

.b140 925 30

U.O.V.S. BIBLIOTEK

**HIERDIE EKSEMPLAAR MAG ONDER
GEEN OMSTANDIGHEDEN UIT DIE
BIBLIOTEK VERWYDER WORD NIE**

University Free State



34300001167661

Universiteit Vrystaat

**Die doeltreffende kommunikasie van beserings aan
sportlui deur medici**

deur

Elanie Oosthuizen

Voorgelê ter gedeeltelike vervulling van die vereistes vir die graad

Magister Artium (Kliniese Sielkunde)

in die Fakulteit Geesteswetenskappe, Departement Sielkunde,

aan die Universiteit van die Vrystaat.

Studieleier: Dr. P.D. Nel
Mede-studieleier: Prof. P.M. Heyns

April 2002

Un'ersiteit van die
Oranje-Vrystaat
BLOEMFONTEIN
21 OCT 2002
UOVS SASOL BIBLIOTEE

Ek verklaar dat die verhandeling wat hierby vir die graad MA 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 op die verhandeling ten gunste van die Universiteit van die Vrystaat.

E. Oosthuizen

23 April 2002

Elanie Oosthuizen

Datum

BEDANKINGS

My opregte dank aan:

- Dr. P.D. Nel, vir al die leiding, hulp en opofferings.
- Prof. P.M. Heyns, vir u begrip, opregtheid en ervare leiding.
- Dr. K.G. Esterhuyse, vir die hulp met die statistiese verwerkings.
- Zarien, vir die advies en belangstelling.
- Elsabè Pepler, vir advies en die hulp met die verkryging van literatuur.
- My vriende, vir julle bemoediging en begrip.
- Chris, omdat jy altyd in my glo en vir die tyd wat jy my gedra het. Jy was en is steeds 'n groot inspirasie vir my.
- My gesin, vir julle bystand, emosionele ondersteuning en opregte liefde.
- MY SKEPPER, omdat al die eer en verheerliking U alleen toekom.

Vir my ouers...

SUMMARY

There is general concern about an increase in the incidence of sports injuries as participation in sport becomes more popular at all levels. A holistic approach to the rehabilitation of sports injuries can enable sportsmen and women to recover from injury more rapidly.

The purpose of this study was to investigate the relationship between the way in which medical professionals communicate details about sports injuries to sportsmen and women, and the attitudes of these sportsmen and women towards the subsequent treatment plan. The research group consisted of 20 injured sportsmen and women that had been participating in sport at provincial level at least. The 20 interviews were individually assessed by two judges in order to determine whether, in the opinion of the sportsman or woman concerned, the details of his/her injury were communicated to him/her in an effective manner. The injured sportsman's or sportswoman's attitude towards the treatment plan was determined in a similar way.

Only 15% of the injured sportsmen and women were of the opinion that the doctor displayed empathy when communicating the details of their injuries to them. In contrast, 75% indicated that the medical professional did in fact communicate with them in a straightforward, clear and meaningful way. With regard to attitude, the majority of sportsmen and women (55%) experienced the treatment plan positively, while 45% experienced the treatment plan negatively.

No significant relationship was found between the way in which details of injuries are communicated to sportsmen and women, and their attitude towards the subsequent treatment plan. A recommendation is made for the further investigation of the importance of non-verbal communication between medical professionals and sportsmen and -women.

KEY TERMS: Psychology; Sports injury; Communication; Criteria of effective verbal communication; Attitude; Rehabilitation programme; Athletes; Medical professionals; Recommendations; South-Africa.

OPSOMMING

Daar is 'n algemene besorgdheid oor die toenemende voorkoms van sportbeserings namate deelname aan sportaktiwiteite toeneem. 'n Holistiese benadering tot die rehabilitasie van sportbeserings kan sportlui instaat stel om vinniger van sportbeserings te herstel.

Die doel van hierdie studie was om ondersoek in te stel na die verband tussen die wyse waarop beserings deur medici aan sportlui gekommunikeer word en laasgenoemde se houding teenoor die daaropvolgende behandelingsplan. Die navorsingsgroep het uit 20 beseerde sportpersone bestaan wat sport minstens op provinsiale vlak beoefen het. Die reeds getranskribeerde 20 onderhoude is deur twee beoordelaars ontleed ten einde te bepaal of die besering volgens die sportlui op 'n doeltreffende wyse aan hom/haar gekommunikeer is. Die beseerde sportlui se houding teenoor die behandelingsplan is op soortgelyke wyse bepaal.

Slegs 15% van die beseerde sportlui was van mening dat die dokter met empatie gekommunikeer het. In teenstelling hiermee het 75% aangedui dat die medici wel reguit, duidelik en betekenisvol gekommunikeer het. Met betrekking tot die houding teenoor die behandelingsplan, het die meerderheid sportlui (55%) die behandelingsplan as positief ervaar, terwyl 45% dit as negatief ervaar het.

Daar is nie 'n beduidende verband gevind tussen die wyse waarop beserings aan sportlui gekommunikeer word en hul houding teenoor die daaropvolgende behandelingsplan nie. Aanbevelings om die belangrikheid van nie-verbale kommunikasie tussen medici en beseerde sportlui verder te ondersoek, word gemaak.

KERN BEGRIPPE: Sielkunde; Sportbeserings; Kommunikasie; Kriteria vir effektiewe verbale kommunikasie; Houding; Rehabilitasieprogram; Sportlui; Medici; Aanbevelings; Suid-Afrika.

INHOUDSOPGAWE	BLADSY
INLEIDING	1
LITERATUURSTUDIE	2
Sportbeserings	2
Die verband tussen stres en sportbeserings.....	3
Faktore wat die voorkoms van sportbeserings kan beïnvloed.....	3
Sportlui se emosionele reaksie op besering.....	5
Sielkundige dimensies van die rehabilitasie van sportbeserings.....	7
Proses van kommunikasie	8
Doeltreffende verbale kommunikasie.....	10
Riglyne vir doeltreffende verbale kommunikasie.....	14
Houdings	16
Houdingsamestelling.....	17
Houdingsverandering.....	18
METODE	21
DOELSTELLINGS VAN ONDERSOEK	21
ONDERSOEKGROEP	22
AARD VAN DIE ONDERSOEK	22
MEETINSTRUMENTE	22
PROSEDURE	23

RESULTATE EN BESPREGING	26
Die aanwesigheid van elemente van doeltreffende kommunikasie by die ondersoekgroep.....	26
Sportlui se houding teenoor die behandelingsplan.....	29
Die verband tussen die wyse waarop beserings aan sportlui gekommunikeer word en hul houding teenoor die voorgestelde behandelingsplan.....	31
OORSIG VAN DIE BELANGRIKSTE BEVINDINGE	33
LEEMTES	34
AANBEVELINGS	35
SLOTSOM	35
BRONNELYS	36

LYS VAN TABELLE

BLADSY

Tabel 1: Die aanwesigheid van die elemente van doeltreffende kommunikasie tussen die sportlui en die medici soos deur die geïdentifiseerde kriteria bepaal.....	27
Tabel 2: Aanhalings uit die onderhoude om die aanwesigheid van die verskillende kriteria aan te dui.....	28
Tabel 3: Die frekwensiedistribusie van die ondersoekgroep rakende hul houding teenoor die behandelingsplan.....	30
Tabel 4: Aanhalings uit die onderhoude wat na sportlui se houding teenoor die behandelingsplan verwys.....	31
Tabel 5: Chi-kwadraatwaardes vir die toets van 'n verband tussen die aard van kommunikasie waarvolgens beserings aan sportlui gekommunikeer is en hul houding teenoor die behandelingsplan.....	32

DIE DOELTREFFENDE KOMMUNIKASIE VAN BESERINGS AAN SPORTLUI DEUR MEDICI

INLEIDING

Die aantal sportbeserings sowel as die voorkoms van nuwe sportbeserings is aan die toeneem. Crossman (1997) meld dat navorsers in sportbeserings die laaste dekade al hoe meer bewus geword het van die rol van sielkundige veranderlikes in die ontstaan en herstel van sportbeserings. Volgens Crossman kan die ingesteldheid van sportmedici teenoor beseerde sportlui laasgenoemde se houding teenoor herstel beïnvloed. Veral Potgieter (1997) beklemtoon die belangrikheid van die beseerde atleet se houding in feitlik alle vorme van rehabilitasie. Hy is verder van mening dat die voorsiening van effektiewe inligting rakende hul beserings en die rehabilitasieproses meer beheer aan sportlui bied oor hul vordering.

Volgens St. Clair Gibson, Gillies, Bellinger, Bold en Lambert (1995) kan die onsekerheid oor die aard van 'n besering by sportlui toegeskryf word aan onvoldoende kommunikasie deur die betrokke sportmedici. Die dokter kan volgens hierdie siening beskou word as 'n interaksionele vennoot wat 'n sentrale rol in die pasiënt se welstand en gesondheid speel (Verwey & Crystal, 1998).

Volgens Samples (1990) het atlete 'n behoefte aan dokters wat effektief kan luister en wat oop is vir onderhandeling. Die probleem, volgens Samples, is egter dat die meeste dokters hul pasiënte binne die eerste 18 sekondes van die onderhoud in die rede val. Dit wil dus voorkom of dokters hul luistervaardighede kan verbeter. Aansluitend hierby dui Gambardella (1999) daarop dat die kommunikasie tussen dokter en pasiënt die belangrikste faktor is om te bepaal hoe die pasiënt na 'n operasie kan voel. Swak kommunikasie tussen dokter en pasiënt kan dus lei tot onrealistiese verwagtinge en frustrasie. Laastens beveel Wiese-Bjornstal, Smith, Shaffer en Morrey (1998) aan dat doelbewuste stappe

geneem moet word om die kommunikasie tussen beseerde sportlui en medici te verbeter.

Gordon, Millios en Grove (1991) het die behoefte aan verdere navorsing geïdentifiseer oor die doeltreffende behandeling van beserings, met spesifieke verwysing na kommunikasievaardighede. Dus kan doeltreffende kommunikasie tussen sportmedici en die beseerde sportlui as 'n integrerende deel van die rehabilitasieproses beskou word (Crossman, 1997).

Vir die doeleindes van hierdie studie sal daar uitsluitlik op verbale kommunikasie tussen die beseerde sportlui en sportmedici, soos deur die beseerde sportlui verskaf, gefokus word.

In die teoretiese oorsig word daar na die volgende aspekte gekyk: die sielkunde van sportbeserings, verbale kommunikasie en houdings. Hierdie oorsig fokus meer spesifiek op die proses van kommunikasie asook doeltreffende kommunikasie. Die aspek van houding is ook van naderby ondersoek met spesifieke verwysing na die dokter-pasiënt-interaksie.

LITERATUURSTUDIE

Sportbeserings

Potgieter (1997) toon aan dat die fisieke en sielkundige eise wat aan elite sportlui gestel word, die voorkoms van sportbeserings feitlik onvermydelik maak. Sachs, Sitler en Schwille (1993: 76) wys egter ten opsigte van beserings daarop dat:

To date, however, no universally agreed upon definition of what constitutes an injury has been established, although three generally accepted classification criteria include (a) time loss from participation, (b) anatomical tissue diagnosis and (c) medical consultation.

Die verband tussen stres en sportbeserings

Daar is 'n verskeidenheid fisieke, sielkundige en sosiale faktore wat tot beserings mag lei. Die moontlikheid bestaan dus dat elke sportsituasie potensieel stresvol is en die voorkoms van beserings kan beïnvloed (Potgieter, 1997). Volgens Andersen en Williams (1988) se model van stres en beserings word 'n atleet se respons tot 'n situasie gekenmerk deur sy/haar kognitiewe beoordeling van die situasie, asook sy/haar fisiologiese en aandagsreaksie daarop.

Indien die atleet van mening is dat sy/haar vermoëns aan die eise van die situasie voldoen, kan die situasie potensieel vir hom/haar minder stresvol wees. Aan die ander kant kan die stresrespons tot die situasie aansienlik hoër wees indien sy/hy van mening is dat die waargenome eise sy/haar vermoëns oorskry. Dus is 'n toename in spierspanning een van die belangrikste fisiologiese response tot stres en dit kan lei tot 'n verlies aan koördinasie en soepelheid. Verder word aangevoer dat stres ook kan lei tot 'n vernouing van aandagfokus. Laasgenoemde kan 'n negatiewe effek hê op die atleet se vermoë om die situasie te analiseer. Dit kan aanleiding gee tot 'n besering (Andersen & Williams, 1988).

Faktore wat die voorkoms van sportbeserings kan beïnvloed

Drie veranderlikes word geïdentifiseer wat 'n invloed op die voorkoms van beserings mag hê, naamlik die atleet se vermoë om stres te hanteer, sy/haar persoonlikheid en sy/haar geskiedenis van stressors (Andersen & Williams, 1988).

Hierdie drie veranderlikes behels die volgende:

Effektiewe hanteringsvaardighede ten opsigte van stres kan 'n positiewe rol in die stres-besering verband speel. Williams, Tonyman en Wadsworth (1986) voer verder aan dat 'n gebrek aan algemene hanteringsbronne 'n direkte assosiasie met sportbeserings het. Hanteringsbronne kan sowel persoonlike bronne soos tydsbestuur en eetgewoontes asook sosiale ondersteuning insluit. Die

teenwoordigheid van 'n ondersteunende sosiale netwerk, soos vriende en familie kan die atleet dus help om stres as gevolg van beserings beter te hanteer (Nel, 1999).

Wat die verband tussen persoonlikheid en die voorkoms van beserings betref, dui Andersen en Williams (1988) daarop dat sekere persoonlikheidseienskappe daartoe kan lei dat sommige individue meer/minder situasies en gebeure as stresvol ervaar. Elite sportlui is gewoonlik sosiaal meer ekstrovert en besit beter stresshanteringsmeganismes as die nie-elite sportlui (Vanden Auweele, De Cuyper, Van Mele & Rzewnicki, 1994). Aansluitend hierby dui Nel (1999) daarop dat ekstroverte geneig is om hoër pyndrempels te openbaar, terwyl die introvert sielkundig dieper deur 'n besering geraak kan word. Volgens Potgieter (1997) is atlete met die persoonlikheidstrek van gehardheid minder geneig om beseer te raak. Gehardheid kan dien as 'n weerstandsbuffer teen die effek van stresvolle gebeurtenisse. Individue met gehardheid as 'n persoonlikheidstrek is ook geneig om verandering as 'n uitdaging te beskou (Nel, 1999). In dieselfde lig word aangevoer dat sensasiesoekers geneig is om sportsituasies as minder stresvol te ervaar en gevolglik minder vatbaar vir beserings kan wees. 'n Moontlike verklaring hiervoor kan wees dat hierdie individue die gebeure en daaglikse probleme van sportlui beter kan hanteer. Die behoefte aan verdere navorsing is geïdentifiseer om 'n tipiese profiel van die sogenaamde beseringsgeneigde persoonlikheid saam te stel (Potgieter, 1997).

Die derde veranderlike, naamlik die atleet se geskiedenis van stressors sluit lewensgebeure, daaglikse irritasies en vorige beserings in. Potgieter (1997) verwys na lewensgebeure as beduidende veranderinge in 'n persoon se normale lewe, byvoorbeeld die dood van 'n familielid of egskeiding. Dit is dus moontlik dat beserings kan toeneem met 'n toename in lewensgebeure en afneem met 'n toename in sosiale ondersteuning (Hardy, Richman & Rosenfeld, 1991).

Die verband tussen daaglikse irritasies en die voorkoms van beserings kan verklaar word deur aan te voer dat die voorkoms van daaglikse irritasies die atleet se vermoë om stres te hanteer, kan afbreek (Potgieter, 1997).

Miller, Vaugh en Miller (1990:372) verklaar ten opsigte van daaglikse irritasies dat:

“Losing sleep, a price rise in the weekly food bill, and breaking glass may ultimately affect health more than deaths, divorces and pregnancies.”

Volgens Andersen en Williams (1988) is die erns van vorige beserings belangrik in die voorspelling van moontlike toekomstige beserings. Dit kan dus beteken dat 'n kort hersteltidperk, na 'n ernstige besering, onvoldoende vir die atleet sal wees om sielkundig aan te pas. Hiervolgens word aangevoer dat die atleet wel fisies gereed kan wees vir hertoetreding tot die sportarena, maar terselfdertyd gevoelens van angst, self-twyfel en werklike vrees vir 'n herbesering kan ervaar.

Sportlui se emosionele reaksie op besering

Wiese-Bjornstal, Smith en LaMott (1995) het aangetoon dat sportbeserings op sielkundige vlak kognitiewe, emosionele en gedragsresponse beïnvloed. Volgens Daly, Brewer, Van Raalte, Petitpas en Sklar (1995) is daar 'n beduidende korrelasie tussen beseerde sportlui se kognitiewe waardeoordele en hul gemoedsteurnisse. Daar is gevind dat die atleet se selfpersepsie, selfwaarde en selfvertroue deur die ervaring van 'n sportbesering beïnvloed kan word. Hierdie selfpersepsies kan dan weer verder die atleet se emosionele en gedragsresponse op die besering beïnvloed (Wiese-Bjornstal et al. 1998).

Verder wys Nel (1999) daarop dat atlete se gedragsimptome met betrekking tot beserings moontlik opgedeel kan word in twee groepe, naamlik:

- Reaktiewe gedrag, byvoorbeeld jaloesie, nie-aanvaarding van besering, onttrekking en agitatie.

- Pro-aktiewe gedrag, byvoorbeeld aanvaarding van die besering asook verantwoordelikheid, luister na advies en samewerking met die medici.

Sportlui bestee baie tyd aan sport en dit maak hulle kwesbaar vir emosionele reaksie op beserings. Depressie, woede, spanning, angs en verlies aan eie waarde kan deel vorm van die emosionele reaksies op beserings (Potgieter, 1997). Diè emosionele stadia wat atlete na 'n besering beleef kan ooreenstem met die van terminale pasiënte. Aansluitend hierby voer Nideffer (1983) aan dat individue ongeag die tipe verlies wat ervaar word, dieselfde tipe gedragspatrone tydens verlies ervaringe kan toon.

Derhalwe is Kübler Ross (1969) se vyfstadium model dus dalk toepaslik om sportlui se emosionele reaksie op beserings te bestudeer.

Die vyf fases van rou/verlies behels die volgende:

- Ontkenning vorm die eerste fase van hierdie model. Dit kan dus beteken dat atlete die erns van hul beserings ontken en met deelname aan sport voortgaan.
- Die tweede fase word meestal gekenmerk deur woede. Hierdie woede kan . - Volgens Potgieter (1997) kan atlete ook irrasionele denke rondom die besering, byvoorbeeld ongegronde gevolgtrekkings, tydens hierdie stadium beleef.
- Die derde fase behels 'n proses van onderhandeling. Die beseerde atleet kan probeer om met die dokter te onderhandel om hom/haar byvoorbeeld vir 'n kompetisie fiks te verklaar.
- Die vierde fase word gekenmerk deur gevoelens van depressie. Dit is ook tipies van hierdie atleet om homself/haarself te onttrek en van ander te isoleer. Die beseerde atleet kan selfs belangstelling in die sport verloor en oor sy/haar besering treur en droefheid ervaar (Nel, 1999). Dit beteken egter nie dat alle beseerde atlete gevoelens van depressie sal ervaar nie. Navorsers voer verder aan dat die minderheid van beseerde atlete wel vlakke van 'n kliniese depressie ervaar (Brewer, Petitpas, Van Raalte, Sklar & Ditmar, 1995; Leddy, Lambert & Ogles, 1994; Smith & Milliner, 1994).

- Die finale stadium behels die aanvaarding van die werklikheid. Aanvaarding is 'n aanduiding van die afwesigheid van die emosies wat vooraf deurgewerk is. Dit beteken egter nie dat die atleet nie met tye wel emosionele laagtepunte kan beleef nie.

Sielkundige dimensies van die rehabilitasie van sportbeserings

Die holistiese benadering tot sportbeserings bring mee dat daar meer op die sielkundige dimensies van rehabilitasie gefokus moet word. Sportlui as 'n geheel moet behandel word en nie net die besering nie (Potgieter, 1991). Die ideale benadering tot beseringsrehabilitasie behels dus die integrasie van beide sportsielkunde en sportgeneeskunde. Die interaksie tussen hierdie twee velde is egter nog nie beproef nie en daarom is dit moontlik dat die kompleksiteit van beserings nie altyd voldoende aandag geniet nie (Flint, 1998).

Die sielkundige dimensies van rehabilitasie vorm saam met die fisiese dimensies deel van die herstelproses na 'n sportbesering. Die atleet kan fisiek gereed wees om terug te keer na kompetisiesport, terwyl sy/haar sielkundige aanpassing by die besering nog nie voltooid is nie (Potgieter, 1991). Hierdie stelling word ondersteun deur Rotella en Heyman (1986) wat daarop dui dat angs, onsekerheid en vrees vir 'n herbesering atlete se prestasievermoëns kan beïnvloed. Gevolglik kan die sielkundige dimensies van sportbeserings vandag met reg beskou word as 'n integrerende deel van die rehabilitasieprogram en wel om die volgende redes (Faris, 1985):

- Die meeste sportlui se selfwaarde hou verband met hul fisieke welstand en hul vermoëns om in 'n bepaalde sportsoort te presteer.
- Die doelwitte van die rehabilitasieproses kan deur die emosionele toestand van beseerde sportlui beïnvloed word.
- 'n Positiewe houding onder sportlui kan lei tot verbeterde aandag en deelname aan die voorgestelde behandelingsplan. Dit mag dus beteken dat die kans op suksesvolle resultate, van die rehabilitasieproses, verhoog word.

Volgens Faris (1985) is dit belangrik dat die dokter bewus moet wees van die atleet se emosionele reaksie op 'n besering. Eldridge (1983) stem saam dat dokters meer aandag aan die sielkundige dimensies van beseerde sportlui moet gee aangesien emosies hierby betrokke is. Soos reeds genoem is emosies soos angs, woede en depressie normale response tot 'n traumatiese besering. Sportlui kan verder ook meer as een keer deur hierdie siklus van emosies beweeg alvorens die rehabilitasieproses voltooid is. Dus beteken dit dat beseerde sportlui se prominente emosies soos angs, woede en depressie tydens die rehabilitasieproses aangespreek moet word (Faris, 1985).

Volgens MacDonald (1995) is die moontlike assessering en die maak van 'n diagnose uiters noodsaaklik in die effektiewe behandeling en rehabilitasie van sportbeserings. Hier word meer spesifiek verwys na 'n multidissiplinêre spanbenadering wat uit die volgende kan bestaan, naamlik dokters, biokinetici, fisioterapeute en sportsielkundiges. Empatie is egter 'n kernaspek van die rehabilitasieproses. Hierdie empatie kan verhoog word deurdat beide dokter en afrigter pogings aanwend om die gevoelens van die atleet beter te verstaan (Potgieter, 1991). Dit kan dus beteken dat doeltreffende kommunikasie tussen die sportmedici en die beseerde sportlui uiters noodsaaklik is.

Proses van kommunikasie

Volgens Kriek (1997) behels kommunikasie breedweg die mededeling en vertolking van boodskappe en is dit 'n proses waartydens betekenis tussen twee of meer mense geskep word. Menslike kommunikasie bestaan uit verskeie identifiseerbare eienskappe wat as basis vir die kommunikasieproses kan dien, naamlik: dit is 'n proses, dit is transaksioneel en laastens ook multidimensioneel (Northouse & Northouse, 1998).

Vervolgens word na elkeen van die identifiseerbare eienskappe verwys:

- Menslike kommunikasie is 'n dinamiese proses wat voortdurend kan verander. Volgens Northouse en Northouse (1998) kan die fisieke-, emosionele- en sosiale

stand van die betrokke individue tydens kommunikasie verander en dus opsigself weer tot verandering binne die interaksie lei. Berlo (1960:24) omskryf die proses van kommunikasie soos volg:

"It does not have a beginning, an end, a fixed sequence of events. It is not static, at rest. It is moving".

- Kommunikasie is beide transaksioneel en multi-dimensioneel. Transaksioneel kan verwys na die wedersydse invloed van die betrokke individue tydens interaksie op mekaar. Met ander woorde, elke individu is terselfdertyd beide die bron en ontvanger van die boodskap. Transaksionele kommunikasie fokus op die kommunikasiegedrag van individue in verhoudings en nie op individuele karaktertrekke nie. Die klem val dus op menslike kommunikasie binne verhoudings as 'n twee-persoonproses.

- Multidimensioneel verwys na die inhouds- en verhoudingsdimensie van kommunikasie. Die inhoudsdimensie verwys na die woorde, taal en die informasie binne die boodskap. Aan die ander kant verwys die verhoudingsdimensie na daardie aspekte van 'n boodskap wat aandui op watter wyse die individue aan mekaar verwant is (Northouse & Northouse, 1998). Aansluitend hierby verwys Watzlawick, Beavin en Jackson (1967) na gesonde verhoudings as die proses waartydens die verhoudingsdimensie van kommunikasie na die agtergrond verskuif, terwyl die inhoudsdimensie van die boodskap as meer belangrik geag word.

Die kommunikasie van beserings aan sportlui deur die betrokke sportmedici kan dus as 'n voortgaande dinamiese proses beskou word. Kaplan (1997) lê egter sterk klem op die vestiging van 'n verhouding tussen sportmedici en beseerde sportlui, wat volkome afhanklik is van transaksionele kommunikasie.

Daar bestaan verskeie kommunikasiemodelle wat poog om die kommunikasieproses te verduidelik. Een so 'n model is die kommunikasieteorie van Berlo (in Kriek, 1997). Hy beeld kommunikasie uit in terme van die BBKO (bron, boodskap, kanaal, ontvanger)-model. Hierdie model verteenwoordig 'n kommunikasieproses waar kommunikasievaardighede, ingesteldheid, kennis, die sosiale sisteem en kultuur 'n groot invloed op doeltreffende kommunikasie uitoefen. Hierdie faktore is op beide die sender en ontvanger van die boodskap van toepassing. Hiervolgens bestaan alle boodskappe uit verskillende elemente, strukture, inhoud, kodes en verwerkings. Die boodskap word dan deur middel van 'n kanaal vanaf die mededeler na die ontvanger oorgedra. Die kanaal kan sig, gehoor, gevoel, reuk of smaak behels. Die ontvanger van die boodskap sal laastens die boodskap vanuit sy/haar eie verwysingsraamwerk interpreteer (Kriek, 1997; Northouse & Northouse, 1998).

White (1995: 352) voer verder aan dat kommunikasie vandag as die invloedrykste instrument binne die geneeskunde beskou kan word. Hierdie outeur motiveer sy stelling soos volg:

"Lack of good communication skills is the major reason why patients leave a practice".

Doeltreffende verbale kommunikasie

Verbale kommunikasie word beskou as die effektiwste vorm van kommunikasie en behels die verskaffing van inligting, die gee van instruksies en die formulering van vrae (Potgieter, 1997). Tubbs en Moss (1994) verwys verder na begrip, genot, houdingsbeïnvloeding, verbeterde verhoudings en optrede as vyf moontlike uitkomstes van doeltreffende kommunikasie. 'n Volledige uiteensetting van die vyf uitkomstes volg egter later in die navorsingsverslag.

In 'n studie deur Anon (1993) oor die verwagtings van Suid-Afrikaanse pasiënte jeens algemene praktisyns, beweer 82% dat die dokter hul verwar het, terwyl

59% van mening was dat die konsultasies gejaagd was. Uit laasgenoemde studie blyk dit ook dat die gebruik van mediese en tegniese terminologie as 'n probleemarea in die dokter-pasiënt-interaksie geïdentifiseer kan word. Verwey en Crystal (1998) stem egter saam met Anon dat die dokter-pasiënt-interaksie, met spesifieke verwysing na kommunikasie, 'n definitiewe effek op die resultate en tevredenheid van die pasiënt het.

Tydens 'n opname, deur Verwey en Crystal (1998), gedoen by die mediese fakulteite van verskeie Suid-Afrikaanse universiteite, is daar gevind dat die belangrike rol van kommunikasie binne gesondheidsorg nie die nodige erkenning kry nie. Die Universiteit van die Vrystaat was die enigste van ses instansies wat 'n ses-maande-kursus in mediese kommunikasie as deel van die opleiding van aspirant dokters ingesluit het. Daar heers dus 'n behoefte aan opleiding in vaardighede vir doeltreffende kommunikasie binne gesondheidsorg .

Vir die doeleindes van hierdie studie en as raamwerk vir doeltreffende kommunikasie sal die uiteensetting van Tubbs en Moss (1994) se vyf uitkomstes van doeltreffende kommunikasie gebruik word. Volgens hierdie outeurs word doeltreffende kommunikasie bepaal aan die hand van die uitkomstes wat tydens boodskappe produseer word. Doeltreffende kommunikasie kan dus as 'n funksie van die kommunikasieproses beskou word. Die vyf moontlike uitkomstes van doeltreffende kommunikasie is:

- Begrip: Volgens Tubbs en Moss (1994) vind doeltreffende kommunikasie plaas wanneer die ontvanger van die boodskap 'n akkurate begrip van die inhoud van die boodskap reflekteer. Indien die sender nie 'n persoon se standpunt kan verander nie, beteken dit nie noodwendig dat die boodskap verkeerd verstaan is nie. Dit wil sê dokters moet boodskappe in eenvoudige begrippe aan beseerde sportlui oordra. Aansluitend hierby kan melding gemaak word van die studies van Martens (1987), Nash (1995), Verwey en Crystal (1998) wat daarop dui dat medici hul boodskappe by die verwysingsraamwerke van hul pasiënte moet aanpas. Terselfdertyd kan die gebruik van mediese terminologie deur medici hul

pasiënte gefrustreerd en verward laat voel. Potgieter (1997) ondersteun hierdie stelling deur daarop te dui dat die dokter se taalgebruik gepas moet wees. Hiervolgens word aangevoer dat medici daarteen moet waak om nie 'n taal te gebruik wat atlete, byvoorbeeld jong kinders, te ingewikkeld vind nie.

Sportlui raak verward wanneer hulle onseker is oor die aard van hul beserings en/of rehabilitasieproses. Dokters kan egter hierdie probleem oorkom deur vollediger inligting aan sportlui insake beserings en rehabilitasie te voorsien (Quinn & Fallon, 1999).

Verbale kommunikasie en begrip vir die impak van 'n besering, tussen medici en beseerde sportlui, moet verbeter ten einde suksesvolle herstel te bereik. Dit kan bereik word deur die verbetering van interpersoonlike kommunikasievaardighede (Horine, 1990).

- Genot: Kommunikasie behels nie noodwendig altyd die oordra van spesifieke boodskappe nie. Die doel met kommunikasie aan die ander kant kan bloot net interaksie of genot voortspruitende uit die kontak met ander behels (Tubbs & Moss, 1994). Verder dui hierdie outeurs aan dat die mate waarin 'n persoon genot tydens kommunikasie ervaar, sterk korreleer met sy/haar gevoelens teenoor die persoon met wie interaksie plaasvind. Aansluitend hierby bevestig Samples (1990) dat goeie kommunikasie afhanklik is van die mate waarin die pasiënt met die dokter kan identifiseer. Dit kan tot voordeel wees indien die dokter self aktief aan sport deelneem. Genot word nie vir die doeleindes van hierdie studie as 'n primêre uitkoms van kommunikasie tussen sportmedici en beseerde sportlui bestudeer nie.

- Houdingsbeïnvloeding: Dit beteken nie noodwendig dat wanneer die ontvanger van 'n boodskap dit verstaan, daar met die inhoud saamgestem sal word nie. Wiese, Weiss en Yukelson (1991) wys daarop dat sportmedici nie alleen moet leer **wat** om aan beseerde sportlui te kommunikeer nie, maar ook **hoe** inligting

oorgedra moet word. Die wyse waarop 'n boodskap oorgedra word speel dus 'n belangrike rol tydens houdingsbeïnvloeding.

Ford en Gordon (1993), Grove en Gordon (1991), Wiese et al. (1991) voer verder aan dat die aanleer van doeltreffende kommunikasievaardighede die daarstelling van rapport tussen fisioterapeute en atlete kan bevorder. Verbeterde kommunikasie, tussen medici en sportlui, kan terselfdetyd tot 'n positiewe houding teenoor beide die behandeling en herstel van beserings onder beseerde sportlui lei.

- Verbeterde verhoudings: Doeltreffende kommunikasie hou verband met die vestiging van 'n positiewe terapeutiese klimaat asook 'n vertrouensverhouding tussen die betrokke individue. Hiervolgens word aangevoer dat struwelinge binne menseverhoudings tot misverstande tydens kommunikasie aanleiding kan gee (Tubbs & Moss 1994). Laasgenoemde word deur Samples (1990) beklemtoon deur aan te voer dat doeltreffende kommunikasie begin waar die dokter aktief na die pasiënt luister ten einde 'n vertrouensverhouding te vestig. Uit die beskikbare literatuur blyk dit egter dat onvoldoende empatie binne die dokter-pasiënt-verhouding as 'n probleem in mediese kommunikasie geïdentifiseer kan word. Engel (1996) beskou 'n bekwame dokter as iemand wat wel empatie teenoor pasiënte toon. Empatie beteken om nie net te verstaan wat die pasiënt sê nie, maar ook wat verswyg word. Hierdie navorser voer verder aan dat medici se vermoëns om te luister, gekoppel aan 'n simpatieke houding, die pasiënt kan help om sy/haar bekommernisse en gevoelens na vore te bring. Volgens White (1995) is dit belangrik dat medici pasiënte op hul gemak laat voel en dat medici 'n omgee-gesindheid teenoor pasiënte moet toon. In sommige van die studies word aanbeveel dat dokters meer gebruik moet maak van interpersoonlike vaardighede, soos empatie, tydens hul interaksies met pasiënte (Ford & Gordon, 1993; Nash, 1995; Verwey & Crystal, 1998). Die aanwending van hierdie vaardighede kan moontlik die vertrouensverhouding tussen dokter en pasiënt versterk. Hiervolgens word aangevoer dat die dokter-pasiënt-verhouding as die

basis van effektiewe hoëkwaliteit- mediese sorg beskou kan word (Epstein & Beckman, 1994).

- Optrede: In sommige gevalle kan die aard van die gepaardgaande optrede as 'n belangrike bepaler in die sukses van kommunikasie beskou word. Verder word beweer dat hierdie uitkoms van kommunikasie, naamlik optrede, die moeilikste bereik word. Die moontlikheid bestaan dat doeltreffende kommunikasie tussen sportmedici en beseerde sportlui tot 'n positiewe houding teenoor die deelname aan die behandelingsplan kan lei. Dit bring mee dat die beste mediese opsies uitgeoefen word wanneer die pasiënt by die besluitnemingsproses van behandeling betrek word (Beaucham & Quill, 1994).

Riglyne vir doeltreffende verbale kommunikasie

Die aspekte wat vervolgens bespreek gaan word kan moontlik 'n bydrae lewer tot die verbetering van verbale kommunikasie tussen medici en beseerde sportlui. Kriek (1997), Martens (1987), Potgieter (1997) bied die volgende riglyne vir doeltreffende verbale kommunikasie, naamlik:

- Goeie onderlinge verhoudinge en vertroue is belangrik

Goeie kommunikasie word op wedersydse vertroue gegrond. Volgens Tubbs en Moss (1994) hang doeltreffende kommunikasie af van 'n positiewe sielkundige klimaat waarin deelnemers mekaar kan vertrou. Aansluitend hierby word aanbeveel dat die verhouding tussen medici en beseerde sportlui oop, eerlik en spontaan moet wees.

- Wees direk, volledig en spesifiek

Die sender van die boodskap moet helder en duidelik sê wat hy/sy bedoel. Die dokter moet byvoorbeeld die beseerde atleet van al die nodige inligting voorsien om seker te maak dat die boodskap reg verstaan word.

- Luister

Sekere kommunikasieprobleme ontstaan omdat individue nie met volle aandag luister na wat ander sê nie. Luister is daarom 'n hoogs aktiewe proses wat

konsentrasie en aandag verg. Die volgende aspekte moet tydens die luisterproses aandag geniet, naamlik: stiltes, stemtoon, houding, woordeskat en liggaamsbewegings.

- Vermy dubbelsinnige boodskappe

Dubbelsinnige boodskappe verwys na teenstrydige betekenis binne een boodskap. Dit kom gewoonlik voor wanneer die sender van die boodskap onseker oor hom/haarself is.

- Stel boodskappe duidelik

Die boodskap moet in eenvoudige begrippe oorgedra word en komplekse sake moet so ver moontlik vereenvoudig word.

- Skeiding van feite en opinies

Dit is baie belangrik om te onderskei tussen dit wat 'n individu sien, hoor of weet (feit) en dit wat hy/sy voel of dink (opinie).

- Wees ondersteunend

Gesonde kommunikasie word gekenmerk aan 'n positiewe ondersteunende benadering.

- Gepaste taalgebruik

Die dokter moet sy taalgebruik aanpas by die verwysingsraamwerk van die beseerde atleet. Byvoorbeeld, die dokter moet nie mediese terminologie gebruik wat die atleet nie gaan verstaan nie.

- Nie-verbale boodskappe moet ooreenstem met verbale boodskappe

Die dokter moet seker maak dat dit wat hy sê ooreenstem met sy liggaamstaal. Gesigsuitdrukking, oogkontak en liggaamsgebare kan die "werklike" boodskap agter die gesproke woord onthul.

- Maak seker dat die boodskap reg verstaan is

Dit is noodsaaklik om terugvoering te kry van beseerde atlete om te bepaal of hulle die boodskap reg verstaan het. Deur akkurate terugvoering kan misverstande tydens kommunikasie, tussen medici en beseerde sportlui, beperk word.

Uit die bestaande literatuuroorsig is dit duidelik dat kommunikasie met reg as 'n integrerende deel van die rehabilitasieproses beskou kan word. Die vraag

bestaan egter steeds of doeltreffende kommunikasie tussen sportmedici en beseerde sportlui laasgenoemde se houding teenoor die voorgestelde behandelingsplan kan beïnvloed.

Houdings

Houding kan gesien word as 'n hipotetiese konstruk wat die rigting van menslike gedrag kan bepaal. Die meeste waarneembare gedrag kan dus verklaar word deur te verwys na relatiewe standvastige en deurlopende houdings, kenmerkend van individue. Daar is egter verskeie definisies vir die omskrywing van menslike houdings. Ajzen (1988) verwys na houding as die gesindheid waarmee daar gunstig of ongunstig teenoor objekte, persone, instellings of gebeure gereageer word. Vir die doeleindes van hierdie studie word daar na gunstige- of ongunstige houdings as positiewe- of negatiewe houdings teenoor die voorgestelde behandelingsplan verwys.

Aronson, Wilson en Akert (1997) verwys na houding as 'n blywende evaluasie, positief of negatief, van mense, objekte en idees. Hiervolgens word aangevoer dat houding uit drie belangrike komponente bestaan, naamlik kognisie, affek en gedrag. Volgens Baker (1992) kan die houding (gunstig of ongunstig) wat 'n individu teenoor 'n objek of persoon inneem tot kognitiewe, affektiewe of gedragsresponse aanleiding gee. Die kognitiewe komponent behels die individu se denke asook geloof teenoor die houdingsobjek. Die affektiewe komponent behels die individu se emosionele reaksie teenoor die houdingskomponent, terwyl die individu se waarneembare gedrag deel vorm van die gedragskomponent. Foster (1993) sluit aan by bogenoemde omskrywing en beklemtoon verder dat houding nie waargeneem kan word nie, maar afgelei moet word uit verbale of nie-verbale gedrag.

Daar word algemeen aanvaar dat houdingsverandering plaasvind wanneer daar inkonsekwentheid bestaan tussen 'n individu se houding en gedrag. Volgens Louw (1992) is daar verskillende maniere waarop houding kan ontwikkel. Die

gedragsbenadering lê veral klem op die verhouding tussen stimuli in die omgewing en die wyse waarop individue daarop reageer. Hiervolgens het die direkte ervaring met die houdingsobjek 'n besliste invloed op die vorming van 'n houding oor daardie objek. Die moontlikheid bestaan dus dat indien die kommunikasie tussen die dokter en die beseerde sportlui ondoeltreffend is, dit die sportlui se houding teenoor rehabilitasie kan beïnvloed.

Houdingsamestelling

Volgens Aronson et al. (1997) en Louw (1992) is daar verskeie wyses waarop stimulus-respons-verhoudings houdingsamestelling kan verduidelik, naamlik:

- Direkte ervaring

Die gedragsbenadering dui daarop dat die individu se direkte ervaring met die houdingsobjek 'n besliste invloed het op die uiteindelijke samestelling van die houding.

- Blootstelling

Die aantal kere wat 'n individu met 'n objek gekonfronteer word kan die individu se evaluasie van die objek beïnvloed. Verder het blootstelling ook die grootste effek wanneer die individu nie voldoende ingelig is oor die onderwerp nie. Hier val die klem dus op die kontak wat die individu met die houdingsobjek het en hoe dit dan sy/haar houdingsvorming beïnvloed.

- Klassieke kondisioneringsmodel

Volgens hierdie model kan 'n voorheen neutrale stimulus (die houdingsobjek) deur herhaalde assosiasie, nou 'n emosionele reaksie (die respons) ontlok. Hierdie emosionele reaksie is voorheen slegs deur 'n ander stimulus ontlok. Die individu se klassieke gekondisioneerde reponse kan dan moontlik ontwikkel tot sy/haar houding teenoor die bepaalde onderwerp.

- Instrumentele kondisionering

Hierdie proses behels die selektiewe beloning of straf van 'n respons, sodat hierdie respons meer/minder dikwels sal voorkom. Instrumentele kondisionering is dus 'n eenvoudige vorm van leer wat plaasvind sonder aktiewe betrokkenheid.

'n Houding word dus gevorm wanneer 'n stimulus in die omgewing met 'n respons geassosieer word.

- Observeringsleer

Een van die belangrikste maniere hoe houdings gevorm kan word, is deur observeringsleer. Individue kan ander mense se gedrag dophou en dit probeer naboots. Die moontlikheid bestaan dus dat die dokter se optrede en kommunikasie, teenoor die beseerde atleet, wel die atleet se houdingsvorming teenoor die behandelingsplan kan beïnvloed.

Houdingsverandering

Aronson et al. (1997) is van mening dat sosiale invloede wel tot houdingsveranderinge kan lei. So kan wat ander mense sê of doen 'n individu se houding teenoor houdingsonderwerpe beïnvloed. Dit is dus moontlik dat houdingsveranderinge kan plaasvind wanneer 'n individu 'n ooredingsboodskap ontvang. Volgens die *Yale Attitude Change approach* (Hovland, Janis & Kelly, 1953) is die oordraging van 'n ooredingsboodskap afhanklik van die volgende veranderlikes, naamlik:

- Die kommunikeerder

Die kommunikeerder se status, kennis en kredietwaardigheid het 'n direkte invloed op houdingsverandering. Dit kan moontlik wees dat fisiek aantreklike kommunikeerders meer individue oorreed as die minder aantreklike kommunikeerders (Aronson et al. 1997).

- Die boodskap

Dit is beter om 'n eenrigtingboodskap, wat net die spreker se argumente ondersteun, te gee wanneer die gehoor se aanvanklike houding ten gunste van die onderwerp is. Aan die ander kant is dit beter om wanneer die gehoor kennis oor die onderwerp het of aanvanklik van die kommunikeerder verskil beide kante van die saak te belig (Aronson et al. 1997; Louw, 1992). Die voorrangeffek verwys na die geval waar die eerste spreker op 'n lys van sprekers die beste onthou word. In teenstelling hiermee sal die tweede spreker voordeel geniet as

daar 'n pouse tussen die twee toesprake is en die gehoor se mening na afloop van die tweede toespraak bepaal word. Dit word die resente-effek genoem waartydens die tweede boodskap beter onthou word, omdat die eerste boodskap tydens pouse vergeet kan word.

- Die gehoor

Louw (1992) het gevind dat 'n gehoor minder krities is as daar van die media, byvoorbeeld video-opnames gebruik gemaak word eerder as van geskrewe boodskappe. Laastens dui Krosnick en Alwin (1989) daarop dat individue tussen die ouderdom van 18–25 jaar meer ontvanklik is vir houdingsverandering.

Die oorredingsproses kan verder aan die hand van Katz (in Louw, 1992) se funksionele benadering verduidelik word. Hierdie benadering beklemtoon veral die funksies wat houding vir elke individu inhou, naamlik ego-verdediging, instrumenteel, kennis en waarde-uitdrukking. Vervolgens word daar kortliks na elkeen van hierdie funksies verwys.

- Ego-verdediging: houdings kan 'n individu help om eksterne bedreigings te ontken of te verdraai.
- Instrumenteel: houdings kan 'n middel tot 'n doel wees.
- Kennis: houdings kan gebruik word om gebeure te organiseer en te verstaan.
- Waarde-uitdrukking: houdings help individue om hul unieke waardes bekend te maak.

Bogenoemde funksies kan ook sterk beïnvloed word deur die verhouding tussen die sender en die ontvanger van 'n boodskap (Louw, 1992).

Wiese et al. (1991) dui daarop dat die handhawing van 'n positiewe houding een van die belangrikste kenmerke is wat beseerde sportlui in staat stel om 'n besering beter te hanteer. Verder kan atlete slegs 'n positiewe houding handhaaf indien hul aangemoedig word om positief en realisties oor hul besering en rehabilitasie te dink. Dit mag dus beteken dat die dokter-pasiënt-verhouding 'n direkte invloed op die beseerde sportlui se houding teenoor rehabilitasie kan hê.

Volgens Dickson, French, Gonano, en Rasmus (www.geocities.com/CollegePark/5686/su99p15.html) kan 'n positiewe houding onder beseerde sportlui die tydsduur van herstel beïnvloed. Die moontlikheid bestaan dus dat 'n positiewe houding teenoor die rehabilitasieprogram tot vinniger herstel kan lei. Verder word aangevoer dat daar na houding as 'n kritieke aspek van enige rehabilitasieproses verwys moet word (Ivleva & Orlick, 1991).

Die bevindinge wat deur verskillende navorsers in die literatuur opgeteken is, verwys daarna dat die interaksie tussen die dokter en die beseerde sportlui die rehabilitasieproses en grade van herstel direk kan beïnvloed. Die interaksie tussen die dokter en die beseerde atleet is baie betekenisvol tydens die herstelproses, omdat die atlete definitiewe opinies rondom die persoonlike vaardighede van hul dokters vorm. Dit kan impliseer dat hierdie opinies die atleet se houding teenoor rehabilitasie kan beïnvloed. Beide die atleet se verwagtinge en verbintenis tot die rehabilitasieprogram asook die dokter se supervisie en motivering kan bydra tot suksesvolle herstel (Beneca & Georgiadis, 1998; Flint, 1998; Smith, 1996; Tubbs & Moss, 1994). Volgens Engel (1996) is vertroue binne die dokter-pasiëntverhouding onontbeerlik.

Die beseerde sportlui se houding teenoor die voorgestelde behandelingsplan kan dus deur meer as een aspek beïnvloed word. Die volgende aspekte kan ingesluit word, naamlik die dokter-pasiënt-verhouding, karaktereenskappe van die dokter en pasiënt en, meer spesifiek, die interpersoonlike vaardighede van sportmedici.

Optimale rehabilitasie vereis dus die samewerking van sowel die dokter as die atleet om die beste moontlike uitkomst te verkry. Die dokter moet daarom bewus wees van die potensiële invloed wat hy/sy op die beseerde sportpersoon se emosionele response en vordering in rehabilitasie het (Smith, 1996).

Uit die beskikbare literatuur blyk inligting oor die aard van doeltreffende kommunikasie tussen sportmedici en beseerde sportlui ontoereikend te wees. Dit

bevestig dat daar wel 'n behoefte is aan navorsing in hierdie verband. Die vraag bly steeds: Is daar 'n verband tussen die wyse waarop beserings, deur medici, aan sportlui gekommunikeer word en sportlui se houding teenoor die behandelingsplan wat volg?

Volgens Yukelson (1986) sal die motivering, kommunikasie en houding van beseerde sportlui die sukses van die rehabilitasieprogram beïnvloed. Die bydrae wat hierdie studie kan maak, behels voorstelle (kriteria) oor hoe medici, afrigters en sportsielkundiges 'n besering doeltreffend aan sportlui kan kommunikeer.

METODE

Volgens Fallon en Quinn (1991) bestaan daar 'n behoefte aan sowel kwalitatiewe as kwantitatiewe navorsing om meer inligting oor en insig in die herstelproses by sportbeserings te verkry. Die huidige studie poog om hierdie behoefte aan doeltreffende kommunikasie tussen medici en beseerde sportlui aan te spreek en was sowel kwalitatief as kwantitatief van aard. Kwantitatiewe navorsing het egter die grootste deel van hierdie studie uitgemaak.

Die volgende navorsingshipotese is geformuleer :

Daar bestaan 'n positiewe verband tussen die doeltreffende kommunikasie van 'n diagnose oor beserings en die sportlui se positiewe houding teenoor die behandelingsplan wat volg.

DOELSTELLINGS VAN ONDERSOEK

Die doel met hierdie ondersoek is om die rol van doeltreffende kommunikasie van beserings aan sportlui teenoor hul houding en die daaropvolgende behandelingsplan te ondersoek. Kommunikasie tussen sportmedici aan die een kant en sportlui aan die ander kant word hierby ingesluit. Die ondersoek probeer illustreer dat doeltreffende kommunikasie tussen medici en beseerde sportlui wel tot 'n positiewe houding, onder die sportlui, teenoor die daaropvolgende behandelingsplan kan lei.

ONDERSOEKGROEP

Die navorsingsgroep is dieselfde groep wat Nel (1999) vir sy doktorsale navorsing gebruik het. Hy het hierdie ondersoekgroep saamgestel ten einde te bepaal wat die tipiese kognisies en emosies is wat sportlui binne sekere fases van die beseringsproses beleef. Dit het uit 20 beseerde sportpersone bestaan wat sport minstens op provinsiale vlak beoefen het. Die groep is saamgestel om verskillende ouderdomsgroepe, geslagte, kulture en sportsoorte te verteenwoordig. Die gemiddelde ouderdom van die groep was 22, met die jongste respondent 12 en die oudste 38. Van hierdie groep was 12 mans en 8 vroue. Wat die vlak van kompetisie betref het 8 respondente internasionaal, 9 nasionaal en 3 provinsiaal aan verskillende sportsoorte deelgeneem. Die groep is ook uit verskillende kultuuragtergronde saamgestel, naamlik: 3 bruin-, 5 swart- en 12 blanke respondente. Hierdie sportlui moes ook as gevolg van 'n besering vir 'n minimum van twee maande nie aan sport kon deelneem nie.

AARD VAN DIE ONDERSOEK

Die tipe navorsing wat in hierdie ondersoek ter sprake is, staan bekend as ex post facto-navorsing en die ontwerp is korrelasionele ontwerp. Die enkele steekproef respondente (beseerde sportlui) is dus op twee veranderlikes gemeet. Die kommunikasie van 'n besering aan sportlui deur medici is geïdentifiseer as die onafhanklike veranderlike in hierdie ondersoek. Die sportlui se houding teenoor die voorgestelde behandelingsplan is terselfdertyd geïdentifiseer as die afhanklike veranderlike.

MEETINSTRUMENTE

Daar is geen ingreep tydens hierdie ondersoek gedoen nie en elk van die getranskribeerde onderhoude is dus aan die hand van 'n gestruktureerde vraelys, deur die twee beoordelaars, beoordeel. Daar is toegesien dat interbeoordelaars-betroubaarheid voldoende was, waarna die data aan die hand van die kriteria ontleed is. Ten opsigte van die voorgenoemde hipotese is al die veranderlikes op die nominale skaal gemeet en is die chi-kwadraattoets vir onafhanklikheid (Huysamen,

1983) gebruik om die gestelde hipotese te ondersoek. Die 5%-peil van beduidendheid word in hierdie studie gebruik. Al die statistiese prosedures is met behulp van die SAS- rekenaarprogram (SAS Institute, 1985) gedoen.

PROSEDURE

Nel (1999) het die sportburo's van die UV en die Technikon Vrystaat, klubs, afrigters en skole genader vir die identifisering van moontlike respondente. Op grond van 'n literatuurstudie het hy 'n onderhoudsgids saamgestel. Die toetslinge is versoek om 'n biografiese vraelys te voltooi en 'n toestemmingsbrief vir die gebruik van die data te onderteken, alvorens met die onderhoude begin is. Nel (1999) het uitsluitlik van semi-gestruktureerde, individuele onderhoude in die studie gebruik gemaak. Die onderhoude is op band opgeneem, waarna alle opnames verbatim getranskribeer is. Dit is hierdie getranskribeerde onderhoude wat vir die huidige projek vir verdere ontledings gebruik is. Die onderhawige navorser se ondersoek het dus in aanvang geneem deur van 'n bestaande databasis gebruik te maak. Daar is slegs van Nel (1999) se getranskribeerde onderhoude vir verdere ontledings in die huidige studie gebruik gemaak.

Die navorser het 'n kriteria vir doeltreffende kommunikasie aan die hand van die kriteria van Gould en Weinberg (1995) en Kriek (1997) asook 'n uitgebreide literatuurstudie saamgestel. Daar word later in die studie volledig na hierdie kriteria asook 'n omskrywing van elk van die kriteria verwys. Die uitgebreide literatuurstudie, van sowat 50 artikels asook 'n aantal gepubliseerde boeke, het die proses van inhoudsontleding behels.

Vervolgens word daar na die proses van inhoudsontleding verwys. Wimmer en Dominick (2000) beskryf inhoudsontleding as 'n metode om kommunikasie of boodskappe of inhoude op 'n sistematiese, objektiewe en kwantitatiewe wyse te bestudeer en te ontleed vir die doeleindes van veranderlike meting. Verder kan inhoudsontleding vir die doeleindes van hierdie studie aangewend word vir:

- die kodering van ontledingseenhede vir navorsing of meningsopnames.

- die bepaling van die sielkundige staat van die beseerde sportlui.
- die beskrywing van houdings of gedragsresponse van die sportlui op kommunikasie.

Vervolgens word daar na van die verskillende ontledingseenhede verwys wat as ontledingsraamwerk gebruik is om soortgelyke eenhede binne die artikels te identifiseer. Die navorser self het die volgende raamwerk saamgestel deur verskeie kenmerke van effektiewe kommunikasie as eenhede van inhoudsontleding te gebruik. Die meeste van die ontledingseenhede is egter later in die ondersoek, na die proses van inhoudsontleding, as kriteria vir doeltreffende verbale kommunikasie gebruik.

Die ontledingsraamwerk:

- Die boodskap moet direktief wees.
- Die boodskap moet spesifiek en volledig wees.
- Die boodskap moet nie dubbelsinnig wees nie.
- Die boodskap moet onderskei tussen feite en opinies.
- Die boodskap moet ondersteunend wees.
- Kongruensie tussen verbale en nie-verbale boodskappe.
- Boodskap in verhouding tot sportpersoon se verwysingsraamwerk.
- Die boodskap moet onmiddellik oorgedra word.
- Die stel van behoeftes en gevoelens moet duidelik wees.
- Boodskappe moet herhaal word.

Die proses van inhoudsontleding het daaruit bestaan dat hierdie 50 artikels ontleed is deurdat woorde of frases binne die artikels, wat as verteenwoordigend of aanduidend van 'n spesifieke ontledingseenheid was, gekodeer en getel is. Die ontledingseenhede met die hoogste tellings is verder gebruik as kriteria vir doeltreffende kommunikasie tydens die beoordeling van die getranskribeerde onderhoude. Die navorser het na afloop van die ontleding van die artikels, nege

kriteria vir doeltreffende kommunikasie geïdentifiseer en aan die hand daarvan die volgende vraelys vir die beoordelaars saamgestel.

Kriteria vir doeltreffende kommunikasie:

1. Het die dokter sonder omhaal van woorde gekommunikeer? (**Reguit**).
2. Het die dokter op 'n maklik verstaanbare wyse met sy/haar pasiënt gekommunikeer? (**Duidelik**).
3. Het die pasiënt al die nodige inligting ontvang? (Volledig).
4. Het die dokter sy/haar argumente uiteengesit op 'n wyse wat die pasiënt logieserwys kon volg? (**Konsekwent**).
5. Het die dokter in leke taal gekommunikeer? (**Eenvoudig**).
6. Was die dokter heeltemal eerlik met die pasiënt gewees? (**Openhartig**).
7. Het die dokter sy/haar diagnose en aanbevelings duidelik beskryf? (**Omskrywend**).
8. Het die dokter met empatie met sy/haar pasiënt gekommunikeer? (**Empaties**).
9. Het die dokter homself/haarself so uitgedruk dat geen misverstand by die pasiënt kan ontstaan nie? (**Ondubbelsinnig**).

Die Verklarende Handwoordeboek van die Afrikaanse Taal (Odendaal & Gouws, 2000) is gebruik om elk van die bogenoemde kriteria duideliker te omskryf. Elk van die beoordelaars het 'n afskrif van die nege kriteria asook die omskrywing daarvan ontvang.

Die ontledingsprosedure het daaruit bestaan dat die bepaling van die beoordelaarsbetroubaarheid gebruik is om elk van die getranskribeerde onderhoude individueel te beoordeel ten einde te bepaal of die besering volgens die proefpersoon op 'n doeltreffende wyse aan hom of haar gekommunikeer is. Aansluitend hierby is die ondersoekgroep se response op die voorgestelde behandelingsplan bepaal om hul houding (positief of negatief) teenoor die behandelingsplan te identifiseer. Die navorser self was 'n beoordelaar, terwyl 'n kollega (kliniese sielkundige) as die tweede beoordelaar opgetree het. Die beoordeling het behels dat beide beoordelaars eers elke getranskribeerde onderhoud individueel beoordeel het. Tydens die

bepaling van beoordelaarsbetroubaarheid het die beoordelaars dan hul resultate met mekaar vergelyk en waar hul van mekaar verskil het, is die betrokke aspek dan weer gesamentlik beoordeel. Die finale resultate wat met die proses verkry is, is hierna aangewend vir statistiese ontledings.

Die twee veranderlikes, te wete die wyse waarop beserings gekommunikeer word en die sportlui se houding teenoor die voorgestelde behandelingsplan, sal vervolgens bespreek word. Die doeltreffendheid van die kommunikasie is gemeet deurdat die beoordelaars op nege verskillende kriteria aangetoon het of die bepaalde aspek van kommunikasie aanwesig (kode 1) of afwesig (kode 2) was. Indien die beoordelaars onseker was, is 'n kode 3 toegeken. Die betrokke beoordelaars het deur middel van inhoudsontleding woorde of frases binne die onderhoude geïdentifiseer, wat aanduidend van 'n negatiewe- of positiewe gevoelsinhoud was. Weer eens is daar toegese dat die beoordelaars konsensus het.

RESULTATE EN BESPREKING

Die aanwesigheid van elemente van doeltreffende kommunikasie by die ondersoekgroep

Die beskrywende statistiek met betrekking tot die aanwesigheid van die elemente van doeltreffende kommunikasie tussen die sportlui en die medici soos deur die geïdentifiseerde kriteria bepaal, word in Tabel 1 aangedui. Weens die klein ondersoekgroep (N=20) is besluit om die laaste kolom (onseker) nie vir statistiese prosedure te benut nie.

Tabel 1 Die aanwesigheid van die elemente van doeltreffende kommunikasie tussen die sportlui en die medici soos deur die geïdentifiseerde kriteria bepaal

Kriteria van doeltreffende kommunikasie	Aanwesigheid van elemente in onderhoud					
	Ja		Nee		Onseker	
	F	%	F	%	F	%
Reguit	15	75,00	4	20,00	1	5,00
Duidelik	15	75,00	4	20,00	1	5,00
Volledig	11	55,00	8	40,00	1	5,00
Konsekwent	10	50,00	7	35,00	3	15,00
Betekenisvol	15	75,00	1	5,00	4	20,00
Openhartig	14	70,00	4	20,00	2	10,00
Omskrywend	12	60,00	7	35,00	1	5,00
Empaties	3	15,00	10	50,00	7	35,00
Ondubbelsinnig	11	55,00	8	40,00	1	5,00

In Tabel 1 verteenwoordig **F (Ja)** die getal onderhoude waar daar wel elemente van doeltreffende kommunikasie tussen die sportlui en die medici soos deur die spesifieke kriteria bepaal, teenwoordig was. Net so verwys **F (Nee)** na die getal onderhoude waar daar nie elemente van doeltreffende kommunikasie teenwoordig was nie. Die onseker-kolom verwys na die getal onderhoude waar die beoordelaars onseker was oor die teenwoordigheid van elemente van doeltreffende kommunikasie volgens die bepaalde kriteria. Die aanwesigheid van die elemente van doeltreffende kommunikasie is vir elk van die geïdentifiseerbare kriteria bepaal, waarvolgens die persentasies verkry is.

Uit Tabel 1 blyk dit dat die kriteria wat die minste (15%) aan voldoen is tydens kommunikasie tussen die medici en beseerde sportlui, handel oor onvoldoende empatie deur medici. Die kriteria wat die tweede minste was, sentreer rondom die konsekwentheid waarmee medici die boodskap gekommunikeer het (50%). In teenstelling hiermee het 75% van die beseerde sportlui, soos afgelei deur die beoordelaars, aangedui dat die medici reguit, duidelik en betekenisvol gekommunikeer het.

Hierdie bevindinge stem ooreen met dié van Nideffer (1983) wat daarop dui dat die dokter meer toeganklik teenoor die pasiënt moet wees. Dit kan verder tot voordeel wees indien die dokter ook oor die vermoë beskik om meer empaties teenoor die pasiënt te wees. Uit die resultate kan dus gekonstateer word dat die wyse waarop die boodskap oorgedra word as 'n belangrike aspek van doeltreffende kommunikasie beskou kan word. Hierdie resultate korreleer met dié van Tubbs en Moss (1994), naamlik dat doeltreffende kommunikasie plaasvind wanneer die ontvanger van die boodskap 'n akkurate begrip van die inhoud van die boodskap reflekteer.

Vervolgens word daar in Tabel 2 verwys na direkte voorbeelde uit die getranskribeerde onderhoude wat verband hou met die kriteria vir doeltreffende kommunikasie.

Tabel 2 Aanhalings uit die onderhoude om die aanwesigheid van die verskillende kriteria aan te dui

Aanhalings uit die rou data	Kriteria
...as 'n dokter na 'n gebreekte hand of skouerligament kyk, dan sê hulle "Nee wat hy's af". Dit laat mens baie depressief voel, dit sit 'n ou heeltemal af as 'n dokter so sê... (persoon 7)	Onvoldoende empatie
...he didn't actually say what was wrong with me, but he did give me the injection on top, and he said no you'll be fine after three days. Things like this do happen, that's what he said... (persoon14)	Onvoldoende empatie Onvolledig
...hy sit wiggies onder jou skoene en behandel jou spiere se sterkte en balans en wat van hom wonderlik was, hy's 'n vreeslike warm mens, so jy kan met hom oor enigiets gesels, en ek dink dit was die draaipunt, dis toe ek weer kon begin hardloop het... (persoon 3)	Reguit Duidelik Empaties
...hulle het vir my gesê dis 'n ITB besering en hulle het ook vir my gesê wat se behandeling hulle daarvoor kan gee, en wat ek self ook kan doen omtrent die besering... (persoon 5)	Reguit Duidelik Volledig Openhartig Ondubbelsinnig

Aanhalings uit die rou data	Kriteria
...hulle het gesê met goeie behandeling behoort hy spoedig te kan herstel. So onmiddellik was ek ook baie meer positief gewees...(persoon 8)	Reguit Duidelik Betekenisvol Ondubbelsinnig
...ek sou eers 'n operasie gekry het en dan sou alles oor gewees het, en toe sê die dokter nee, nou kort nog net oefening, en toe sê hy dis 'n virus, toe was ek glad nie meer seker van die saak nie, ek het half gedink dis 'n mal spul wat aangaan...(persoon 3)	Onvolledig Ondubbelsinnig
...die fisioterapeut het baie mooi met my gewerk en sy het my met alles gehelp, en sy was net baie oulik, en het my gerus laat voel, en sy het my gemotiveer. Dit het my laat voel dit gaan werk...(persoon 3)	Openhartig Empaties
...even when I was helped at the hospital , the people knew nothing of sportsinjuries, so I was like left with a question mark that maybe my injury will not stop, because nobody knows about my injury... (persoon 4)	Onvolledig en dubbelsinnig

Die beseerde sportlui se houding teenoor die medici se voorgestelde behandelingsplan

Die sportlui se houding teenoor die voorgestelde behandelingsplan is in twee kategorieë verdeel, naamlik 'n positiewe en 'n negatiewe houding. Soos reeds genoem, is daar seker gemaak dat die beoordelaars konsensus oor die beoordelings het. Die verspreiding van die totale ondersoekgroep rakende hierdie ervaring word in Tabel 3 verskaf.

Tabel 3 Die frekwensiedistribusie van die ondersoekgroep rakende hul houding teenoor die behandelingsplan

Ervaring van die behandelingsplan	F	%
Positief	11	55,0
Negatief	9	45,0
Totaal	20	100

In Tabel 3 verwys **F** na die getal respondente in die ondersoekgroep wat onderskeidelik 'n positiewe of negatiewe houding teenoor die voorgestelde behandelingsplan getoon het. Die resultate word dan in persentasies weergegee. Tabel 3 dui aan dat die meerderheid (55%) wel die behandelingsplan as positief ervaar het, maar dat 45% dit as negatief ervaar het. Laasgenoemde is egter baie hoog en dit beteken dat veel gedoen kan word om die saak aan te spreek. 'n Moontlike verklaring vir hierdie frekwensiedistribusie, waar die meerderheid respondente positief reageer het, mag wees dat die sportlui se vertroue in medici korreleer met die gepaardgaande ervaring van die behandelingsplan. Hierdie afleiding word ondersteun deur Verwey en Crystal (1998), wat gevind het dat die aard van die vertrouensverhouding tussen die dokter en die pasiënt wel positief korreleer met die pasiënt se tevredenheid met die behandelingsplan. 'n Verdere verklaring mag ook wees dat ander faktore, byvoorbeeld persoonlikheidseienskappe en nie-verbale kommunikasie, bepalend vir die ervaring van die behandelingsplan kan wees. Hierdie bevinding moet egter in perspektief gesien word. Martens (1987) bevestig dat nie-verbale boodskappe 'n groter invloed op sportlui as verbale boodskappe kan hê tydens die oordra van gevoelens en emosie. Volgens hom bestaan die proses van kommunikasie uit 55% nie-verbale boodskappe teenoor die 7% van verbale boodskappe.

Alhoewel nie-verbale kommunikasie baie betekenisvol is, wil dit tog voorkom of dokters te min klem lê op die belangrikheid van doeltreffende verbale

kommunikasie tussen medici en beseerde sportlui. Vervolgens word daar in Tabel 4 verwys na direkte voorbeelde uit die onderhoude wat verband hou met die sportlui se houding teenoor die voorgestelde behandelingsplan.

Tabel 4 Aanhalings uit die onderhoude wat na sportlui se houding teenoor die voorgestelde behandelingsplan verwys.

Aanhalings uit die rou data	Houding
...I just felt positive, I told myself that one day the injury will be healed... (persoon 18)	Positief
...ek het r�rig kwaai sleg gevoel, en ek het gedink ek sal glad nie kan terugkom en weer kan speel nie... (persoon 20)	Negatief
...I thought that okay, this person doesn't know about my injury and let me just keep on training...(persoon 7)	Negatief
...ek het hom doodeenvoudig gevloek, want hy verstaan nie...(persoon 17)	Negatief
...dit het vir my interessant geraak om te kyk hoe ver kan ek my liggaam vat, deur my bolyf nou te ontwikkel...(persoon 17)	Positief
... hy sit wiggies onder jou skoene en behandel jou spiere se sterkte en balans en wat van hom wonderlik was, hy's 'n vreeslike warm mens, so jy kan met hom oor enigiets gesels, en ek dink dit was die draaipunt, dis toe ek weer kon begin hardloop het... (persoon 3)	Positief
...ek het opgestaan uit die hospitaal uit, en dieselfde dag weer my gras begin sny...(persoon18)	Positief

Die verband tussen die wyse waarop beserings aan sportlui gekommunikeer word en hul houding teenoor die voorgestelde behandelingsplan

Met die verwerking van die finale data is die chi-kwadraattoets vir onafhanklikheid met behulp van die SAS-rekenaarprogram uitgevoer. 'n Waarskynlikheidspeil van ($p < 0,05$) is gebruik om te bepaal of die analise statisties beduidend is al dan nie. Daar is vasgestel of daar 'n verband bestaan tussen die wyse waarop beserings aan sportlui gekommunikeer word en hul gesindheid teenoor die daaropvolgende behandelingsplan. Die bevindinge word in Tabel 5 weerspieël.

Tabel 5 Chi-kwadraatwaardes vir die toets van 'n verband tussen die aard van kommunikasie waarvolgens beserings aan sportlui gekommunikeer is en hul houding teenoor die behandelingsplan

Kriteria	χ^2 - waarde	p- waarde
Reguit	1,017	0,313
Duidelik	1,017	0,313
Volledig	0,540	0,463
Konsekwent	0,486	0,486
Betekenisvol	1,067	0,302
Openhartig	0,000	1,000
Omskrywend	0,090	0,764
Empaties	0,660	0,416
Ondubbelsinnig	0,540	0,463

* $p \leq 0,05$ (N=20 en vryheidsgraad=1)

Vanuit Tabel 4 is dit duidelik dat nie een van die berekende chi-kwadraatwaardes op minstens die 5% peil beduidend is nie. Die resultate suggereer dat daar nie 'n beduidende verband tussen die wyse waarop beserings aan sportlui gekommunikeer word en hul gesindheid teenoor die daaropvolgende behandelingsplan vasgestel kon word nie. 'n Moontlike verklaring hiervoor kan wees dat die beseerde sportlui oor 'n interne lokus van kontrole eerder as 'n eksterne lokus van kontrole beskik. Laasgenoemde word ondersteun deur

Potgieter (1997) wat aandui dat lokus van kontrole 'n rol kan speel in die sportlui se persepsie van sy/haar besering en rehabilitasie. Volgens Potgieter het sportlui oor die algemeen 'n sterk interne lokus van kontrole, wat verwys na die gevoel van beheer oor sy/haar lewe. Dit kan uiteraard meebring dat die sportlui minder deur eksterne faktore, byvoorbeeld die mag van ander persone, beïnvloed word. Vervolgens word 'n kort oorsig van die ondersoek gegee. Leemtes van die ondersoek word uitgewys en aanbevelings word gemaak.

OORSIG VAN DIE BELANGRIKSTE BEVINDINGE

Die resultate van die navorsing wys daarop dat daar nie 'n positiewe verband bestaan tussen die doeltreffende kommunikasie van 'n diagnose oor beserings en sportlui se positiewe houding teenoor die behandelingsplan nie.

Die bevindinge van die navorsing ondersteun dus nie die siening van Harsha, Saywell, Thygeron en Panozzo (1996), naamlik dat die kommunikasie tussen die dokter en die pasiënt as 'n belangrike deel van mediese behandeling beskou kan word nie.

Die vernaamste gevolgtrekking van hierdie ondersoek was dat dokters hul boodskappe meer konsekwent en empaties aan sportlui moet oordra. Die beoordelaars was van mening dat slegs 15% van die beseerde sportlui daarop gedui het dat die dokter met empatie gekommunikeer het. Hierdie bevindinge kan moontlik toegeskryf word aan die hoë werkslading van medici, wat gevolglik die konsultasietyd kan verminder. Hierbenewens kan sportlui se verskillende kultuuroriëntasies en die betekenis wat aan interpersoonlike ruimte toegeskryf word, die dokter-pasiënt-interaksie beïnvloed. Kulture verskil ten opsigte van hul verwagtinge van medici.

Ten opsigte van die veranderlike houding is die volgende gevind:

Die meeste proefpersone het 'n positiewe houding teenoor die voorgestelde behandelingsplan getoon. Moontlike verklarings sou kon wees dat sportlui oor die algemeen bekende medici vir 'n besering nader of dat die

persoonlikheidseienskappe van sportlui die dokter-pasiënt-interaksie kon beïnvloed. Hiermee word bedoel dat sportlui met 'n persoonlikheidstrek, soos gehardheid, die behandelingsplan as 'n uitdaging kan beskou. Sportlui kan ook meer vertrouwe hê in die diagnoses van bekende medici wat hul reeds voorheen behandel het. 'n Verdere rede kan ook wees dat beseerde sportlui hulself in die ontkenningfase van die rouproses bevind en dus gepaardgaande negatiewe emosies kan ontken. Beseerde sportlui met 'n interne lokus van kontrole kan terselfdertyd probeer om meer beheer oor die situasie te verkry deur positief te wees. Gegee veral die multikulturele aard van beseerde sportlui, kan daar moontlik verskille voorkom ten opsigte van hul verwagtinge van 'n mediese behandelingsplan.

LEEMTES

Moontlike leemtes van die ondersoek is as volg:

* Die getal proefpersone in die ondersoek was te min om beduidende resultate te verkry. Soos reeds genoem, het die klein ondersoeksgroep genoodsaak dat die laaste kolom (onseker), in Tabel 1, nie vir statistiese prosedures benut kon word nie.

* Die onderhawige navorser het van 'n reeds bestaande databasis gebruik gemaak. Dit kon moontlik meer effektief gewees het indien die navorser self vrae aan die respondente kon stel om sodoende sportlui se verwagtings rondom doeltreffende kommunikasie tussen die medici en sportlui vas te stel. Daar is aanvanklik beplan om opvolgonderhoude met die proefpersone te voer, maar weens praktiese redes, byvoorbeeld sportlui wat hul oorsee gevestig het, was dit egter nie moontlik nie.

* Daar is slegs op die aspek van verbale kommunikasie gefokus. Nie-verbale kommunikasie is uiters belangrik tydens die bekrywing van menslike gedrag en veral ten opsigte van die bepaling van houdings. Dit kon wel die resultate van hierdie ondersoek beïnvloed het.

* Slegs die beseerde sportlui se opinies rakende doeltreffende kommunikasie is ondersoek. Die medici se opinies is nie verder ondersoek nie, wat die ondersoek moontlik eensydig kan maak.

AANBEVELINGS

In die lig van bogenoemde bevindinge en resultate word die volgende aanbevelings gemaak:

* Die aspek van nie-verbale kommunikasie tussen medici en beseerde sportlui kan verdere aandag geniet, byvoorbeeld deur nie-verbale kommunikasie vaardighede by dokters se praktiese opleiding te integreer.

* Die ondersoek kan ook op 'n groter ondersoekgroep herhaal word wat die moontlikheid vir die verkryging van beduidende resultate kan verhoog.

* Die rol van persoonlikheidseienskappe, soos interne lokus van kontrole, kan binne die kommunikasieproses verder ondersoek word.

* 'n Multiprofessionele spanbenadering kan 'n positiewe inset lewer deurdat misverstande oor diagnoses en gepaardgaande rehabilitasieprogramme uitgeskakel kan word. Op 'n meer praktiese vlak word byvoorbeeld aanbeveel dat hierdie span almal insette moet lewer alvorens die behandelingsplan aan die beseerde sportlui gekommunikeer word.

SLOTSOM

Op grond van die bevindinge van die beoordelaars asook die statistiese ontledings kon dit nie bevestig word dat daar 'n verband bestaan tussen die wyse waarop beserings aan sportlui gekommunikeer word en hul houding teenoor die daaropvolgende behandelingsplan nie. Hoewel dit nie impliseer dat doeltreffende kommunikasie tot 'n positiewe houding teenoor die behandelingsplan lei nie, moet die belangrikheid van doeltreffende kommunikasie binne die mediese veld nie misken word nie.

BRONNELYS

Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality and behaviour*. Chicago, IL: Dorsey Press.

Andersen, M.B. & Williams, J.M. (1988). A model of stress and athletic injury: prediction and prevention. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, **10**, 294-306.

Anon, (1993). Your patients' expectations. *SA Practice Management*, **14** (2).

Aronson, E., Wilson, T.D. & Akert, R.M. (1997). *Social psychology* (2nd ed.). New York: Longman, Inc.

Baker, C. (1992). *Attitudes and language*. Clevedon: Multilingual Matters LTD.

Beaucham, T.L. & Quill, J.P. (1994). *Principles of biomedical ethics* (4th ed.). New York: Oxford University Press.

Beneca, A. & Georgiadis, M. (1998). *Psychological and other factors determining athletes' perseverance in rehabilitation programs after injury*. [Online]. Retrieved August 20, 2001 from the World Wide Web:
<http://www.sportsib.com/en/science/psy-be-geo-7-en.html>

Berlo, D.K. (1960). *The process of communication: An introduction to theory and practice*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Brewer, B.W., Petitpas, A.J., VanRaalte, J.L., Sklar, J.H. & Ditmar, T.D. (1995). Prevalence of psychological distress among patients at a physical therapy clinic specializing in sports medicine. *Sports Medicine, Training, and Rehabilitation*, **6**, 139-145.

Crossman, J. (1997). Psychological rehabilitation from sports injuries. *Sports Medicine*, **23** (5), 333-339.

Daly, J.M., Brewer, B.W., VanRaalte, J.L., Petitpas, A.J. & Sklar, J.H. (1995). Cognitive appraisal, emotional adjustment, and adherence to rehabilitation following knee surgery. *Journal of Sport Rehabilitation*, **4**, 22-30.

Dickson, D., French, E., Gonano, M. & Rasmus, B. *The psychological effects of injury on sports performance comeback in an Australian setting*. [On-line]. Retrieved August 20, 2001 from the World Wide Web:
<http://www.geocities.com/CollegePark/5686/su99p15.html>

Eldridge, W.D. (1983). The importance of psychotherapy for athletic-related orthopaedic injuries among adults. *International Journal of Sport Psychology*, **14**, 203-211.

Engel, J. (1996). *Die volledige Suid-Afrikaanse gesondheidsgids*. Halfweghuis: Southern.

Epstein, R.M. & Beckman, H.B. (1994). Healthcare reform and patient-physician communication. *American Family Physician*, **49** (8), 1718-1720.

Fallon, B.J. & Quinn, A.M. (1991). The changes in psychological characteristics and reactions of elite athletes from injury onset until full recovery. *Journal of Applied Sport Psychology*, **11**, 210-229.

Faris, G.J. (1985). Psychologic aspects of athletic rehabilitation. *Clinics in Sports Medicine*, **4** (3), 545-551.

Flint, F.A. (1998). Integrating sport psychology and sports medicine in research: the dilemmas. *Journal of Applied Sport Psychology*, **10**, 83-102.

Ford, I.W. & Gordon, S. (1993, March). Social support and athletic injury: the perspective of sport physiotherapists. *The Australian Journal of Science and Medicine in Sport*, 17-25.

Foster, D. (1993). Sosiale sielkunde. In D.A. Louw & D.J.A. Edwards (Eds.), *Sielkunde: 'n Inleiding vir studente in Suider-Afrika* (pp.771-831). Johannesburg: Lexicon.

Gambardella, R.A. (1999). Technical pitfalls of patellofemoral surgery. *Clinics in Sport Medicine*, **18** (4), 897-903.

Gordon, S., Millios, C.D. & Grove, J.R. (1991). Psychological aspects of the recovery process from sport injury: the perspective of sport physiotherapists. *The Australian Journal of Science and Medicine in Sport*, **23** (2), 53-60.

Gould, D. & Weinberg, R.S. (1995). *Foundations of sport and exercise psychology*. Champaign, Illinois: Human Kinetics.

Grove, J.R. & Gordon, A.M.D. (1991). 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). Melbourne: Blackwell Scientific Publications.

Hardy, C.J., Richman, J.M. & Rosenfeld, L.B. (1991). The role of social support in the life stress/injury relationship. *The Sport Psychologist*, **5**, 128-139.

Harsha, D.M., Saywell, R.M., Thygerson, S. & Panozzo, J. (1996). Physician factors affecting patient willingness to comply with exercise recommendations. *Clinical Journal of Sports Medicine*, **6** (2), 112-118.

Horine, L. (1990). The Johari window - solving sport management communication problems. *Joperd*, 49-51.

Hovland, C.I., Janis, I.L. & Kelly, H.H. (1953). *Communication and persuasion: psychological studies of opinion change*. New Haven, C.T: Yale University Press.

Huysamen, G.K. (1983). *Inferensiële statistiek en navorsingsontwerp: 'n Inleiding*. Kaapstad: Academia.

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

Kaplan, R.M. (1997). Health outcomes and communication research. *Health Communication*, **9** (1). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Kriek, R.H. (1997). [Die verbetering van interpersoonlike kommunikasie]. Ongepubliseerde rou data.

Krosnick, J.A. & Alwin, D.F. (1989). Aging and susceptibility to attitude change. *Journal of Personality and Social Psychology*, **57**, 416-425.

Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: Macmillan.

Leddy, M.H., Lambert, M.J. & Ogles, B.M. (1994). Psychological consequences of athletic injury among high level competition. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, **65**, 349-354.

Louw, J. (1992). [Sosiale sielkunde]. Ongepubliseerde rou data.

MacDonald, R. (1995). Rehabilitation of sports injuries. *Sport Injuries*, 33-42.

Martens, R. (1987). *Coaches' guide to sport psychology*. Champaign, IL: Human Kinetics, Inc.

Miller, T.W., Vaugh, M.P. & Miller, J.M. (1990). Clinical issues and treatment strategies in stress-oriented athletes. *Sports Medicine*, **9**, 370-379.

Nash, E.S. (1995). Listening to your patient - the hidden language of communication. *CME*, **13** (4), 357-359.

Nel, P.D. (1999). *Sportlui se kognitiewe en emosionele beleving van beserings*. Ongepubliseerde doktorskrif, Universiteit van Stellenbosch.

Nideffer, R.M. (1983). The injured athlete: psychological factors in treatment. *Orthopedic Clinics of North America*, **14** (2), 373-385.

Northouse, L.L. & Northouse, P.G. (1998). *Health communication: strategies for health professionals* (3rd ed.). Stamford, Connecticut: Appleton & Lange.

Odendaal, F.F. & Gouws, R.H. (Eds.), (2000). *HAT: Verklarende Handwoordeboek van die Afrikaanse Taal* (4de uitgawe). Johannesburg: Perskor.

Potgieter, J.R. (1991). Psychological dimensions of sport injuries. *South African Journal of Sports Medicine*, **6** (3), 4-8.

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

Quinn, A.M. & Fallon, B.J. (1999). The changes in psychological characteristics and reactions of elite athletes from injury onset until full recovery. *Journal of Applied Sport Psychology*, **11**, 210-229.

Rotella, R. & Heyman S.R. (1986). Stress, injury, and the psychological rehabilitation of athletes. *Applied Sport Psychology*, 343-364.

Sachs, M.L., Sitler, M.R. & Schwille, G. (1993). Assessing and monitoring injuries and psychological characteristics in intercollegiate athletes: A counselling/prediction model. In Pargman (Ed.), *Psychological bases of sport injuries* (pp. 71-84). Morgantown, WV: Fitness Information Technology, Inc.

Samples, P. (1990). How to communicate with injured athletes. *The Physician and Sports Medicine*, **18** (17), 125-129.

SAS Institute (1985). SAS user's guide: *Statistics version* (5th ed.). Cary: Author.

Smith, A.M. (1996). Psychological impact of injuries in athletes. *Sports Medicine*, **22** (6), 391-403.

Smith, A.M. & Milliner, E.K. (1994). Injured athletes and the risk of suicide. *Journal of Athletic Training*, **29**, 337-341.

St. Clair Gibson, A., Gillies, H., Bellinger, B., Bold, A. & Lambert, M.I. (1995). Perceptions of sport injury rehabilitation in the Cape Town sporting community. *South African Journal of Sports Medicine*, **2** (3), 31-35.

Tubbs, S.L. & Moss, S. (1994). *Human communication* (7th ed.). New York: McGraw-Hill, Inc.

Vanden Auweele, Y., De Cuyper, B., Van Mele, V. & Rzewnicki, R. (1994). Elite performance and personality: from description and prediction to diagnosis and intervention. In R.R. Singer, M. Murphey, & L.K. Tennant (Eds.), *Handbook of research on sport psychology* (pp. 257-298). New York: MacMillan.

Verwey, S. & Crystal, A. (1998). A patient-centred approach to healthcare: the role of health communication. *Communicatio*, **24** (2), 31-42.

Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D.D. (1967), *Pragmatics of human communication*. New York: Norton.

White, G. (1995). Communication and patient-centredness. *CME*, **13** (4), 351-354.

Wiese, D.M., Weiss, R.W. & Yukelson, D.P. (1991). Sport psychology in the training room: A survey of athletic trainers. *The Sport Psychologist*, **5** (1), 15-24.

Wiese-Bjornstal, D.M., Smith, A.M. & LaMott, E.E. (1995). A model of psychologic response to athletic injury and rehabilitation. *Athletic Training: Sports Healthcare Perspectives*, **1** (1), 17-30.

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**, 46-69.

Williams, J.M., Tonyman, P. & Wadsworth, W.A. (1986). Relationship of life stress to injury in intercollegiate volleyball. *Journal of Human Stress*, **12**, 38-43.

Wimmer, R.D. & Dominick, J.R. (2000). *Mass media research: an introduction* (3rd ed.). Belmont, California: Wadsworth.

Yukelson, D. (1986). Psychology of sport and the injured athlete. In D.B. Bernhart (Ed.), *Clinics in physical therapy*. New York: Churchill Livingstone.