie konsepte van die kognitiewe triade veroorsaak verder dat persone se kognisies denkfoute bevat. Die denkfoute geïdentifiseer tydens die betrokke studie sal vervolgens bespreek word.

Die prominentste denkfout wat onder sportpersone van al die kultuurgroepe voorgekom het, was katastrofering. Die tema waarvan die voorkoms die hoogste was, gepaardgaande met katastrofering, was dat sportpersone van alle kultuurgroepe hul vermoë om te herstel bevraagteken en vererger het. Die volgende is voorbeelde van waar sportpersone gekatastrofeer het oor hul eie vermoë om te herstel:

... dat ek seker nie meer kan herstel nie...

... dalk nou permanent...

... the foot will never come right...

Negatiewe interpretasies met betrekking tot die self het die volgende denkfoute ingesluit: katastrofering, negatiewe selfoordeel, emosionele redenering, personalisering en gedagte-lees. Persoon 13 se negatiwiteit met betrekking tot haarself kan gesien word in die wyse waarop sy emosionele redenering as denkfout toegepas het:

... I don't feel well, because I think my foot is not okay...

Persoon 20 het haar besering se effek aangetrek en die negatiwiteit daarvan aan haarself toegeskryf. Haar denkfout was dus personalisering. Haar respons was soos volg:

... Op daardie stadium het ek geglo dat ek nou maar so sleg is, ek wil nie meer hardloop, ek kan nie meer hardloop, so ek beteken nou maar niks. So dit was heeltemal verwerping. In die ergste sin...

Persoon 2 het waarskynlik sy identiteit aan sy sportdeelname gekoppel. Na sy sportbesering het hy 'n identiteitskrisis beleef en homself negatief beoordeel. Sy respons volg:

... Ja. It was like you don't know who you are... you think your talent is gone... you're life is doomed...when you have an injury like that...

Oorveralgemening en katastrofering was denkfoute wat gemaak is waartydens die sportpersone hul wêreld waarbinne hulle hulself bevind het, negatief beskou het. Uit persoon 14 se respons kan ons aflei dat hy sy besering veralgemeen na sy daaglikse bestaan:

... you make yourself negative in the morning, you don't want to stand up and go to work, you don't want to be with people, you just want to lock yourself away...

Negatiewe persepsies en interpretasies van die toetslinge se toekoms kan gesien word in die wyse waarop hulle oor hul toekoms gekatastrofeer het en in die denkfout fortuinvertelling. Toetslinge het meestal in verband met hul sporttoekoms sowel as toekomstige sportprestasie gekatastrofeer. Persoon 2 het gevoel dat sy toekoms tot niet is as gevolg van sy sportbesering. Persoon 4 se respons illustreer haar negatiwiteit met betrekking tot haar sporttoekoms:

... ek het baie negatief begin raak... sê nou maar dit gebeur of sê nou maar dat gebeur... en dat ek nie weer kan hardloop nie...

Fortuinvertelling met betrekking tot persoon 10 se toekomstige sportprestasie was die negatiwiteit wat hy aan sy toekoms toegeskryf het. Persoon 10 se respons volg:

... I am not going to run that time again...

Die negatiewe persepsies wat sportpersone van hulself, die wêreld en hul toekoms het, is duidelik geïdentifiseer in die betrokke studie. Hierdie negatiwiteit gee aanleiding tot neerslagtigheid wat op sy beurt lei tot verdere irrasionele denke. Deur hierdie kognitiewe prosesse word 'n bose kringloop in stand gehou, wat sportpersone se sielkundige herstel negatief kan beïnvloed. Denkfoute het voorgekom tussen al die verskillende kultuurgroepe en dit het nie geblyk dat denkfoute kultuurspesifiek was by die betrokke studie nie.

5.2.3 Pyn

5.2.3.1 Reaksie op pyn

'n Oorwegende meerderheid van swart en wit toetslinge het gerapporteer dat hul eerste reaksie op hul pyn die uitstel van professionele hulp was. Die redes wat toetslinge aangevoer het vir die uitstelling om professionele hulp te verkry, het egter verskil. Swart toetsinge het die volgende redes aangevoer vir die uitstel van verkryging van professionele hulp. Persoon 1 het pyn beskou as

deel van sportdeelname en gehoop dat dit met tyd sal verminder. Persoon 11 het raad van sy spanmaats gevolg en gerus. Wit toetslinge se redes vir die uitstel van die verkryging van professionele hulp het van swart toetslinge en van mekaar verskil. Persoon 9 sowel as persoon 7 het hulp uitgestel as gevolg van die vrees vir die moontlike uittrede van sport. Persoon 4 het nie hulp aangevra nie, omdat sy bang was dat betrokke persone by professionele dienste haar nie sou glo indien sy hulle sou inlig van haar besering nie. Persoon 5 het weer geglo dat die professionele mediese beamptes van geen hulp is in die eerste 48 uur van 'n besering nie, en dat 'n persoon slegs ys moet plaas op die besering.

Ontspanning was nog 'n reaksie wat swart toetslinge na hul beserings gevolg het. Persoon 11 het self die besluit geneem om eers te rus en te ontspan, waar persoon 12 deur spanmaats aangeraai is om eers te ontspan vir 'n tydperk.

Nog 'n reaksie by wit toetslinge was om hulself te blameer vir hul beserings. Persoon 9 het haarself blameer omdat sy nie onmiddellik aandag aan haar pynervaring geskenk het nie. Persoon 7 het gevoel sy het haar liggaam tot op die uiterste beproef en het om hierdie rede haarself blameer vir haar besering.

Verder was teleurstelling nog 'n reaksie by wit toetslinge wat aangevoer is as reaksie op besering en die gepaardgaande pyn. Persoon 9 was teleurgesteld omdat daar sekere doelwitte was wat sy aan haarself gestel het waaraan sy nie sou kon voldoen as gevolg van haar besering nie. Persoon 5 het gevoel dat sy droom vernietig is en het genoem dat hy emosioneel teleurgesteld was.

Persoon 14 se reaksie was om sy vriende wat die valskermongeluk aanskou het, bymekaar te kry met die doel om met behulp van hul insette die gebeure te herbeleef sodat hy begrip vir die ontstaan van sy pynervaring kon verkry.

Persoon 17, 'n bruin proefpersoon, se reaksie op die ervaring van pyn was onmiddellike ontvlugting van pyn deur die gebruik van medikasie.

Dit wil voorkom uit die studie asof sportpersone van verskillende kulture se reaksie op pyn verskil. Die redes wat sportpersone vir hul spesifieke reaksies, ongeag van 'n spesifieke kultuurgroep, aanvoer, blyk ook verskillend te wees en is waarskynlik 'n individuele ervaring.

5.2.3.2 Interpretasie van pyn

Lipton en Marbach (1984) het in hul studie die verskil tussen kultuurgroepe se pynervarings bestudeer. Hulle het 'n beduidende verskil gevind ten opsigte van die verbale erkenning van pyn by persone van verskillende kultuurgroepe. Hul bevinding was dat sekere kultuurgroepe meer gemaklik was om pyn te erken, in teenstelling met persone van ander kulturele agtergrond.

Ontkenning by die toetslinge van hul pyn het meestal gevolg direk na die aanvang van die besering. Hierdie verskynsel is waarskynlik deel van 'n roureaksie waar ontkenning dien as buffer teen die aanvanklike skok wat die toetsling ervaar het (Potgieter, 1997). Erkenning van hul sportbeserings het in die meeste gevalle eers na 'n ruk voorgekom en kan moontlik verklaar word deur die moontlikheid dat die aanvanklike skok dan eers deurgewerk is. Die sportpersone was waarskynlik toe gereed om hulle sportbeserings te erken.

Die betrokke studie se resultate dui daarop dat daar in die drie betrokke kultuurgroepe die geneigdheid bestaan het om hul pyn te erken sowel as om dit te ontken. Hierdie bevinding is teenstrydig met Lipton en Marbach (1984) se bevinding, naamlik dat persone van verskillende kultuurgroepe geneig was om pyn nie tot dieselfde mate te erken nie. 'n Moontlike verklaring is die feit dat Lipton en Marbach se studiepopulasie nie uit sportpersone bestaan het nie en die betrokke kultuurgroepe in die verskillende studies verskil het.

5.2.3.3 Persepsie van pyn

'n Ander bevinding van Lipton en Marbach (1984) was dat persone van verskillende kultuurgroepe se verklaring vir die oorsprong van pyn verskil. In die betrokke studie was daar te min response om enigsins kultuurspesifieke afleidings te maak. Daar was beide eksterne en interne verklarings vir sportpersone se pynervaring, en dit blyk individueel te wees.

Eksterne sowel as interne verklarings is deur sportpersone aangevoer vir hul sportbeserings. Persoon 1 se interne verklaring vir sy besering was dat hy 'n gebrek aan kennis gehad het. Sy respons was soos volg:

... for me it was like a blind spot... I didn't have knowledge of everything... I was training on hard surface... I only realised... only after to speaking to people... what I was doing was not good.

Persoon 10 het 'n eksterne verklaring vir sy pyn gehad; hy het gevoel dat sy sporttoerusting nie voldoende was nie. Sy respons word vervolgens genoem:

... have some trouble with your training shoes... you have to buy another shoes... to change from Mazumu to Nike or Rheebock...

Persoon 7 het gevoel dat sy haar liggaam ooreis het, en het hierdie rede as interne verklaring aangehaal. Haar respons was soos volg:

... dalk te te veel geoefen...myself te hard gedruk... elke dag net erger en erger geword... dit wou nie ophou nie...

5.2.4 Vrae

Sportpersone het aan hulself die volgende vrae tydens rehabilitasie gevra:

Swart toetslinge

- Tydperk van besering
- Wie blameer moet word
- Medici se kennis
- Heksery/voorouergeeste
- Sporttoekoms
- Borge

Wit toetslinge

- Inkomste
- Sporttoekoms
- Mate van herstel
- Eie onaantasbaarheid
- Tydperk van besering
- Geestelike worsteling
- Moontlike uittrede
- Vlak van prestasie
- Hanteringsvaardighede
- Geestelike straf/beproewing
- Doel van lewe
- Herbeserings

Bruin toetslinge

- Sporttoekoms
- Kapteinskap

Persoon 1, 'n swart toetsling, het onsekerheid beleef rondom die medici se kennis van sportbeserings. Hy het die mediese aspek van sy behandeling as negatief ervaar. Dieselfde toetsling het later in die rehabilitasieproses begin vrae vra rondom die moontlikheid of hy getoor kon wees. Sy response volg:

... it was a bad experience in terms of treatment... the people knew nothing about sports injuries... I was left with a question mark that maybe my injury will not stop, because nobody knows about it...

... sometimes you sit down combining anything, that maybe you've been witched or something... somebody doesn't want you to perform...

Die oorweging van persoon 1 van die moontlikheid dat daar hekserie by sy sportbesering betrokke was, vorm waarskynlik deel van sy siektebeskouing. 'n Persoon se siektebeskouing inkorporeer mites, gelowe, waardes, norme, houdings en persepsies wat kultuurgebonde is (Boyle & Andrews, 1989; Spector, 1979; Van Rensburg *et al.*, 1992). Die woorde '*you've been witched... somebody doesn't want you to perform*' van persoon 1 verwys moontlik na:

- (1) Voorouergeeste wat siekte stuur na 'n persoon as straf.
- (2) Hekserie, waar 'n eksterne persoon leed aan 'n ander persoon wil doen.

Volgens Kriel (1996) sowel as Kriel en Mapogole (1998) kan slegs 'n tradisionele geneesheer in die eerste geval 'n persoon genees, en daarom het persoon 1 moontlik ook gevoel dat die Westerse mediese geneesheer nie sy sportbesering voldoende kon behandel nie. Hierdie hipotese is egter in teenstelling met Kriel (1996) se bevinding dat Noord-Sotho's nie sportbeserings beskou as iets wat gestuur is deur voorouergeeste nie, omdat die omstandighede rondom 'n sportbesering gewoonlik duidelik is, en die moontlikheid van onderduimshede daarom uitgesluit is. Hierdie teenstelling kan waarskynlik verklaar word deur die moontlikheid dat persoon 1, alhoewel swart, nie van die Noord-Sotho-agtergrond kom nie. 'n Tweede moontlike verklaring vir die teenstelling is dat 'n sportbesering 'n subjektiewe ervaring is en dat persoon 1 die omstandighede moontlik as onduidelik kon ervaar het.

5.2.5 Bekommernisse

Die volgende is bekommernisse wat sportpersone gedurende die terugkeer na deelnemende sport ervaar het:

Swart toetslinge

- Herbeserings
- Mate van herstel
- Swak sportprestasie
- Verlies aan borge/prysgeld/status

Wit toetslinge

- Herbeserings
- Mate van herstel
- Swak prestasie
- Ander se opinie

Bruin toetslinge

- Herbeserings
- Mate van herstel

Die bekommernisse wat sportpersone gerapporteer het tydens die terugkeer na deelnemende sport was (1) herbeserings en (2) of hulle volkome herstel het. Die bevinding van die teenwoordigheid van herbeserings, as 'n bekommernis, word ondersteun deur Pargman (1993) en Heil (1993) se bevinding dat sportpersone geneig is om bekommernisse met betrekking tot herbeserings te ervaar. 'n Moontlike hipotese vir sportpersone se bekommernis oor die mate waarin hulle herstel het, kan 'n gebrek aan sielkundige herstel insluit. Persoon 1 se respons ondersteun hierdie hipotese:

... there's no one maybe who will take you away from the stress... get your mind ready... you find it's difficult... you lose concentration... you feel like the injury is gonna come...

5.3 Samevatting

Die kognitiewe prosesse van sportpersone blyk om te verskil van mekaar. Daar is geen kultuurspesifieke kennisies tydens die betrokke studie geïdentifiseer nie. Sportpersone van alle kultuurgroepe het denkfoute gemaak, en die tipe denkfoute blyk ook nie kultuurspesifiek te wees nie. 'n Swart toetsling het egter wel voorouergeeste genoem as moontlike oorsaak vir sy besering.

Sportpersone se pynervaring blyk 'n individuele ervaring te wees wat elkeen op sy/haar persoonlike wyse interpreteer en hanteer. Dit wil voorkom asof die reaksie wat sportpersone van verskillende kultuurgroepe op pyn toon, verskil. Die redes vir hierdie pynreaksie verskil tussen al die individue.

5.4 Kritiese beskouing van die studie

5.4.1 Tekortkominge

Die tekortkominge van die studie is soos volg:

- Die aantal toetslinge per kultuurgroep was te min om beduidende afleidings met betrekking tot kulturele aspekte te maak.
- Daar kon 'n gaping voorgekom het tussen die onderhoudvoerder en die toetslinge met betrekking tot kultuurspesifieke aspekte, byvoorbeeld taal, wat begrip kon verminder het.
- Die gebruik van 'n bestaande databasis het veroorsaak dat daar nie spesifieke vrae rondom kulturele aspekte gevra is nie, wat moontlik tot meer duidelikheid in verband met kulturele aspekte kon bydra.

- Daar was geen vroulike bruin toetslinge by die studie betrek nie, bloot as gevolg van onbeskikbaarheid van bruin beseerde sportvroue wat op 'n sekere vlak aan sport deelgeneem het.
- Toetslinge is beperk tot 'n Vrystaat-populasie.
- 'n Gebrek aan finansies het die studie verder ingeperk.

5.4.2 Bydraes

Die betrokke studie het die volgende bydraes gelewer:

- Verskillende hanteringsmeganismes tydens die rehabilitasieproses ná 'n sportbesering is geïdentifiseer, wat verdedigingsmeganismes insluit.
- Daar is 'n bydrae gemaak met betrekking tot kennisies wat nie kultuurspesifiek blyk te wees nie. Hierdie area is nog nie in die sportsielkunde ondersoek nie.
- Sportpersone se verklarings vir hul reaksie op pyn is geïdentifiseer.
- Vrae wat sportpersone tydens rehabilitasie gevra het, is geïdentifiseer.
- Bekommernisse wat sportpersone tydens die terugkeer na sportdeelname ervaar het, is geïdentifiseer.

5.5 Aanbevelings vir toekomstige navorsers

Die volgende aspekte in die vakgebied Sportsielkunde kan verdere navorsing geniet:

- Kultuurverskille kan in die algemeen in sportsielkunde verder ondersoek word.
- Tradisionele geneeshere se invloed op die behandeling van sportbeserings kan verdere navorsing geniet.
- Kognitiewe verskille by kulture kan in die algemeen verder bestudeer word.
- Die gebruik van interne sowel as eksterne lokus van kontrole kan by verskillende kulture ondersoek word.

- Die behoefte onder sportpersone aan sielkundige rehabilitasie ná 'n besering kan bepaal word.

5.6 Implikasies vir die praktyk

Die volgende aanbevelings kan aan persone in die praktyk gebied word:

- Kognitiewe intervensies tydens sielkundige rehabilitasie is belangrik om sportpersone te help om effektiewe hanteringsmeganismes tydens rehabilitasie aan te wend.
- Moontlike gapings wat kultuurverskille kan voortbring moet in ag geneem word.
- Sielkundige intervensies tydens die terugkeer na sport moet aangewend word om sodoende bekommernisse te verlig en selfvertroue by sportpersone te herstel.

Verwysingslys

Alkemeyer, T. & Bröskamp, B. (1996). Strangehood and racism in sports. *Sport Science Review*, 5 (2), 30-52.

American Academy of Pediatrics. (1999). Culturally effective pediatric care: education and training issues. *Pediatrics*, 103 (1), 167-170. [On-line]. Retrieved July 17, 2001 from the World Wide Web:

<http://www.aap.org/policy/re9753.html>

Andersen, M.B. & Williams, J.M. (1988). A Model of stress and athletic injury: Prediction and prevention. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 10, 299-306.

Anshel, M.H., Williams, L.R.T. & Hodge, K. (1997). Cross-cultural and gender differences on coping style in sport. *International Journal of Sport Psychology*, 28 (2), 141-156.

Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Hoeber.

Beck, A.T. & Weishaar, M.E. (1995). Cognitive therapy. In R.J. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (pp. 229-261). Itasca, Illinois: F.E. Peacock Publishers, Inc.

Boyle, J. & Andrews, M.M. (1989). *Transcultural concepts in nursing care*. London: Scott, Foresman and Company.

Corsini, R.J. & Wedding, D. (1995). *Current psychotherapies* (5th ed.). Itasca, Illinois: F.E. Peacock Publishers, Inc.

D'Ardenne, P. & Mahtani, A. (1989). *Transcultural counselling in action*. London: Sage Publications.

UNIVERSITY OF
ILLINOIS

11570385

Ferguson, R. (1998). The leg has healed, but has the mind? *Running Journal*. [Online]. Retrieved January 31, 2001 from the World Wide Web: [Http://www.runningnetwork.com/RunningJournal/tips/276.html](http://www.runningnetwork.com/RunningJournal/tips/276.html)

Fine, G.P. (1993). The biology of pain. In J. Heil (Ed.), *Psychology of sport injury* (pp. 269-280). Champaign, Illinois: Human Kinetics Publishers, Inc.

Foster, D. (1991). Introduction. In D. Foster & J. Louw-Potgieter (Eds.), *Social psychology in South Africa* (pp. 1-23). Johannesburg: Lexicon Publishers.

Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B. & Simon, K.M. (1990). *Clinical applications of cognitive therapy*. New York: Plenum Press.

Gordon, S. & Lindgren, S. (1990). Psycho-physical rehabilitation from a serious sport injury: case study of an elite fast bowler. *The Australian Journal of Science and Medicine in Sport*, **22** (3), 71-76.

Granito, V.J. (2001). Athletic injury experience: a qualitative focus group approach. *Journal of Sport Behavior*, **24** (1), 63-83.

Grove, J.R. & Gordon, A.M.D. (1992). The psychological aspects of injury in sport. In J. Bloomfield, P.A. Fricker & K. D. Fitch (Eds.), *Textbook of science and medicine in sport* (pp. 176-186). Champaign, Illinois: Human Kinetics Publishers, Inc.

Hays, K.F. (1998). *Integrating exercise, sports, movement and mind*. New York: The Haworth Press, Inc.

Heil, J. (1993). *Psychology of sport injury*. Champaign, Illinois: Human Kinetics Publishers, Inc.

Ievleva, L. & Orlick, T. (1991). Mental links to enhanced healing: an exploratory study. *The Sport Psychologist*, **5** (1), 25-40.

Johnson, U. (1998). Psychological risk factors during the rehabilitation of competitive male soccer players with serious knee injuries. *Journal of Sport Science*, **16** (5), 391-392.

Jones, J.G. & Hardy, L. (1990). The academic study of stress in sport. In J.G. Jones & L. Hardy (Eds.), *Stress and performance in sport* (pp.3-16). New York: John Wiley & Sons Ltd.

Kaplan, H.I. & Sadock, B.J (1998). *Synopsis of psychiatry* (8th ed.). New York: Lippincott Williams & Wilkins.

Kiesler, S. & Finholt, T. (1988). The mystery of RSI. *American Psychologist*, **43** (12), 1004-1015.

Kriel, J.D. (1996). Noord-Sotho-beskouinge oor medemense as siekteveroorsakende agente. *South African Journal of Ethnology*, **19**(4), 172-181.

Kriel, J.D. & Mapogole, M.M. (1998). To be clogged up by an impure woman: a male malady among the North Sotho. *South African Journal of Ethnology*, **21** (4), 181-184.

Lipton, J.A. & Marbach, J.J. (1984). Ethnicity and the pain experience. *Social Science and Medicine*, **19** (12), 1279-1298.

Louw, D.A. & Edwards, D.J.A. (1997). *Psychology: an introduction for students in Southern Africa* (2nd ed). Johannesburg: Heinemann.

MacLachlan, M. (1997). *Culture and health*. Chichesler: John Wiley & Sons Ltd. [On-line]. Retrieved July 17, 2001 from the World Wide Web: <http://www.westview.abelgratis.com/topics/culture/culturepain.html>.

Marcolli, C., Schilling, G. & Segesser, B. (2001). Comeback: a mental training program to enhance the rehabilitation process after severe athletic injuries. In A. Papaioannou, M. Goudas & Y. Theodorakis (Eds.), *International Society of Sport*

Psychology 10th World Congress of Sport Psychology, p. 94. Hellas: Christodoulidi Publications.

Meyer, W.F., Moore, C. & Viljoen, H.G. (1997). *Personologie van individu tot ekosisiteem*. Johannesburg: Heinemann.

Mims, B.C. (1989). *Handbook of chronic pain management*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.

Nel, P.D. (1999). *Sportlui se kognitiewe en emosionele belewinge van beserings*. Ongepubliseerde doktorsale proefskrif, Universiteit van Stellenbosch.

Nideffer, R.M. (1985). *Athlete's guide to mental training*. Champaign, IL: Human Kinetics Publishers, Inc.

Nixon, H.L. (1993). Accepting the risks of pain and injury in sport: mediated cultural influences on playing hurt. *Sociology of Sport Journal*, 10 (2), 183-196.

Orlick, T. & Partington, J. (1988). Mental links to excellence. *The Sport Psychologist*, 2, 105-130.

Pargman, D. (1993). *Psychological bases of sport injuries*. Morgantown, WV: Fitness Information Technology, Inc.

Patton, M.Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (2nd ed.). London: Sage Publications, Inc.

Plug, C., Meyer, W.F., Louw, D.A. & Gouws, L.A. (1993). *Psigologie-woordeboek*. Johannesburg: Lexicon Uitgewers.

Poliakoff, M. (1993). Cancer and cultural attitudes. In R. Masi, L. Mensah & K.A. McLeod (Eds). *Health and cultures I: Policies, professional practise and education*. New York: Mosaic Press.

Post, L.F., Blustein, J., Gordon, J. & Dubler, N.N. (1996). "Pain: ethics, culture, and informed consent to relief". *Journal of Law, Medicine & Ethics*, **24** (4), 348-359. [On-line]. Retrieved July 17, 2001 from the World Wide Web: http://www.aslme.org/research/mayday_jlme/24.4h.html

Potgieter, J.R. (1997). *Sportsielkunde: teorie en praktyk*. Stellenbosch: Instituut vir Sport- en Bewegingstudie.

*QSR NUD*IST + user guide*. (1995). Thousand Oaks, CA: Sage.

Showalter, S. (2001). Culture and pain: healthcare professional version. [On-line]. Retrieved July 17, 2001 from the World Wide Web: <http://www.nursing.uiowa.edu/sites/AdultPain/GenePain/Cultutt.htm>

Si, G. & Chung, P.K. (2001). East meets West - indigenous and cross-cultural analysis of sport and exercise psychology. In A. Papaioannou., M. Goudas & Y. Theodorakis (Eds.), *International Society of Sport Psychology 10th World Congress of Sport Psychology* (pp. 41-47). Hellas: Christodoulidi Publications.

Silva, J.M. & Hardy, C. H. (1984). Precompetitive affect and athletic performance. In W.F. Straub & J.M. Williams (Eds.), *Cognitive sport psychology* (pp.79-88). New York: Sport Science Associates.

Smit, J. (1987). Traditional medicine and belief in customs affecting the health of people in Malawi (formerly Nyasaland) from 1860-1927. *Curationis*, **10** (3), 15-19.

Smith, P.B. & Bond, M.H. (1993). *Social psychology across cultures analysis and perspectives*. New York: Harvester Wheatsheaf.

Smith, W.D. (1978). Black perspectives on counselling. In G.R. Walz & L. Benjamin (Eds.), *Transcultural counselling: needs, programs and techniques* (pp.83-110). New York: Human Sciences Press.

Spector, R.E. (1979). *Cultural diversity in health and illness*. New York: Appleton-Century-Crofts.

Stone, J., Lynch, C., Sjomeling, M. & Darley, J.M. (1999). Stereotype threat effects on black and white athletic performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77 (6), 1213-1227.

Udry, E., Gould, D., Bridges, D. & Beck, L. (1997). Down but not out: athlete responses to season-ending injuries. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 19, 229-248.

Van Mechelen, W., Hlobil, H. & Kemper, H.C. (1992). Incidence, severity, aetiology and prevention of sport injuries. *Sport Medicine*, 320-335. [Multi-media CD-ROM]

Van Rensburg, H.C.J., Pretorius, E. & Fourie, A. (1992). *Gesondheidsorg in Suid-Afrika*. Pretoria: Academica.

Wiechman, S. (1997). Relation of athletic identity to injury and mood disturbance. *Journal of Sport Behavior*, 20 (2), 1999.

Wiese-Bjornstal, D.M., Smith, A.M., Shaffer, S.M. & Morrey, M.A. (1998). An integrated model of response to sport injury: psychological and sociological dynamics. *Journal of Applied Sport Psychology*, 10 (1), 46-69.

Williams, J.M. & Andersen, M.B. (1998). Psychosocial antecedents of sport injury: review and critique of the stress injury model. *Journal of Applied Sport Psychology*, 10, 5-25.

Wills, F. & Sanders, D. (1997). *Cognitive therapy - transforming the image*. London: Sage Publications.

Wilson, H.S. & Kreisl, C.R. (1996). *Psychiatric nursing* (5th ed.). Menlo Park, California: Addison-Wesley Nursing.

Opsomming

Hierdie navorsing het ten doel gehad om kennis aangaande kulturaliteit in die sportsielkunde uit te brei en kennis tydens rehabilitasie van 'n sportbeseering te ondersoek. Sportpersone se kognitiewe ervarings blyk onderling te verskil.

Toetslinge van verskillende ouderdomme, geslagte, kultuuragtergronde en sportsoorte is by die studie betrek. Kultuurgroepe wat by die studie ingesluit is, was swart-, wit- en bruin sportpersone. Toetslinge het onderskeidelik deelgeneem op provinsiale-, nasionale- en internasionale vlak van kompetisies. Toetslinge kon vir 'n minimum van twee maande nie aan hul sportsoorte deelneem nie as gevolg van hul sportbeseerings.

Daar is tydens 'n loodsstudie gebruik gemaak van 'n gestruktureerde vraelys. Hierdie vraelys het egter die invordering van data beperk en is daarom slegs ontwikkel en gefinaliseer as 'n semi-gestruktureerde onderhoudsgids. Onderhoude is dan met behulp van hierdie onderhoudsgids gevoer. Onderhoudsvrae was daarop gemik om 'n beskrywing van sportpersone se kennis tydens rehabilitasie uit te lok. Die volgende kognitiewe prosesse is ondersoek:

- Hanteringsmeganismes
- Kennis
- Pynervaring
- Vrae
- Bekommernisse

Bandopnames is van die onderhoude geneem en dit is getranskrieer na getikte vorm. Die inligting is hierna deur die *QSR NUD*IST* - rekenaarprogram gekodeer en geanaliseer. Hierdie rekenaarprogram is spesifiek ontwerp om kwalitatiewe data-verwerking te behartig. Die betroubaarheid is deur die proses van triangulasie verhoog, waar 'n tweede analiseerder by die data-ontledings betrek is. Verskille is bespreek totdat konsensus tussen die analiseerders bereik is.

Sportpersone se kognitiewe ervaringe tydens rehabilitasie ná 'n sportbesering blyk individueel te wees. Kultuurspesifieke kennisies is nie deur die studie geïdentifiseer nie. Sportpersone se pynervaring blyk 'n individuele ervaring te wees waarop elkeen verskillend reageer. Sportpersone het ook verskeie verklarings vir hul pynervarings aan die hand gedoen. Hanteringsmeganismes wat sportpersone aangewend het tydens rehabilitasie is geïdentifiseer. Verder is die vrae en bekommernisse waarmee sportpersone tydens rehabilitasie gekonfronteer word, geïdentifiseer.

Die doelwit van die navorsing is bereik deurdat kognitiewe prosesse van sportpersone geïdentifiseer is en bydraes gelewer is met betrekking tot kulturaliteit in die sportsielkunde.