

**PSIGOLOGIESE WELSTAND  
BY  
ROLSTOELATE**

**BOUWER E. JONKER**

# **PSIGOLOGIESE WELSTAND BY ROLSTOELATLETE**

**BOUWER E. JONKER**

**Verhandeling voorgelê ter nakoming van die vereistes vir die graad  
Magister Artium in Psigologie  
aan die Potchefstroomse Universiteit vir Christelike Hoër Onderwys**

**Leier: Me. M. Du Toit  
Hulpleier: Prof. M.P. Wissing**

**Potchefstroom 2000**

## ERKENNING

Ek wil graag van hierdie geleentheid gebruik maak om die volgende persone te bedank wat die voltooiing van hierdie projek moontlik gemaak het:

My Hemelse Vader vir krag, insig en deursettingsvermoë;

Me. Melinda Du Toit, my leier, vir haar bekwame leiding, geduld en entoesiasme;

Professor M.P. Wissing, my hulpleier, vir haar bekwame leiding en vakkundige insette;

Me. W. Breytenbach en professor H.S. Steyn van die Statistiese Konsultasiediens van die PU vir CHO vir hul insette en spoedige verwerking van data;

Me. J. Van Rensburg vir die noukeurige taalversorging;

My ouers vir hul nougesette ondersteuning en geduld;

Ek wil verder ook die NRF en PU vir CHO bedank vir die finansiële bystand wat hierdie tydige ondersoek moontlik gemaak het.

Alle stellings en aanbevelings in hierdie ondersoek is die mening van die navorser alleen en die PU vir CHO en NRF dra geen aanspreeklikheid vir sodanige stellings en aanbevelings nie

Bouwer E. Jonker  
Potchefstroom 2000

Opgedra aan my ouers, Dirk en Jane Jonker, wat my geleer het van psigologiese welstand.

Ek wil ook graag hierdie studie opdra aan die Suid-Afrikaanse Paralimpiese span wat 38 medaljes (13 goud, 12 silwer en 13 brons) tydens die 2000 Paralimpiese Spele, te Sydney, Australië gewen het. Ek was in my gedagtes by julle.

# OPSOMMING

## PSIGOLOGIESE WELSTAND BY ROLSTOELATLETE

**Sleutel terme:** Salutogene perspektief/oriëntasie, fortigene perspektief/oriëntasie, psigologiese welstand/welsyn/gesondheid, selfesteem, coping, lewenstevredenheid, konstruktiewe denke, koherensiesin, rolstoelatlete

Die doel van hierdie ondersoek was om vas te stel of die psigologiese welstand van rolstoelatlete hoër is, as dié van rolstoelpersone wat aan geen sport/fisiese oefening deelneem nie. Aangesien psigologiese welstand fokus op psigologiese sterktes en psigologiese bronne, is die salutogene/fortigene oriëntasie as metateoretiese perspektief en filosofiese fondament vir hierdie ondersoek gebruik. Die aard van die salutogene/fortigene oriëntasie is ondersoek en vergelyk met die tradisionele patogene perspektief. Op die teoretiese vlak is die aard van psigologiese welstand ondersoek vanuit die personologie, resente modelle van psigologiese welstand en konstrakte wat positief geassosieer word met psigologiese welstand. Met in ag neming van wat in die literatuur gevind is, en vir die doeleindes van hierdie ondersoek, het die navorser psigologiese welstand, gedefinieer as: positiewe selfesteem, lewenstevredenheid, konstruktiewe copingvaardighede, koherensiesin en konstruktiewe denke. Empiriese indikasies vanuit die literatuur, van die verband tussen psigologiese welstand en die deelname aan sport/fisiese oefening by (rolstoel)atlete is ontleed. Die belangrikste moderatorveranderlikes wat met psigologiese welstand geassosieer word, is ook bespreek. In die empiriese ondersoek is 'n eenmalige ex post facto dwarsdeursnitnavorsingsontwerp gebruik. Die ondersoeksgroep (N=61) was 'n beskikbaarheidssteekproef, en het wit, swart en bruin persone van beide geslagte ingesluit. Die persone het gewissel in ouderdom van 18 tot 40 jaar. Die eksperimentele groep (n=34) het bestaan uit rolstoelatlete en die kontrolegroep (n=27) uit rolstoelpersone wat aan geen sport/fisiese oefening deelneem nie. Die volgende meetinstrumente is in hierdie ondersoek gebruik: Self-Esteem Inventory (SEI) (Coopersmith, 1986), Satisfaction With Life Scale (SWLS) (Diener, Emmons, Larson & Griffin, 1985), Sense of Coherence Scale (SOC) (Antonovsky, 1988), COPE (Carver, Scheier & Weintraub, 1989) en die Constructive Thinking Inventory (CTI) (Epstein, 1993). Beskrywende statistiek (gemiddeldes, standaardafwykings) en Cronbach alfa-betroubaarheidskoëffisiënte is vir die Totale Groep weergegee. Die groepe is vergelyk deur middel

van 'n ewekansige blokontwerp (afparing) ten opsigte van geslag, ouderdom, gestremde kategorie en ras. Die resultate dui aan dat die rolstoelatlete en rolstoelpersone wat aan geen sport/fisiese oefening deelneem nie, op die volgende skale en subskale statisties betekenisvol verskil: SEI (selfesteem), SWLS (lewenstevredenheid), GCT (globale konstruktiewe denke), A (aanvaarding), PRG (positiewe herinterpretasie en groei), AC (aktiewe coping) en P (beplanning). Die rolstoelatlete in hierdie studie het telkens hoër gemiddelde tellings op hierdie skale en subskale behaal wat beteken dat hulle selfesteem, lewenstevredenheid, globale konstruktiewe denke, positiewe herinterpretasie en groei, aktiewe coping en beplanning beter is as die rolstoelpersone wat aan geen sport/fisiese oefening deelneem nie. Die rolstoelatlete het ook gemiddeld laer tellings op die ADD (alkohol- en dwelmafhanglikheid)-subskaal behaal. Die konklusie is gemaak dat die psigologiese welstand van rolstoelatlete in hierdie ondersoek hoër was as die psigologiese welstand van rolstoelpersone wat aan geen sport/fisiese oefening deelneem nie. Aanbevelings vir verdere navorsing is ten slotte gemaak.

## **SUMMARY**

# **PSYCHOLOGICAL WELL-BEING OF WHEELCHAIR ATHLETES**

**Key terms:** Salutogenic perspective/orientation, fortigenic perspective/orientation, psychological well-being/health/wellness, self-esteem, coping, satisfaction with life, constructive thinking, sense of coherence, wheelchair athletes

The aim of this study was to ascertain whether the psychological well-being of wheelchair athletes differ from that of wheelchair persons who do not take part in sport/physical exercise. Since psychological well-being implies a focus on psychological strengths and resources, the salutogenic/fortigenic perspective was adopted to act as the metatheoretical perspective of this study. The nature of the salutogenic/fortigenic approach was described and compared to the traditional pathogenic perspective. On the theoretical level the nature of psychological well-being was analysed from the perspective of personology, recent theoretical models on psychological well-being and specific constructs hypothesised to be related to psychological well-being/health. Taking into consideration that which was found in the literature, and for the purposes of this study, the researcher defined psychological well-being as positive self-esteem, satisfaction with life, constructive coping, sense of coherence and constructive thinking. Empirical indications of the relationship between psychological well-being and participation in sport/physical exercise by (wheelchair) athletes was analysed. The main moderator variables that are associated with psychological well-being were also discussed. In the empirical study, a single cross-sectional ex post facto research design was employed. The study group (N=61) was an availability sample and consisted of white, coloured and black people of both sexes. The people were between the ages of 18 to 40 years. The experimental group (n=34) consisted of wheelchair athletes, and the control study (n=27) was represented by wheelchair persons who do not participate in any sport/physical exercise. The following measures were used in this study: Self-Esteem Inventory (SEI) (Coopersmith, 1986), Satisfaction With Life Scale (SWLS) (Diener, Emmons, Larson & Griffin, 1985), Sense of Coherence Scale (SOC) (Antonovsky, 1988), COPE (Carver, Scheier & Weintraub, 1989) and the Constructive Thinking Inventory (CTI) (Epstein, 1993). Descriptive

statistics (means and standard deviations) and Cronbach alpha reliability coefficients were presented for the Total Group. The groups were compared by means of a random block design (paring) in terms of gender, age, disability category and race. The results indicated that the wheelchair athletes and wheelchair persons who do not participate in any sport/physical exercise differ statistically significant on the following scales and subscales: SEI (self-esteem); SWLS (satisfaction with life); GCT (global constructive thinking); A (acceptance); PRG (positive reinterpretation and growth); AC (active coping) and P (planning). The wheelchair athletes in this study consistently scored higher on each of these scales and subscales and also scored lower on the ADD (alcohol and drug dependance) subscale. Thus the wheelchair athletes in this study have higher levels of self-esteem, life satisfaction, global constructive thinking, acceptance, positive reinterpretation and growth, active coping and planning, as well as lower levels of alcohol and drug dependance than the wheelchair persons who did not participate in any sport/physical activity. The conclusion was made that the psychological well-being of the wheelchair athletes in this study was higher than the psychological well-being of the wheelchair persons who did not participate in any sport/physical exercise. Recommendations for further research were made.

# *Inhoudsopgawe*

*Bladsy*

## **HOOFSTUK 1**

### **ORIËNTASIE, PROBLEEMSTELLING, DOELSTELLING**

#### **EN BASIESE HIPOTESE**

|            |   |          |
|------------|---|----------|
| <b>1.1</b> | <b>ORIËNTASIE EN PROBLEEMSTELLING</b> _____ | <b>1</b> |
| <b>1.2</b> | <b>DOELSTELLING</b> _____                   | <b>4</b> |
| <b>1.3</b> | <b>BASIESE HIPOTESE</b> _____               | <b>4</b> |
| <b>1.4</b> | <b>SAMEVATTING EN VOORUITSKOUING</b> _____  | <b>4</b> |

## **HOOFSTUK 2**

### **‘n SALUTOGENE/FORTIGENE BESKOUING VAN**

#### **PSIGOLOGIESE WELSTAND BY ROLSTOELATLETE**

|                |  |           |
|----------------|--|-----------|
| <b>2.1</b>     | <b>INLEIDING</b>   |           |
| <b>2.2</b>     | <b>DIE SALUTOGENE/FORTIGENE ORIËNTASIE VERSUS DIE</b> _____          | <b>5</b>  |
|                | <b>PATOGENE PERSPEKTIEF</b>  |           |
| <b>2.2.1</b>   | <b>INLEIDING</b> _____   | <b>5</b>  |
| <b>2.2.2</b>   | <b>DIE AARD EN OORSPRONG VAN DIE SALUTOGENE/</b> _____               | <b>5</b>  |
|                | <b>FORTIGENE ORIËNTASIE AS METATEORETIESE PERSPEKTIEF</b>            |           |
| <b>2.2.3</b>   | <b>KENMERKE VAN DIE SALUTOGENE/FORTIGENE ORIËNTASIE</b> ____         | <b>7</b>  |
| <b>2.2.4</b>   | <b>ALGEMENE WELSTAND VANUIT DIE SALUTOGENE/FORTIGENE</b> _           | <b>10</b> |
|                | <b>ORIËNTASIE</b>  |           |
| <b>2.2.5</b>   | <b>SAMEVATTING</b> _____   | <b>10</b> |
| <b>2.3</b>     | <b>PSIGOLOGIESE WELSTAND</b> _____                                   | <b>11</b> |
| <b>2.3.1</b>   | <b>INLEIDING</b> _____   | <b>11</b> |
| <b>2.3.2</b>   | <b>DIE AARD VAN PSIGOLOGIESE WELSTAND</b> _____                      | <b>11</b> |
| <b>2.3.3</b>   | <b>PERSPEKTIEWE OP PSIGOLOGIESE WELSTAND VANUIT DIE</b> _____        | <b>12</b> |
|                | <b>PERSONOLOGIE</b>  |           |
| <b>2.3.3.1</b> | <b>Die psigoanalitiese en neo-psigoanalitiese perspektiewe</b> _____ | <b>12</b> |

|         |  |    |
|---------|--|----|
| 2.3.3.2 | Die kognitiewe, gedragsteoretiese en kognitief-gedragsteoretiese<br>perspektiewe                               | 14 |
| 2.3.3.3 | Die humanistiese, eksistensiële en eksistensiël-fenomenologiese<br>perspektiewe                                | 14 |
| 2.3.3.4 | Die transaksioneel-analitiese (TA) perspektief   | 18 |
| 2.3.3.5 | Die holistiese gesondheidsbenadering   | 19 |
| 2.3.4   | <b>ALGEMENE MODELLE VAN PSIGOLOGIESE WELSTAND</b>  | 19 |
| 2.3.4.1 | Eberst (1984) se Multidimensionele Model van Gesondheid  | 19 |
| 2.3.4.2 | Seeman (1989) se model van Positiewe Gesondheid  | 22 |
| 2.3.4.3 | Ryff (1989) se Multidimensionele Model van Psigologiese Welstand   | 24 |
| 2.3.4.4 | Cruse, Nicolas, Gobble en Frank (1992) se Multidimensionele<br>Sisteem Model van Welstand                      | 26 |
| 2.3.4.5 | Witmer en Sweeney (1992) se Holistiese Model van Welstand en<br>Voorkoming van Agteruitgang oor die Lewensloop | 29 |
| 2.3.4.6 | Lightsey (1996) se Model van Psigologiese Welstand   | 30 |
| 2.3.4.7 | Adams, Bezner en Steinhardt se Model van Welstand  | 32 |
| 2.3.4.8 | Samevatting van modelle van psigologiese welstand/gesondheid   | 34 |
| 2.3.5   | <b>SPESIFIEKE KONSTRUKTE GEASSOSIEER MET<br/>PSIGOLOGIESE WELSTAND</b>   | 35 |
| 2.3.5.1 | Positiewe selfesteem (Self-Esteem)   | 36 |
| 2.3.5.2 | Konstruktiewe copingvaardighede (Coping)   | 36 |
| 2.3.5.3 | Koherensiesin (Sense of Coherence)   | 37 |
| 2.3.5.4 | Lewenstevredenheid (Satisfaction With Life)  | 38 |
| 2.3.5.5 | Konstruktiewe denke (Constructive Thinking)  | 39 |
| 2.3.6   | <b>MODERATORVERANDERLIKES TEN OPSIGTE VAN<br/>PSIGOLOGIESE WELSTAND</b>  | 39 |
| 2.3.6.1 | Ouderdom   | 39 |
| 2.3.6.2 | Geslag   | 40 |

|         |   |    |
|---------|---|----|
| 2.3.6.3 | Kultuur _____   | 40 |
| 2.3.7   | SAMEVATTING _____   | 41 |
| 2.4     | EMPIRIESE INDIKASIES VAN DIE VERBAND TUSSEN _____<br>PSIGOLOGIESE WELSTAND EN DEELNAME AAN SPORT OF<br>FISIESE OEFENING BY (ROLSTOEL)ATLETE | 41 |
| 2.4.1   | INLEIDING _____   | 41 |
| 2.4.2   | PSIGOLOGIESE VOORDELE VAN DEELNAME AAN SPORT/<br>FISIESE OEFENING _____   | 42 |
| 2.4.3   | PSIGOLOGIESE VOORDELE VAN DEELNAME AAN SPORT/<br>FISIESE OEFENING BY (ROLSTOEL)ATLETE _____   | 43 |
| 2.4.4   | SAMEVATTING _____   | 45 |

## HOOFSTUK 3

### EMPIRIESE ONDERSOEK

|         |  |    |
|---------|--|----|
| 3.1     | INLEIDING _____  | 47 |
| 3.2     | DIE ONTWERP _____  | 47 |
| 3.3     | DIE ONDERSOEKSGROEP _____  | 47 |
| 3.4     | MEETINSTRUMENTE _____  | 50 |
| 3.4.1   | DIE BIOGRAFIESE VRAELYS _____  | 50 |
| 3.4.2   | DIE SELFESTEEMVRAELYS/SELF-ESTEEM INVENTORY _____<br>(SEI) (COOPERSMITH, 1986) | 50 |
| 3.4.2.1 | Ontwikkeling en rasionaal _____  | 50 |
| 3.4.2.2 | Die aard, administrasie, nasien en interpretasie _____                         | 51 |
| 3.4.2.3 | Betroubaarheid en geldigheid _____   | 51 |
| 3.4.2.4 | Motivering vir gebruik _____   | 52 |
| 3.4.3   | DIE KOHERENSIESINVRAELYS/SENSE OF COHERENCE _____<br>(SOC) (ANTONOVSKY, 1988)  | 53 |
| 3.4.3.1 | Ontwikkeling en rasionaal _____  | 53 |

|         |  |           |
|---------|--|-----------|
| 3.4.3.2 | Die aard, administrasie, nasien en interpretasie _____   | 53        |
| 3.4.3.3 | Betroubaarheid en geldigheid _____   | 54        |
| 3.4.3.4 | Motivering vir gebruik _____   | 54        |
| 3.4.4   | <b>DIE COPEVRAELYS (COPE) (CARVER, SCHEIER &amp; WEINTRAUB ____<br/>1989)</b>  | <b>54</b> |
| 3.4.4.1 | Ontwikkeling en rasionaal _____  | 54        |
| 3.4.4.2 | Die aard, administrasie, nasien en interpretasie _____   | 55        |
| 3.4.4.3 | Betroubaarheid en geldigheid _____   | 56        |
| 3.4.4.4 | Motivering vir gebruik _____   | 56        |
| 3.4.5   | <b>DIE KONSTRUKTIEWE DENKEVRAELYS/CONSTRUCTIVE _____<br/>THINKING INVENTORY (CTI) (EPSTEIN, 1993)</b>                            | <b>56</b> |
| 3.4.5.1 | Ontwikkeling en rasionaal _____  | 56        |
| 3.4.5.2 | Die aard, administrasie, nasien en interpretasie _____   | 56        |
| 3.4.5.3 | Betroubaarheid en geldigheid _____   | 57        |
| 3.4.5.4 | Motivering vir gebruik _____   | 58        |
| 3.4.6   | <b>DIE LEWENSTEVREDENHEIDSKAAL/SATISFACTION WITH _____<br/>LIFE SCALE (SWLS) (DIENER, EMMONS, LARSON &amp; GRIFFIN<br/>1985)</b> | <b>59</b> |
| 3.4.6.1 | Ontwikkeling en rasionaal _____  | 59        |
| 3.4.6.2 | Die aard, administrasie, nasien en interpretasie _____   | 59        |
| 3.4.6.3 | Betroubaarheid en geldigheid _____   | 59        |
| 3.4.6.4 | Motivering vir gebruik _____   | 60        |
| 3.5     | <b>DIE ONDERSOEKPROSEDURE _____</b>  | <b>60</b> |
| 3.6     | <b>ETIESE ASPEKTE _____</b>  | <b>62</b> |
| 3.7     | <b>STATISTIESE DATAVERWERKING _____</b>  | <b>62</b> |

|            |                    |           |
|------------|--------------------|-----------|
| <b>3.8</b> | <b>SAMEVATTING</b> | <b>63</b> |
|------------|--------------------|-----------|

## **HOOFSTUK 4**

### **RESULTATE EN INTERPRETASIE**

|              |  |           |
|--------------|--|-----------|
| <b>4.1</b>   | <b>INLEIDING</b>   | <b>64</b> |
| <b>4.2</b>   | <b>BESKRYWENDE STATISTIEK VIR DIE TOTALE GROEP OP<br/>AL DIE MEETINSTRUMENTE</b> | <b>64</b> |
| <b>4.2.1</b> | <b>EVALUERING VAN DIE CRONBACH ALFA-<br/>BETROUBAARHEIDSKOëFFISIëNTE</b>         | <b>64</b> |
| <b>4.2.2</b> | <b>EVALUERING VAN DIE GEMIDDELDE TELLINGS EN<br/>STANDAARDAFWYKINGS</b>          | <b>64</b> |
| <b>4.3</b>   | <b>VERGELYKING VAN SUBGROEPE</b>   | <b>67</b> |
| <b>4.3.1</b> | <b>INLEIDING</b>   | <b>67</b> |
| <b>4.3.2</b> | <b>EVALUERING EN INTERPRETASIE VAN BEDUIDENDHEID VAN<br/>VERSKILLE</b>           | <b>68</b> |
| <b>4.4</b>   | <b>SAMEVATTING</b>   | <b>72</b> |

## **HOOFSTUK 5**

### **SAMEVATTING, GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS**

|                |  |           |
|----------------|--|-----------|
| <b>5.1</b>     | <b>INLEIDING</b>   | <b>73</b> |
| <b>5.2</b>     | <b>SAMEVATTING EN GEVOLGTREKKINGS MET BETREKKING<br/>TOT PSIGOLOGIESE WELSTAND BY ROLSTOELATLETE</b>                                     | <b>73</b> |
| <b>5.2.1</b>   | <b>SAMEVATTING EN GEVOLGTREKKINGS VANUIT DIE<br/>LITERATUURONDERSOEK</b>   | <b>73</b> |
| <b>5.2.1.1</b> | <b>Die salutogene/fortigene oriëntasie as metateoretiese perspektief<br/>teenoor die patogene perspektief</b>                            | <b>73</b> |
| <b>5.2.1.2</b> | <b>Psigologiese welstand</b>   | <b>74</b> |
| <b>5.2.1.3</b> | <b>Empiriese indikasies van die verband tussen deelname aan sport/<br/>fisiese oefening en psigologiese welstand by (rolstoel)atlete</b> | <b>76</b> |
| <b>5.2.1.4</b> | <b>Integrerende raamwerk</b>   | <b>77</b> |

|              |   |           |
|--------------|---|-----------|
| <b>5.2.2</b> | <b>GEVOLGTREKKINGS VANUIT DIE EMPIRIESE ONDERSOEK</b>               | <b>78</b> |
| 5.2.2.1      | Basislyninligting ten opsigte van indekse van psigologiese welstand | 78        |
| 5.2.2.2      | Verskille tussen subgroepe  | 78        |
| 5.2.2.3      | Globale gevolgtrekking  | 80        |
| <b>5.3</b>   | <b>DIE BYDRAE VAN HIERDIE ONDERSOEK</b>                             | <b>81</b> |
| <b>5.4</b>   | <b>AANBEVELINGS</b>   | <b>82</b> |
| <b>5.5</b>   | <b>DIE LEEMTES VAN HIERDIE ONDERSOEK</b>                            | <b>83</b> |
| <b>5.6</b>   | <b>TEN SLOTTE</b>   | <b>83</b> |

#### LYS VAN FIGURE

|                   |   |           |
|-------------------|---|-----------|
| <b>Figuur 2.1</b> | <b>Die Multidimensionele Model van Gessondheid (Eberst, 1984:101)</b>                 | <b>20</b> |
| <b>Figuur 2.2</b> | <b>Die Mens-Sisteem Gesondheidstruktuur (Seeman, 1989:1099)</b>                       | <b>23</b> |
| <b>Figuur 2.3</b> | <b>Die Sisteem Model van Welstand</b><br>(Croese, Nicolas, Gobble & Frank, 1992:150). | <b>28</b> |
| <b>Figuur 2.4</b> | <b>Die Wiel van Welstand en Voorkoming</b><br>(Witmer en Sweeney, 1992:142)           | <b>31</b> |
| <b>Figuur 2.5</b> | <b>Die Model van Welstand (Adams, Bezner en Steinhardt (1997:209)</b>                 | <b>33</b> |

#### LYS VAN TABELLE

|                  |  |           |
|------------------|--|-----------|
| <b>Tabel 3.1</b> | <b>Samestelling van die onderoekgroep: Ouderdom</b><br>teenoor gestremdheidskategorie (N=61).  | <b>49</b> |
| <b>Tabel 3.2</b> | <b>Samestelling van die onderoekgroep: Rassegroep</b><br>teenoor geslag (N=61)   | <b>49</b> |
| <b>Tabel 3.3</b> | <b>Samestelling van die onderoekgroep: Geslag teenoor</b><br>gestremdheidskategorie (N=61)   | <b>50</b> |
| <b>Tabel 4.1</b> | <b>Gemiddeldes (x), standaardafwykings (Std), omvang van</b><br>tellings en Cronbach alfa-betroubaarheidskoeffisiënte ( $\alpha$ )<br>vir alle meetinstrumente. Totale Groep (N=61). | <b>65</b> |
| <b>Tabel 4.2</b> | <b>Gemiddeldes (x), standaardafwykings, (Std), statistiese</b><br>beduidendheid (p) en praktiese beduidendheid (d) van   | <b>69</b> |

**verskille op meetinstrumente. Eksperimentele groep (n=27)  
en kontrolegroep (n=27)**

**BYLAE**

**Bylae A Biografiese vraelys en frekwensies per item \_\_\_\_\_ 84**

**Bylae B Uitskieters \_\_\_\_\_ 85**

**BIBLIOGRAFIE \_\_\_\_\_ 86**

# HOOFSTUK 1

## ORIËNTASIE, PROBLEEMSTELLING DOELSTELLING EN BASIESE HIPOTESE

### 1.1 ORIËNTASIE EN PROBLEEMSTELLING

Die gejaagde lewe van vandag gee aanleiding tot vele pad- en werkverwante ongelukke wat uitloop op fisiese gestremdheid. Aangebore en verworwe fisiese gestremdhede soos byvoorbeeld serebraal gestremdheid, motor-neuron sklirose, multisklirose, spina bifida, been amputasies en ander been- en neuronverwante siektes, dra grootliks by tot 'n chroniese rolstoelbestaan.

Weens die onblusbaarheid van die menslike gees te midde van moeilike en uitdagende omstandighede (Frankl, 1984:88), neem talle rolstoelpersone deel aan aktiwiteite en stokperdjies ten einde 'n betekenisvolle en produktiewe lewe te lei. Sommige rolstoelpersone vind vervulling en ontspanning in die kunste soos byvoorbeeld toneel en skilderkuns. Die Vereniging vir Mond en Voet Skilders is alombekend vir hul meesterlike skilderwerke en Kersfeeskaartjies. Ander rolstoelpersone streef na akademiese en loopbaandoelstellings ten einde hul volle potensiaal te ontwikkel. Fisiese oefening en deelname aan sport raak ook toenemend gewild onder rolstoelpersone. Volgens Crouse (2000:persoonlike mededeling) is daar 76 rolstoelsportklubs in Suid-Afrika

Volgens Silliman en Sherrill (1989:77) is daar 'n behoefte aan navorsing oor die psigologiese funksionering van gestremde atlete. In die verlede is daar veral gefokus op psigologiese aspekte ten einde die rolstoelatleet se sportpotensiaal te optimaliseer. Min navorsing is egter gedoen oor die psigologiese welstand van rolstoelatlete (Silliman en Sherrill, 1989:77; Greenwood, Dzewaltovski en French, 1992:13; Campbell en Jones 1994:404; Campbell, 1995:563). Volgens Greenwood *et al.* (1992:12) het navorsers gevind dat sport en fisieke oefening geassosieer kan word met psigologiese welstand. Die leemte van vorige studies is volgens Campbell en Jones (1994:406) dat psigologiese aspekte van rolstoelatlete, met dié van nie-gestremde atlete vergelyk is. Navorsing wat die psigologiese welstand van rolstoelatlete vergelyk met rolstoelpersone wat nie aan sport

of fisieke oefening deelneem nie, sal volgens hulle wetenskaplik meer korrek wees. Geen literatuur wat die psigologiese welstand van rolstoelatlete ondersoek in die Suid-Afrikaanse konteks, kon opgespoor word nie. Die volgende elektroniese databasisse en Suid-Afrikaanse Universiteitskatalogusse is geraadpleeg: Repertorium van Suid-Afrikaanse tydskrifte, katalogusse van die PU vir CHO, UOVs, UNISA en Stellenbosch, SportDiscuss en NEXUS (databasis vir geregistree en uitstaande Suid-Afrikaanse navorsing).

Psigologiese welstand is 'n breë konstruk wat aspekte van psigologiese gesondheid vanuit die salutogene perspektief (oorsprong van gesondheid), en fortigene perspektief (oorsprong van sterktes), bestudeer (Wissing en Van Eeden, 1997:7). Volgens Wissing (2000:8) kan psigologiese welstand en psigologiese gesondheid as sinonieme gebruik word. Vir die doeleindes van hierdie studie sal psigologiese welstand gedefinieer word as die mate van positiewe selfesteem (Coopersmith, 1986:1), koherensiesin (Antonovsky, 1988:49), konstruktiewe copingvaardighede (Carver, Scheier en Weintraub, 1989:267), lewensvredeheid (Diener, Emmons, Larsen en Griffin, 1985:70) en konstruktiewe denke (Epstein, 1993:1). Elk van die bogenoemde konstrunkte/verskynsels sal vervolgens kernagtig omskryf word. Verder sal aangedui word watter navorsing, indien enige, in verband met rolstoelatlete gedoen is.

Selfesteem verwys na houdings en oortuigings wat 'n persoon oor homself het in die alledaagse lewe (Coopersmith, 1986:1). Volgens Goodling en Asken (1987:124) en Hutzler en Bar-Eli (1993:221) toon navorsing dat deelname aan atletiek deur fisies gestremde persone, 'n geleentheid skep om positiewe selfesteem te herwin. Campbell en Jones (1994:410) rapporteer egter dat daar nie 'n beduidende verskil gevind is in die selfesteem van rolstoelpersone wat aan sport deelneem en rolstoelpersone wat nie aan sport deelneem nie.

Koherensiesin vorm die sentrale konstruk van Antonovsky se salutogene perspektief. Koherensiesin is volgens hom 'n disposisionele oriëntasie wat die individu in staat stel om eise van die interne en eksterne lewensomgewings te verstaan, te beheer en die

betekenisvolheid daarvan te identifiseer (Antonovsky, 1988:207). Antonovsky (1988:212) is van mening dat koherensiesin 'n primêre dimensie van algemene welstand is. Geen studie wat die koherensiesin van rolstoelatlete ondersoek kon opgespoor word nie.

Copingvaardighede verwys na strategieë wat aangewend word om stresvolle situasies van die lewe te hanteer (Reber, 1995:164). Van Eeden (1996:96) is van mening dat coping belangrike aspekte van psigologiese welstand verteenwoordig. Geen studie wat die copingvaardighede van rolstoelatlete ondersoek kon opgespoor word nie.

Lewenstevredenheid behels volgens Diener, Emmons, Larsen en Griffin (1985:71) 'n kognitiewe beoordeling van 'n persoon se lewe volgens sy eie kriteria. Heady, Kelley en Wearing (1993:77) en Wissing en Van Eeden (1997:24) is van mening dat lewenstevredenheid positief geassosieer kan word met psigologiese welstand. Geen studie wat die lewenstevredenheid by rolstoelatlete ondersoek kon opgespoor word nie.

Konstruktiewe denke hou verband met algemene lewenssukses, persoonlike produktiwiteit, positiewe denke en min emosionele en fisiese stresssimptome (Epstein, 1992:104). Konstruktiewe denke kan gesien word as 'n copingmeganisme en daar bestaan 'n sterk empiriese verband tussen konstruktiewe denke en die koherensiesin-konstruksie (Van Eeden, 1996:99). Dit wil dus voorkom asof daar 'n sterk empiriese verband is tussen psigologiese welstand en die konstruktiewe denke-konstruksie. Geen studie wat konstruktiewe denke by rolstoelatlete ondersoek kon opgespoor word nie.

As die psigologiese welstand van rolstoelatlete beter is as die psigologiese welstand van rolstoelpersone wat nie aan sport of enige ander fisiese oefening deelneem nie, sal hierdie studie gronde kan bied vir motivering tot deelname aan sport en die ontwikkeling van oefenprogramme vir rolstoelpersone, waardeur hulle lewenskwaliteit moontlik verbeter kan word.

Die navorsingsvraag is: Is die psigologiese welstand van rolstoelatlete hoër as die psigologiese welstand van rolstoelpersone wat nie aan sport of enige ander fisiese

oefening deelneem nie?

## **1.2 DOELSTELLING**

Hierdie studie sal poog om vas te stel of die psigologiese welstand van rolstoelatlete hoër is as die psigologiese welstand van rolstoelpersone wat nie aan sport of enige ander fisiese oefening deelneem nie.

## **1.3 BASIESE HIPOTESE**

Die basiese hipotese is dat rolstoelatlete se psigologiese welstand hoër is as rolstoelpersone wat nie aan sport of enige ander oefening deelneem nie.

## **1.4 SAMEVATTING EN VOORUITSKOUING**

Hoofstuk 1 dien as inleiding tot hierdie studie wat die oriëntasie, probleemstelling, doelstelling en basiese hipotese vervat. Die motivering vir so 'n studie is uitgelig. Daar is, volgens verskeie outeurs, 'n duidelike behoefte aan navorsing wat die psigologiese funksionering van gestremde atlete ondersoek, en behalwe vir selfesteem, is daar nog geen studie gedoen wat die lewenstevredenheid-, copingvaardighede, konstruktiewe denke en koherensiesin konstrunkte by rolstoelatlete ondersoek nie. Hoofstuk 2 bied 'n salutogene/fortigene beskouing van psigologiese welstand by rolstoelatlete en betrek drie temas naamlik: die salutogene/fortigene oriëntasie versus die patogene perspektief; psigologiese welstand; en empiriese indikasies van die verband tussen psigologiese welstand en deelname aan sport of fisiese oefening by rolstoelatlete. In hoofstuk 3 sal die empiriese ondersoek beskryf word. Die resultate word in hoofstuk 4 uiteengesit en geïnterpreteer en die gevolgtrekkings en aanbevelings word in hoofstuk 5 gegee.

## **HOOFSTUK 2**

# **‘n SALUTOGENE/ FORTIGENE BESKOUING VAN PSIGOLOGIESE WELSTAND BY ROLSTOELATLETE**

### **2.1 INLEIDING**

Hoofstuk 2 betrek drie temas wat progressief nouer fokus. Eerstens sal daar gefokus word op die salutogene/fortigene oriëntasie versus die patogene perspektief. Die salutogene/fortigene oriëntasie vorm die filosofiese fondament van hierdie ondersoek. Daarna sal die aard van psigologiese welstand ondersoek word vanuit die personologie, resente modelle van psigologiese welstand/gesondheid en spesifieke konstrakte wat met psigologiese welstand geassosieer word. Die belangrikste moderatorveranderlikes wat met psigologiese welstand geassosieer word, word ook hier bespreek. Derdens sal die empiriese indikasies van die verband tussen psigologiese welstand en deelname aan sport/fisiese oefening by rolstoelatlete ondersoek word.

### **2.2 DIE SALUTOGENE/FORTIGENE ORIËNTASIE VERSUS DIE PATOGENE PERSPEKTIEF**

#### **2.2.1 INLEIDING**

Binne hierdie afdeling word lig gewerp op die aard, oorsprong en kenmerke van die salutogene/fortigene oriëntasie as metateoretiese perspektief. Die mate waartoe die salutogene/fortigene perspektief in teenstelling staan tot die tradisionele patogene oriëntasie, word ook hier ondersoek.

#### **2.2.2 DIE AARD EN OORSPRONG VAN DIE SALUTOGENE/FORTIGENE ORIËNTASIE AS METATEORETIESE PERSPEKTIEF**

Volgens Madsen (1988:17) kan ‘n wetenskaplike teks in geheel in ten minste drie vlakke verdeel word:

- Die metateoretiese/filosofiese vlak wat bestaan uit die implisiete en eksplisiete aannames rakende die aard van realiteit (filosofie van die wêreld), kennis en die filosofie van die wetenskap;
- Die teoretiese/hipotetiese vlak waar teorieë, modelle en hipoteses tot die

wetenskaplike verklaring van fenomene geakkommodeer word en

- Die empiriese/datavlak impliseer die empiriese manifestasies van fenomene, die persepsie meting en beskrywing daarvan (afhanklike en onafhanklike veranderlikes, asook hul verwantskappe al dan nie).

Die drie vlakke het 'n wederkerige afhanklike verhouding. Met ander woorde, wat op een vlak aangeneem of gevind word, het 'n noodwendige invloed op die twee ander oorblywende vlakke (Madsen, 1988:18).

Salutogenese en fortigenese is beide perspektiewe wat op die metateoretiese/filosofiese vlak lê en sal vervolgens kortliks beskryf word:

Die term *salutogenese* is 'n neologisme wat deur Antonovsky (1979:21) saamgestel is en beteken letterlik die bron/oorsprong van gesondheid/gesond wees. As perspektief ondersoek salutogenese die aard en oorsprong van gesondheid in die algemeen, asook hoe mense cope met lewenseise en stressors.

In 1970 het Antonovsky data geanaliseer van 'n studie van menopouse by vroulike Nazi-konsentrasiekamp-oorlewendes. Tot sy verbasing het 29% oor redelike geestesgesondheid beskik soos gemeet aan subjektiewe meningsopnames. Gesien teen die agtergrond van onbeskryflike gruweldade en haglike lewensomstandighede in die oorlogskampe, gevolg deur jare as ontwortelde persone en hervestiging in 'n nuwe land wat drie oorloë beleef het, was dit vir Antonovsky byna onbegryplik dat enigiemand redelike geestesgesondheid kan rapporteer (Antonovsky, 1988:xi). Dit het hom beweeg om by te dra tot die ontwikkeling van 'n nuwe metateoretiese perspektief, naamlik *salutogenese*. Die basiese mensbeskouing vanuit die salutogene oriëntasie is dat die mens voortdurend neig na 'n staat van heterostasis en wanorde. Die mens is dus gedurig besig met 'n dinamiese proses, om dit wat harmonie in sy/haar lewe bewerkstellig, teen te gaan. Die mens neig verder na 'n toestand van toenemende entropie. Entropie is volgens Reber (1995:253) 'n gebrek aan energie om verandering/sosiale vooruitgang te weeg te bring. Die mens neig dus om meer rigied in denke en gedrag te raak namate hy/sy ouer word.

Strümpfer (1995:81) is van mening dat Antonovsky se salutogene perspektief primêr fokus op die oorsprong van fisiese gesondheid. Strümpfer (1995:82) stel vervolgens die breër konstruk *fortigenese* voor wat die *oorsprong van sterktes* beteken en skep daardeur 'n wyer metateoretiese platform waarvandaan bronne van sterktes in die algemeen beskou kan word.

Die studie van menslike sterktes en bronne/kapasiteite op die teoretiese en empiriese vlakke, is volgens Wissing (2000:8) in lyn met die gelyktydige ontwikkelinge van 'n fokus op sterktes in diverse velde van die psigologie, asook ander dissiplines, byvoorbeeld sosiologie, teologie, menslike bewegingskunde, filosofie en etnologie (Vgl. Adams, Bezner en Steinhardt, 1997:209; Barnard, 1994:135; Buss, 2000:15; Cowen, 1991:404; Diener, 2000:34; Durlak, 1998:512; Feldt, 1997:137; Larson, 2000:170; Lightsey, 1996:589; Meddin, 1998:163; Ryff en Singer, 1998:1; Seeman, 1989:1099; Seligman en Csikszentmihalyi, 2000:56; Silverman, 1994:88; Taylor, Kemeny, Reed, Bower en Gruenewald, 2000:99; Weisberg en Sagie, 1999:333; Winner, 2000:159; Wissing en Van Eeden, 1994:4 en 1997:3; Zeidner en Endler, 1996:139).

### 2.2.3 KENMERKE VAN DIE SALUTOGENE/FORTIGENE ORIËNTASIE

Die volgende is volgens Antonovsky kenmerke van die salutogene oriëntasie

- **Kontinuum in plaas van digotomie**

Antonovsky (1988:3) beskou die konsepte *siekte* en *gesondheid* as twee pole van 'n kontinuum in plaas van twee teenoorgestelde begrippe. Hierdie kontinuum staan bekend as die "health-ease/dis-ease"-kontinuum. "We are all terminal cases. And we all are, as long as there is a breath of life in us, to some measure healthy" (Antonovsky, 1988:3). Die salutogene/fortigene oriëntasie stel voor dat elke individu se posisie op hierdie "health-ease/dis-ease"-kontinuum, ter enige tyd bestudeer moet word. Siekte en gesondheid is dus verwant aan mekaar. Die salutogene/fortigene oriëntasie behels dus dat daar nie net gefokus moet word op siektes nie.

- **Die persoon as geheel in plaas van net sy spesifieke patologie**

Vir Antonovsky (1988:4) is daar twee belangrike beperkings in die patogene oriëntasie: Eerstens word daar gefokus op die patologie as sulks en nie op die persoon wat 'n spesifieke

mediese (of psigologiese) probleem het nie. In die tweede plek word die patoloog 'n spesialis in 'n spesifieke siektetoestand wat 'n vernouing in fokus impliseer.

Hierdie beperkings bring mee dat belangrike etiologiese data (oorsake van siekte) verlore gaan. Wanneer daar gefokus word op die persoon as geheel, lei dit tot groter begrip en kennis rakende die probleem, omdat alle fasette van die persoon betrek word en nie bloot net byvoorbeeld die fisiese nie.

- **Salutogene faktore en risikofaktore**

Die salutogene oriëntasie, in teenstelling met die patogene model, ondersoek faktore wat die persoon se posisie op die "health-ease/dis-ease" kontinuum, meer na die gesonde kant sal laat beweeg. Antonovsky (1988:6) beweer dat sulke faktore meestal geen korrelasie toon met patogene risikofaktore nie. Daaruit volg dan dat 'n lae telling op risikofaktore A, B en C nie al is wat lei tot die beweging na die gesonde kant van die kontinuum nie. Faktore buite die veld van die patogene benaderingswyse, byvoorbeeld die kliënt se huislike omstandighede, speel ook 'n rol in 'n positiewe prognose.

- **Stressors is nie inherent nadelig nie**

Die salutogene oriëntasie beskou stressors nie as inherent sleg of nadelig nie. Antonovsky (1988:xii) voer aan dat stressors alomteenwoordig is in die menslike bestaan. Sommige mense slaag selfs daarin om te oorleef en te presteer ondanks 'n hoë streslading. Stressors kan dus salutogene resultate oplewer (Antonovsky en Bernstein, 1986:53). Stressors veroorsaak spanning wat hanteer moet word. Die uitkoms van die spanningstaat kan patogeen, neutraal of salutogeen van aard wees, afhangende van die toereikendheid van spanninghanteringsvaardighede/ weerstandshulpbronne. Wanneer die spanning ontoereikend hanteer word, gee dit aanleiding tot stres en die beweeg na die "dis-ease" pool van die "health-ease/dis-ease"-kontinuum (Strümpfer, 1990:267). 'n Stressor wat effektief hanteer word, kan neutraal bly of selfs gesondheidsbevorderend wees.

- **Omvattende in plaas van spesifieke etiologie en diagnose**

Wanneer die persoon as geheel verstaan word en nie net sy spesifieke patologie in aanmerking geneem word nie, kan daar volgens Antonovsky (1988:9) 'n vollediger etiologie en diagnose gemaak word. Vir Antonovsky is *negatiewe entropie* (sien p.6 vir die omskrywing van entropie) die sleutel tot suksesvolle behandeling van 'n siekte. Die effektiewe aanpassing van 'n organisme (persoon) kan volgens Antonovsky (1988:9) gefasiliteer word deur middel van verbeelding, liefde, betekenis, speel, die wil en al die sosiale strukture wat die organisme (persoon) huisves.

- **Die salutogene oriëntasie bestudeer uitskieters**

Die navorser in die patogene oriëntasie is tevrede met empiriese data wanneer sy/haar hipotese bevestig is. Hoewel die salutogene navorser nie die belangrikheid van die resultate ignoreer nie, word veral die uitskieters bestudeer. Vrae soos byvoorbeeld: “Wie is die rokers wat nie longkanker kry nie?” word gestel. Volgens Strümpfer (1990:267) word uitskieters deur middel van data-analise en bespreking bestudeer.

- **Die patogene en salutogene oriëntasies staan komplementêr tot mekaar**

Antonovsky (1988:13) is van mening dat die patogene oriëntasie, wat 'n belangrike bydrae tot huidige kennis en praktyk gemaak het, nie veel van huidige data kan verklaar nie. Ondersoeke vanuit die patogene oriëntasie het byvoorbeeld vasgestel dat longkanker veroorsaak kan word deur te rook. Daar is wel rokers wat nooit longkanker kry nie. Die patogene oriëntasie kan nie hierdie verskynsel verklaar nie. Antonovsky (1988:13) en Antonovsky en Bernstein (1986:64) verwerp egter nie die patogene perspektief nie. Hulle stel voor dat die salutogene en patogene oriëntasies komplementêr tot mekaar moet staan. Strümpfer (1990:268) waarsku egter teen 'n te vredeliewende simbiotiese verhouding tussen die patogene en salutogene paradigmas. Hy voer aan dat die patogene oriëntasie steeds te prominent en dominerend is en dat dit eerstens noodsaaklik is om die salutogene paradigma met mening te vestig. Die salutogene benaderingswyse is integraal tot nuwe insigte en groei in die sosiale wetenskappe en toon die potensiaal om kennis op 'n nuwe, hoër vlak te integreer (Strümpfer, 1990:268).

#### **2.2.4 ALGEMENE WELSTAND VANUIT DIE SALUTOGENE/FORTIGENE ORIËNTASIE**

Antonovsky (1979:103) sluit aanvanklik ander aspekte van algemene welstand, insluitend psigologiese welstand, uit die “health-ease/dis-ease” kontinuum. Psigologiese welstand het volgens hom nie op hierdie kontinuum tuis gehoor nie. In 1988 bespreek hy in 'n boek vir die eerste keer die moontlike verband tussen koherensiesin en algemene welstand (Antonovsky, 1988:179). “If the SOC (Sense of Coherence) is indeed related to health, should it not then reasonably be expected to be related to a variety of aspects of well-being? If successful coping with life stressors has positive consequences for health, should it not also have positive consequences for satisfaction, happiness, moral and positive affect?” (Antonovsky, 1988:180). Antonovsky (1988:181) verwag dat daar 'n positiewe verband tussen koherensiesin en vele fasette van welstand sal wees. Hy beweer dat die algemene weerstandshulpbronne (AWH), wat lewenservarings skep en 'n sterk koherensiesin tot gevolg het, ook psigologiese welstand direk moet bevorder. Koherensiesin kan direk verbind word met AWH wat aspekte van lewensukses fasiliteer, byvoorbeeld interpersoonlike verhoudinge, gemeenskapsbetrokkenheid en religieuse uitlewing. Antonovsky se verwagtinge van 'n positiewe verband tussen koherensiesin en psigologiese welstand is bevestig deur Feist, Bodner, Jacobs, Miles en Tan (1995:138) se bevindinge dat psigologiese welstand 'n oorsaak en gevolg van fisiese gesondheid, daaglikse hindernisse, wêreldafleidings en copingvaardighe- de is. Crose, Nicholas, Gobble en Frank (1992:149) is verder van mening dat psigologiese welstand 'n eienskap is van optimale gesondheid/algemene welstand.

#### **2.2.5 SAMEVATTING**

Salutogenese/fortigenese is 'n betreklik nuwe metateoretiese perspektief en staan teenoor die tradisionele patogene oriëntasie. Salutogenese beteken: “die bron/oorsprong van gesondheid/gesund wees.” en fortigenese behels “die oorsprong van sterktes/kapasiteite”. Die salutogene/fortigene oriëntasie fokus dus op gesondheid en sterktes, Hierdie studie ondersoek die psigologiese welstand by rolstoelatlete. Die salutogene/fortigene oriëntasie skep dus 'n gunstige filosofiese milieu vir hierdie ondersoek en is daarom as metateoretiese perspektief

geselekteer.

Volgens Madsen (1988:17) word die metateoretiese/filosofiese vlak van 'n wetenskaplike teks opgevolg met 'n teoretiese/hipotetiese vlak. Op die teoretiese/hipotetiese vlak word teorieë, modelle, konstruksie en hipoteses tot die wetenskaplike verklaring van fenomene geakkomodeer. Die aard van die verskynsel van psigologiese welstand gaan vervolgens ondersoek word.

## **2.3 PSIGOLOGIESE WELSTAND**

### **2.3.1 INLEIDING**

In hierdie afdeling word die aard van psigologiese welstand op 'n teoretiese/hipotetiese vlak ondersoek. 'n Verklaring van die verskynsel, *psigologiese welstand*, word vanuit die persoonologie en resente modelle van psigologiese welstand/gesondheid aangebied. Verskeie konstruksie en moderatorveranderlikes wat met psigologiese welstand geassosieer word, word ook bespreek.

Psigologiese welstand geniet vir die afgelope twintig jaar toenemend aandag op teoretiese sowel as empiriese vlakke in die algemene en toegepaste navorsingskringe van die psigologie en verwante dissiplines. (Vgl. Adams *et al.*, 1997:209; Barnard, 1994:135; Buss, 2000:15; Cowen, 1991:404; Diener, 2000:34; Durlak, 1998:512; Feldt, 1997:137; Larson, 2000:170; Lightsey, 1996:589; Meddin, 1998:163; Ryff en Singer, 1998:1; Seeman, 1989:1099; Silliman en Csikszentmihalyi, 2000:33; Silverman, 1994:89; Taylor *et al.*, 2000:99; Weisberg en Sagie, 1999:333; Winner, 2000:159; Wissing en Van Eeden, 1994:4 en 1997:3; Zeidner en Endler, 1996:100).

### **2.3.2 DIE AARD VAN PSIGOLOGIESE WELSTAND**

Bradburn (1969:14) is van mening dat die konsep *psigologiese welstand* moeilik of selfs onmoontlik is om te meet. Hy voer aan dat 'n raming van geestesgesondheid, deur middel van psigiatriese diagnostiek en psigologiese evaluasies van simptome gemaak kan word. Psigologiese welstand daarenteen, het 'n diverse en multidimensionele aard en vereis daarom 'n diverse en multidimensionele wyse van meting.

Verskeie teoretiese konstrunkte ondervang sekere aspekte van psigologiese welstand, byvoorbeeld persone se houdings teenoor die lewe in die verlede, hede en toekoms. Objektiewe metings van byvoorbeeld simptomatologie, sowel as subjektiewe metings, byvoorbeeld deur selfevaluerende vraelyste word gebruik om 'n persoon se psigologiese welstand te bepaal (Lightsey, 1996:591). Die meeste studies ondersoek volgens Lightsey (1996:592) psigologiese welstand in terme van lewenstevredenheid, moraal en positiewe en negatiewe affek.

Volgens Haworth, Jarman en Lee (1997:348) is aspekte bevorderend tot psigologiese welstand tot dusver net van toepassing op die persoon. Voorbeelde van sulke aspekte is interne versus eksterne lokus van kontrole en opvattinge rakende intrinsieke versus ekstrensieke motivering. Haworth *et al.* (1997:349) en Lightsey (1996:592) is van mening dat situasionele/omgewings-voorwaardes, tesame met aspekte van die persoon, psigologiese welstand fasiliteer. Vervolgens gaan daar dan gekyk word na die verskynsel van psigologiese welstand vanuit verskeie persoonlikheidsteorieë.

### **2.3.3 PERSPEKTIEWE OP PSIGOLOGIESE WELSTAND VANUIT DIE PERSONOLOGIE**

Verskeie persoonloë het op teoretiese vlak 'n waardevolle bydrae gemaak tot die konseptualisering van die fenomeen, psigologiese welstand. Vervolgens gaan psigologiese welstand ondersoek word vanuit die persoonlikheidsteorieë van die belangrikste outeurs uit die hoofstrominge van die personologie.

#### **2.3.3.1 Die psigoanalitiese en neo-psigoanalitiese perspektiewe**

Volgens Möller (1993:51) beskou Freud soos blyk uit sy werk in 1940, dat die *volwasse persoonlikheid* in staat om spanning as gevolg van aggressiewe en seksuele instinkte effektief te verwerk, en in gesonde kanale te lei deur middel van verplasing of sublimasie. Freud sou 'n persoon wat oor die vermoë beskik om lief te hê, produktief te werk en morele keuses te maak, beskou as 'n psigologiese gesonde persoon (Feist *et al.*, 1995:138).

Jung (1960:199) beskou psigologiese welstand as die voltooiing van die prosesse van

*indivichuasie* (die proses waardeur die eie en unieke persoonlikheid ontwikkel en wat onder meer daartoe lei dat die persoon bewus word van sy eie individualiteit) en *transendering*. ('n meganisme binne die persoon wat daarop gerig is om alle aspekte van homself, bewustes sowel as onbewustes, tot 'n geheel te verenig). Van Eeden (1996:55) meen dat Jung besonder klem lê op die noodsaaklikheid van geestelike waardes vir die gesondheid van die persoon se geestelike dimensie. Dit impliseer dus dat die psigologies gesonde persoon oor 'n gevestigde identiteit beskik, en dat hy/sy bewus is van sy/haar uniekheid, asook die noodsaaklikheid van geestelike waardes in sy/haar lewe.

Adler was die voorloper van 'n subjektiewe benadering tot die psigologie. Sy Individuele Psigologie beklemtoon interne determinante van gedrag, naamlik: waardes, oortuigings, houdings, doelwitte, belangstellings en individuele waarneming van realiteit. Die kliënt se subjektiewe/fenomenologiese wêreld staan sentraal tot hierdie benadering deurdat dit die waarnemings, oortuigings en gevolgtrekkings van individue bestudeer (Corey, 1991:138). Adler beskou dus 'n psigologies gesonde persoon as iemand wat outonoom, realisties en moreel-verantwoordelik optree en toekomsgeoriënteerd is.

Volgens Van Eeden (1996:55) meen Horney soos blyk uit haar werk in 1957, dat psigologiese gesondheid as die ontwikkeling en uitlewing van *persoonlike potensiaal* en talente beskou moet word. Erikson se werke van 1963 en 1980 beklemtoon die noodsaaklikheid van psigososiale aspekte by die psigologiese groei van persone. Volgens Erikson vind psigoseksuele en psigososiale ontwikkeling gelyktydig plaas. Suksesvolle afhandeling van elke fase (krisis) lei tot die integrasie van egokragte en die formulering van 'n duidelik omlynde identiteit (Corey, 1991:102 en Van Eeden, 1996:55)

Psigologiese welstand vanuit die psigoanalitiese en neo-psigoanalitiese perspektiewe is dus gesetel in die interne of intrapsigiese dimensie van die mens. Vervolgens gaan psigologiese welstand vanuit die kognitiewe, gedragsteoretiese en kognitief-gedragsteoretiese persoonologie ondersoek word.

### 2.3.3.2 Die kognitiewe, gedragsteoretiese en kognitief-gedragsteoretiese perspektiewe

Bandura se *selfsisteem*-persoonlikheidskonstruk maak voorsiening vir gedragsregulasie. Selfbekwaamheid/selfeffektiwiteit (self-efficacy) en uitkomsverwagtinge word volgens Lightsey (1996:701) positief verbind met subjektiewe welstand. Die psigologies gesonde persoon is dus in staat om die manier waarop hy/sy optree of oor 'n situasie voel, te kies of te verander ten einde positiewe uitkomst te bewerkstellig.

Volgens Möller (1993:166) dui Kelly in 1955 aan dat 'n psigologies gesonde persoon beskou kan word as iemand wat deur middel van sy/haar persoonlike konstruksie, voortdurend toepaslike konstruerings van die werklikheid maak. Die psigologies gesonde persoon sal dus byvoorbeeld 'n traumatiese gebeurtenis, soos die verlies van die gebruik van sy/haar bene, kan verwerk deur die nuwe realiteit ('n chroniese rolstoelbestaan) te aanvaar.

Ellis se werke van 1962 en 1971 kombineer volgens Möller (1993:174) die gedragsteoretiese en kognitiewe perspektiewe ten opsigte van persoonlikheidsverklaring. Vanuit sy rasioneel-emotiewe teorie beskou hy 'n psigologies gesonde persoon as iemand wat oor rasionele denke en houdings beskik (Möller, 1993:174) en deur middel van gedissiplineerde denke 'n optimale, selfvervullende, kreatiewe en emosioneel bevredigende lewe lei (Van Eeden, 1996:56). Ellis en Dryden (1987), soos aangedui deur Corey (1991:329), is van mening dat die mens oor 'n aangebore neiging tot psigologiese groei en aktualisering beskik.

Psigologiese welstand word dus vanuit die kognitiewe, gedragsteoretiese en kognitief-gedragsteoretiese perspektiewe, beskou as die vermoë om eie gedrag en denke te kies en te verander, ten einde positiewe uitkomst te bewerkstellig. Vervolgens gaan psigologiese welstand vanuit die humanistiese, eksistensiële en eksistensiël-fenomenologiese persoonologie ondersoek word.

### 2.3.3.3 Die humanistiese, eksistensiële en eksistensiël-fenomenologiese perspektiewe

Allport (1978:275) beskou die psigologies gesonde persoon, vanuit 'n disposisionele perspektief, as iemand met 'n *volwasse/ryp persoonlikheid*. Die motiewe van 'n volwasse

persoon is funksioneel outonoom, dit wil sê hy/sy word nie deur traumas uit die kindertyd beheers nie. Die kriteria vir die volwasse/ryp persoonlikheid is volgens Allport (1978:275) die volgende:

- Die vermoë om belangstelling buite hom-/haarself te ontwikkel en betrokke te wees daarby;
- Die vermoë tot intimiteit (outentieke deelname) met ander;
- Emosionele sekuriteit wat selfaanvaarding, aanvaarding en kontrole van menslike emosies en genoegsame frustrasietoleransie insluit;
- Realistiese (objektiewe) werklikheidsbeskouing;
- Suksesvolle werksverrigting wat bekwaamheid, entoesiasme en toewyding impliseer;
- Selfinsig en humor - die volwasse persoon verstaan eie motiewe en besef eie beperkinge en
- 'n Verenigde lewensfilosofie.

Rogers (1961:183) gebruik die term, *ten volle funksionerende persoon*, wanneer hy na 'n persoon se positiewe psigologiese welstand verwys. Volgens Wissing (1995:12) beskou Rogers selfaktualisering as die mens se basiese motiveringskrag. Selfaktualisering verwys na die mens (organisme) se natuurlike neiging tot fisiese en psigiese groei, versterking en handhawing. Persoonlikheidsontwikkeling sal onder gunstige omstandighede neig na groter differensiasie, integrasie en onafhanklikheid van psigiese funksies (Möller, 1993:245). Vir Rogers (1961:186) is psigologiese gesondheid eerder 'n proses as 'n toestand of eindbestemming. Die kenmerke van die ten volle funksionerende persoon is volgens Rogers (1961:187):

- 'n Toenemende openheid van ervaring;
- 'n Toenemend eksistensiële leefwyse;
- 'n Toenemende vertrouwe in die eie organisme;
- 'n Vryheidsgevoel;
- Kreatiwiteit;
- Konstruktief en vertrouenswaardig en

- Ervaring van toenemende lewensrykheid.

Vir Maslow (1970:153) is die psigologies gesonde persoon, iemand wat *selfaktualisering* nastreef. Selfaktualisering verwys volgens Maslow (1968:4) na die verwesenliking van menslike potensiaal. Maslow (1970:153-180) bespreek die volgende eienskappe wat die selfaktualiserende persoon tipeer:

- Die psigologies gesonde persoon het die vermoë tot objektiewe waarneming van die werklikheid en 'n gemaklike verhouding daarmee;
- Die selfaktualiseerder toon aanvaarding van die self, ander en die natuur;
- Die selfaktualiseerder is spontaan, natuurlik en eenvoudig;
- Die selfaktualiseerder voel dat hy 'n taak of roeping het en dat hy in staat is om homself daaraan toe te wy;
- Die selfaktualiseerder is nie emosioneel simbioties afhanklik van ander nie;
- Die selfaktualiserende persoon toon die vermoë tot en voorkeur vir outonome funksionering;
- 'n Volgehoue varsheid van waarneming en waardering;
- 'n Kapasiteit tot intense, mistiese of hoogtepuntbelevinge wat die self transendeer;
- Die selfaktualiseerder openbaar 'n diep gevoel van sosiale verantwoordelikheid (gemeenskapsgevoel);
- Die psigologies gesonde persoon is in staat tot sterker interpersoonlike verhoudinge;
- Die selfaktualiserende persoon het 'n demokratiese karakterstruktuur;
- Sterk moreel-etiese oortuigings en onderskeiding van middel en doel;
- 'n Filosofiese, nie vyandige sin vir humor;
- Die selfaktualiseerder is kreatief;
- Die selfaktualiserende persoon bied weerstand teen sosiale dwang.

Die Amerikaanse eksistensialis, Rollo May, soos aangehaal deur Van Eeden (1996:58), is van mening dat *optimale psigologiese stabiliteit en waardigheid* bereik kan word deur alle vervreemdingsgedrag te oorwin. Die oorwinning van vervreemdingsgedrag verseker volgehoue toewydingsgedrag. Volgehoue toewyding aan skepping, die ware self, die

medemens en lewe met sy volle betekenis, is belangrike voorwaardes vir optimale psigologiese stabiliteit en waardigheid (Van Eeden, 1996:58). As verteenwoordiger van die Europese eksistensialisme beskou Frankl (1984:121) 'n psigologies gesonde persoon as 'n *selftransenderende mens* (die persoon vind sinvolheid in sy/haar lewe deur te streef na, en om te gee vir iets buite hom/haarself) . Die psigologies gesonde persoon streef nie eerstens na balans of homeostase nie, maar na sinvolheid in sy/haar bestaan. Volgens Frankl (1984:122) is die volgende eienskappe kenmerkend van die selftransenderende mens:

- Vry om gedrag te kies en bewustelik te kontroleer;
- Aanvaarding van verantwoordelikheid vir lewenskeuses, houdings en gedrag;
- Het waardes wat belangrik is;
- Kan omgee vir iets buite homself (selftransendensie);
- Is toekomsgerig;
- Het 'n betrokkenheid en toewyding aan werk; en
- Is in staat om liefde te gee en te ontvang.

Volgens Van Eeden (1996:59) verwys Perls, vanuit die gestalt (eksistensiële-fenomenologiese) benadering, na psigologiese welstand as *psigologiese volwassenheid*. Ten einde psigologiese volwassenheid te bereik, is dit volgens Corey (1991:232) noodsaaklik om van vyf tipes neurose ontslae te raak naamlik:

- Die onegte;
- Fobies;
- 'n Doodheidsgevoel;
- Die implosiewe neurose; en
- Die eksplosiewe neurose.

Fromm (1956:67) beskou psigologiese welstand as die *kreatiewe produktiwiteit* waarmee die persoon psigologiese behoeftes bevredig. Volgens Fromm (1956:32) is slegs die bevrediging van al die basiese behoeftes nie genoeg vir die bevordering van psigologiese welstand nie. Die psigologiese behoeftes is onder andere: verbondenheid aan ander; transendering van passiwiteit en magteloosheid; geborgenheid; 'n ware identiteit en 'n verwysingsraamwerk om

die wêreld te begryp (Van Eeden, 1996:57). Die produktiewe persoon beskik veral oor 'n produktiewe oriëntasie ten opsigte van liefde, denke en aksie (werk) (Fromm, 1956:32). Fromm identifiseer vyf karaktertipes wat Westerse kulture tipeer.

- Die ontvangende persoonlikheid, gekenmerk deur passiwiteit;
- Die uitbuitende persoonlikheid, gekenmerk deur manipulasie;
- Die bemarkende persoonlikheid, gekenmerk deur opportunisme en veranderbaarheid;
- Die bewarende persoonlikheid wat bewaar en stoor; en
- Die produktiewe persoonlikheid, gekenmerk deur volwassenheid, liefde en werk.

Volgens Fromm (1956:275) kan die ontwikkeling van psigologiese optimaliteit slegs plaasvind binne 'n psigologies gesonde gemeenskap wat bogenoemde karaktereienskappe weerspieël.

Samevattend kan gesê word dat die humanistiese, eksistensiële en eksistensiële-fenomenologiese perspektiewe, psigologiese welstand/gesondheid koppel aan die intrinsieke groeimotiewe van die mens. Vervolgens gaan psigologiese welstand vanuit die transaksioneel-analitiese perspektief ondersoek word.

#### **2.3.3.4 Die transaksioneel-analitiese (TA) perspektief**

'n Psigologies gesonde persoon is volgens Berne, soos aangehaal deur Kaplan, Sadock en Grebb (1994:254), 'n psigologies optimaal funksionerende persoon. Die drie egostate van die persoonlikheid, naamlik die *kind*, *ouer* en *volwassene* van die psigologies optimaal funksionerende persoon funksioneer in harmonie (Van Eeden, 1996:59). Die kinderlike egostaat bestaan uit gevoelens, impulse en impulsiewe gedrag. Die ouerlike egostaat setel etiese kwaliteite soos moed, opregtheid, lojaliteit en betroubaarheid. Die volwasse egostaat is die dataprozesseerder en objektiewe deel van die persoonlikheid (Corey, 1991:266). Die geïntegreerde *volwasse* egostaat is egter die outonome beheerder (Kaplan *et al.*, 1994:254).

### 2.3.3.5 Die holistiese gesondheidsbenadering

Vanuit die holistiese gesondheidsbenadering verwys Ardell (1977:4) na psigologiese welstand as *hoëvlak psigiese gesondheid*. Hoëvlak psigiese gesondheid is 'n proses waarin simptome afwesig is en die persoon groei en ontwikkel as 'n holistiese eenheid. Die aktualisering van 'n persoon geskied deur middel van dinamiese interaksie van sy/haar afsonderlike dele. Die fisiese, psigiese, emosionele, geestelike, interpersoonlike en omgewingsgerigte aspekte word gebalanseer en geïntegreer in 'n gesonde lewenstyl (Van Eeden, 1996:59).

Bogenoemde persoonlikheidsteorië dien as teoretiese onderbou vir die wetenskaplike verklaring van die verskynsel *psigologiese welstand*, maar lewer beperkte inligting op oor die aard en struktuur van psigologiese welstand. Vervolgens gaan daar gefokus word op algemene modelle van psigologiese welstand/gesondheid, ten einde die diverse en multidimensionele aard daarvan te ondersoek.

## 2.3.4 ALGEMENE MODELLE VAN PSIGOLOGIESE WELSTAND

Resente modelle wat poog om die verskynsel, *psigologiese welstand/gesondheid*, te omskryf word vervolgens kortliks bespreek.

### 2.3.4.1 Eberst (1984) se Multidimensionele Model van Gesondheid

- **Metateoretiese inslag**

Eberst (1984:99) se Multidimensionele Model van Gesondheid is gefundeer in die sisteemteorie waar gesondheid bestaan uit dimensies/elemente en subelemente wat interafhanklik van mekaar funksioneer.

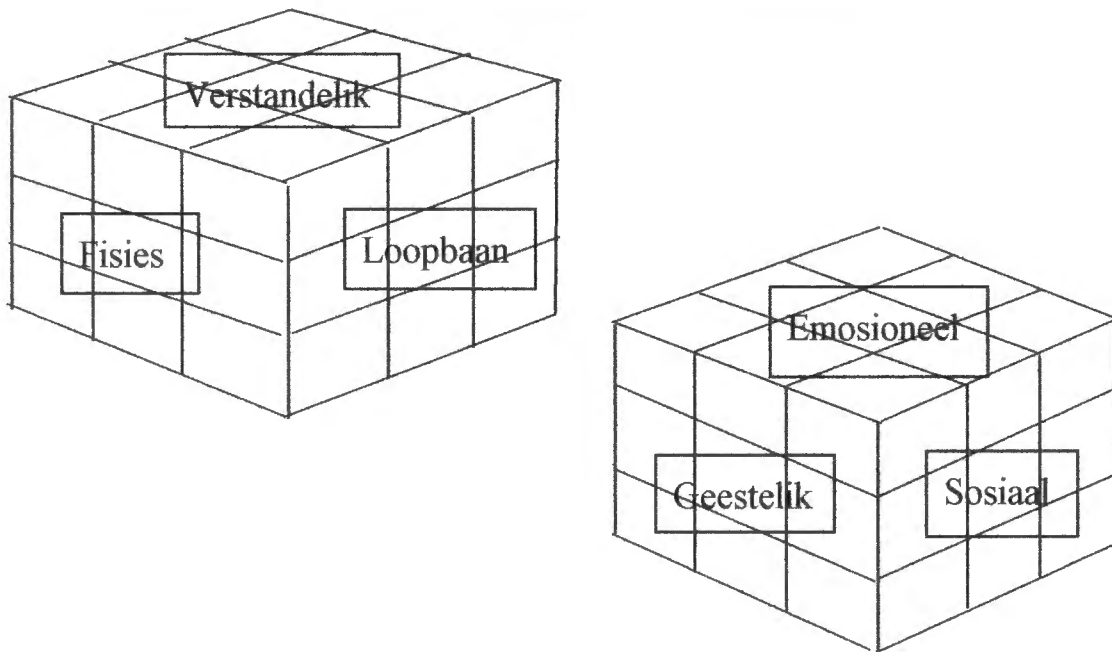
- **Teoretiese vlak**

Eberst (1984:99-100) voer aan dat daar ses (6) dimensies van gesondheid bestaan naamlik:

- 1 Fisies, byvoorbeeld 'n geharde immuunstelsel;
- 2 Emosioneel, byvoorbeeld positiewe selfesteem;
- 3 Kognitief, byvoorbeeld rasonele denke;
- 4 Sosiaal, byvoorbeeld persoon-tot-persoon verhoudings;
- 5 Geestelik, byvoorbeeld religieuse oortuigings; en

Volgens Eberst (1984:100) is hierdie dimensies alleenstaande, maar funksioneer saam as 'n geheel. Elke dimensie huisves 'n komplekse konfigurasie van kleiner elemente.

---



**Figuur 2.1: Die Multidimensionele Model van Gesondheid (Eberst, 1984:101)**

---

Eberst (1984:101) stel die volgende Multidimensionele model van Gesondheid voor ten einde die funksionering van die ses gesondheidsdimensies te verklaar. Die model (Figuur 2.1) is gebaseer op die bekende Rubikkubus ('n seskantige legkaartkubus bestaande uit afsonderlike blokkies wat horisontaal en vertikaal gedraai kan word, ten einde afsonderlike blokkies op elke kant/vlak te skuif/rangskik van een kant na 'n ander) en word soos volg beskryf: Elke kant van die drie-dimensionele kubus word verteenwoordig deur 'n gesondheidsdimensie. Die afsonderlike blokkies wat die kant van die kubus vorm, word verteenwoordig deur al die subelemente waaruit die spesifieke gesondheidsdimensie bestaan. Wanneer al die subelemente van 'n gesondheidsdimensie teenwoordig is, word daarna verwys as totale welstand op daardie spesifieke gesondheidsdimensie. Algehele welstand sal teoreties verteenwoordig kan word, wanneer al die afsonderlike subelemente van al ses dimensies teenwoordig is.

Eberst (1984:101) is van mening dat die menslike kondisie nie staties is nie. Daar bestaan konstante migrasie van alle subelemente by alle mense. Wanneer een subelement herrangskik word, beïnvloed hierdie beweging bykans elke subelement op elke ander dimensie. Die volgende voorbeeld sal die invloed van bewegende subelemente illustreer: Baie mense sal dele/subelemente van hul kognitiewe, emosionele, sosiale, fisiese en geestelike dimensies opstel om ten einde hul optimum potensiaal in hul loopbaandimensie te behaal. Hulle werk byvoorbeeld te veel ure, eet nie gesond nie, stel hulself bloot aan oormatige stres, ontspan minder, spandeer minder tyd met betekenisvolle ander en maak geen tyd om eie gevoelens te ervaar en uit te druk nie.

In hierdie studie is die ondergroep fisies gestremd (rolstoelpersone) en al die subelemente kan dus nie tot hul volle potensiaal ontwikkel om totale welstand op die fisiese dimensie te bewerkstellig nie. Hierdie onderontwikkelde subelemente, soos byvoorbeeld: beweeglikheid en koördinasie kan vermoedelik 'n negatiewe invloed op die ander dimensies, byvoorbeeld die emosionele en sosiale dimensies hê. Wanneer rolstoelpersone aan sport/fisiese oefening deelneem, word daar gefokus op die fisiese dimensie en sekere subelemente kan ontwikkel en/of versterk word om ten einde welstand op die fisiese dimensie te verhoog en moontlik ook welstand op ander dimensies sal fasiliteer. Op die basis van hierdie model sou mens kan hipotetiseer dat 'n rolstoel persoon wat aan sport deelneem, en as gevolg daarvan verhoogde beweeglikheid en koördinasie bekom het, moontlik beter oor homself voel (emosionele dimensie) en makliker met ander sosialiseer (sosiale dimensie).

In dieselfde wyse waarop die Rubikkubus met interne asse bymekaar gehou word, word die Multidimensionele Gesondheidsmodel ook geanker. Die geestelike dimensie speel hierdie samebindende rol en het dus nie 'n oppervlakkige dimensionele funksie soos die res van die gesondheidsdimensies nie. Eberst (1984:101) is van mening dat subelemente wat die geestelike dimensie vorm, byvoorbeeld: selfversekerdheid, lewenskrag, entoesiasme en moreel-etiese waardes, 'n noodsaaklike rol speel in die fisiese, sosiale, emosionele, kognitiewe en loopbaandimensies van 'n persoon.

#### 2.3.4.2 Seeman (1989) se Model van Positiewe Gesondheid

- **Metateoretiese inslag**

Seeman (1989:1099) maak gebruik van 'n menssisteem raamwerk in sy model van *Positiewe Gesondheid*. Hierdie raamwerk dien 'n tweeledige doel: 1) Dit omvat al die gedragssubsteme (biochemies, fisiologies, perseptueel, kognitief en interpersoonlik) van die menssisteem en 2) Dit verken 'n breër basis van gesondheidskonseptualisering en meting as die tradisionele Westerse biomediese model.

- **Teoretiese vlak**

Vir Seeman (1989:1101) begin die konseptualisering van positiewe gesondheid by die verklaring van die fenomeen *effektiewe persoonlike funksionering* in die mens-sisteem. Die fenomeen word verklaar deur middel van die konsep van organismiese integrasie. Organismes verwys na al die gedragssubsteme van 'n persoon. Die aard van die transaksies wat tussen die gedragssubsteme plaasvind, word as integrasie beskryf. Effektiewe persoonlike funksionering is slegs moontlik indien daar duidelike kommunikasie tussen die substeme bestaan ten einde kongruente inligting te genereer. Hieruit is dit dus duidelik dat die funksionering en samewerking van al die gedragssubsteme noodsaaklike elemente is van positiewe gesondheid/psigologiese welstand.

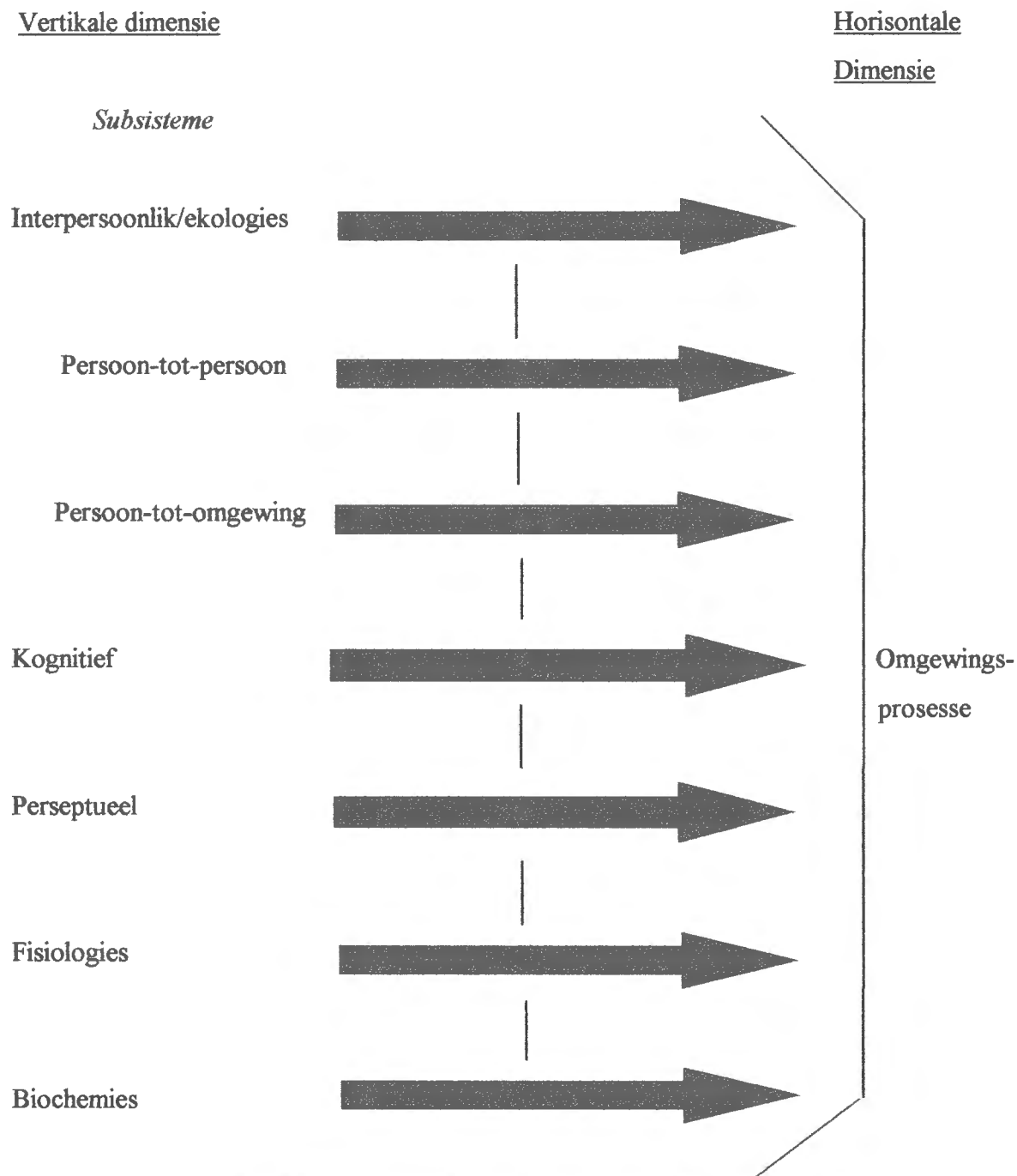
Volgens Seeman (1989:1099) bestaan die menssisteem uit die volgende gedragssubsteme:

- 1 Biochemiese substeme, byvoorbeeld die immuunstelsel;
- 2 Fisiologiese substeme, byvoorbeeld die outonome herstel na oefening;
- 3 Perseptuele substeme, byvoorbeeld sensoriese funksies;
- 4 Kognitiewe substeme, byvoorbeeld beoordeling; en
- 5 Interpersoonlike substeme, byvoorbeeld persoon-tot-persoon-verhoudings

Effektiewe organismiese integrasie maksimaliseer die hoeveelheid inligting tot die persoon se beskikking ten einde besluite te neem, op te tree en meer effektief te cope.

Die menssisteem van die Model van Positiewe Gesondheid word aan die hand van Figuur 2.2 beskryf. Die figuur beklemtoon drie komponente naamlik: 1) Die hiërargiese struktuur van

subsisteme, 2) Die wedersydse kommunikasie van inligting/data soos aangedui deur die tweerigting pyltjies en 3) Die longitudinale aspek van die totale sisteem te sien uit die lang horisontale pyle.



**Figuur 2.2: Die Menssisteem Gesondheidstruktuur (Seeman 1989:1099)**

Hoewel die sub siste me in hiërargiese orde gerangskik is, beteken dit nie noodwendig dat sub siste me in hierdie lineêre orde kommunikeer nie. Sub siste emkommunikasie vind plaas tussen enige gegewe sub siste em (unitatis multipleks) en op komplekse wyse wat in die konteks van totale organis miese funksionering verstaan moet word.

Psigologiese welstand gegrond op hierdie model sou dus impliseer dat die biochemiese, fisiologiese, perseptuele, kognitiewe en interpersoonlike gedragsub siste me effektief funksioneer en met mekaar saamwerk (organismiese integrasie). Rolstoel persone wat byvoorbeeld poog om organis miese integrasie te bewerkstellig, moet ook dus effektiewe boodskappe vanuit hul fisiologiese gedragsub siste em kommunikeer, nieteenstaande die feit dat hulle fisies getremd is.

#### **2.3.4.3 Ryff (1989) se Multidimensionele Model van Psigologiese Welstand**

- **Metateoretiese inslag**

Ryff en Keyes (1995:719) identifiseer historiese bydraes op die domeine van affek en kognisie as die belangrikste sferes vir die konseptualisering van psigologiese welstand. Op die gebied van affek dien Bradburn (1969:40) se bydrae ten opsigte van positiewe en negatiewe affek as katalisator tot die konseptualisering van welstand. Lewenstevredenheid (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985) het verrys as sleutelindikator van welstand en verteenwoordig die kognitiewe domein (Ryff en Keyes, 1995:709). Ryff (1989:35-55) gee verder erkenning aan persoonoloë soos Ericson (1959) vir sy psigososiale stadiums, Buhler (1935) vir sy basiese lewendensense, Neugarten (1973) vir sy teorie van voortdurende groei oor die lewensiklus, Maslow (1968) vir selfaktualisering, Allport (1961) vir sy formulering van volwassenheid, Rogers (1961) vir sy ten volle funksionerende persoon en Jung (1933) vir sy bydrae ten opsigte van individuasie. (Vergelyk 2.3.3 vir 'n meer volledige bespreking van sommige van bovermelde teorieë.)

- **Teoretiese vlak**

Bovermelde persoonoloë het volgens Ryff en Keyes (1995:720) die teoretiese fondasie gelê vir die Multidimensionele Model van Psigologiese Welstand. Ryff (1989:1069-1181) identifiseer ses dimensies van psigologiese welstand, naamlik:

- 1 Outonomie;
- 2 Omgewingsbemeestering;
- 3 Persoonlike groei;
- 4 Positiewe verhoudinge met ander;
- 5 Lewensdoel; en
- 6 Selfaanvaarding.

Elke dimensie gaan vervolgens beskryf word: Outonomie en verwante eienskappe soos selfdeterminasie, onafhanklikheid en regulering van gedrag word deurgaans in die literatuur beskou as essensieel vir positiewe funksionering. (Vgl. Ryff, 1989:1069; Ryff & Keyes, 1995:720; Ryff & Singer, 1996:15).

Omgewingsbemeestering verwys na die individu se vermoë om omgewings te skep of te kies wat geskik is vir sy/haar psigiese omstandighede. Volgens Ryff en Singer (1996:15) is omgewingsbemeestering 'n eienskap van psigiese gesondheid en dus ook 'n belangrike faktor in die raamwerk van positiewe psigologiese funksionering.

Persoonlike groei impliseer nie slegs dat 'n persoon bepaalde karaktereenskappe moet ontwikkel en dan in staat behoort te wees om alle lewensprobleme te hanteer nie. Voortdurende groei en ontwikkeling vind regdeur die lewensiklus plaas. Persoonlike groei/selfaktualisering/selfrealisering is onmisbaar in die proses van optimale psigologiese funksionering (Ryff en Singer, 1996:15).

Positiewe verhoudinge met ander impliseer warm, vertrouensverhoudings met ander persone. Die vermoë om lief te hê, empatie te ervaar en dieper vriendskappe met ander te deel, word beskou as 'n sentrale komponent van geestesgesondheid. Volgens Ryff en Singer (1996:15) word die belangrikheid van positiewe verhoudinge met ander gedurig beklemtoon in konseptualiserings van psigologiese welstand.

Lewensdoel verwys na die oortuiging dat daar 'n doel en betekenis in die lewe is. Hierdie lewensgerigtheid en intensionaliteit dui op volwassenheid in verskeie ontwikkelingsteorieë en is 'n belangrike komponent vir geestesgesondheid (Ryff & Singer, 1996:15; Frankl, 1988:50).

Selfaanvaarding is volgens Ryff en Singer (1996:15) 'n sterk herhalende kriteria van psigologiese welstand. Selfaanvaarding vorm die episenter van geestesgesondheid en is 'n karaktereienskap by selfaktualisering, optimale funksionering en volwassenheid (Ryff en Singer, 1996:15).

Dit is dus hieruit duidelik dat nie slegs een dimensie die psigologiese welstand van 'n persoon bepaal nie. In hierdie studie van psigologiese welstand by rolstoelatlete word lig gewerp op al die dimensies van psigologiese welstand, soos deur Ryff (1989:1069-1081) voorgestel. Die volgende meetinstrumente wat in hierdie studie gebruik is, meet die dimensies van psigologiese welstand, soos deur Ryff (1989:1069-1081) voorgestel. Outonomie word deur die Konstruktiewe Denke (CTI)-meetinstrument gemeet. Die COPE-skaal meet omgewingsbemeestering, persoonlike groei, positiewe verhoudings met ander, lewensdoel en selfaanvaarding. Selfaanvaarding word ook deur die Self Esteem (SEI)-vraelys aangedui.

#### **2.3.4.4 Crose, Nicolas, Gobble en Frank (1992) se Multidimensionele Sisteem Model van Welstand**

- **Metateoretiese inslag**

Crose, Nicolas, Gobble en Frank (1992:149) inkorporeer beginsels van die sisteemteorie in hul model van welstand. Volgens Crose *et al.* (1992:149) is die sisteemteorie 'n teoretiese struktuur wat omvattende en komplekse interaksionele prosesse ondersoek.

- **Teoretiese vlak**

Crose *et al.* (1992:150) formuleer vier basiese aannames in hul multidimensionele sisteemmodel van welstand:

- 1 Gesondheid is multidimensioneel;
- 2 Gesondheid is 'n veranderlike en nie staties nie;
- 3 Gesondheid is selfregulerend binne die lewensdimensies; en
- 4 Gesondheid is selfregulerend tussen die lewensdimensies.

Die bogenoemde aannames gaan vervolgens kortliks bespreek word.

### **1) *Gesondheid is multidimensioneel***

Gesondheid bestaan uit ses (6) lewensdimensies naamlik:

- 1 Fisiese dimensie, byvoorbeeld fisieke fiksheid;
- 2 Emosionele dimensie, byvoorbeeld positiewe selfesteem;
- 3 Sosiale dimensie, byvoorbeeld persoon-tot-persoon-verhoudings;
- 4 Loopbaandimensie, byvoorbeeld werkstevredenheid;
- 5 Geestelike dimensie, byvoorbeeld religieuse oortuigings; en
- 6 Intellektuele dimensie, byvoorbeeld konstruktiewe denke.

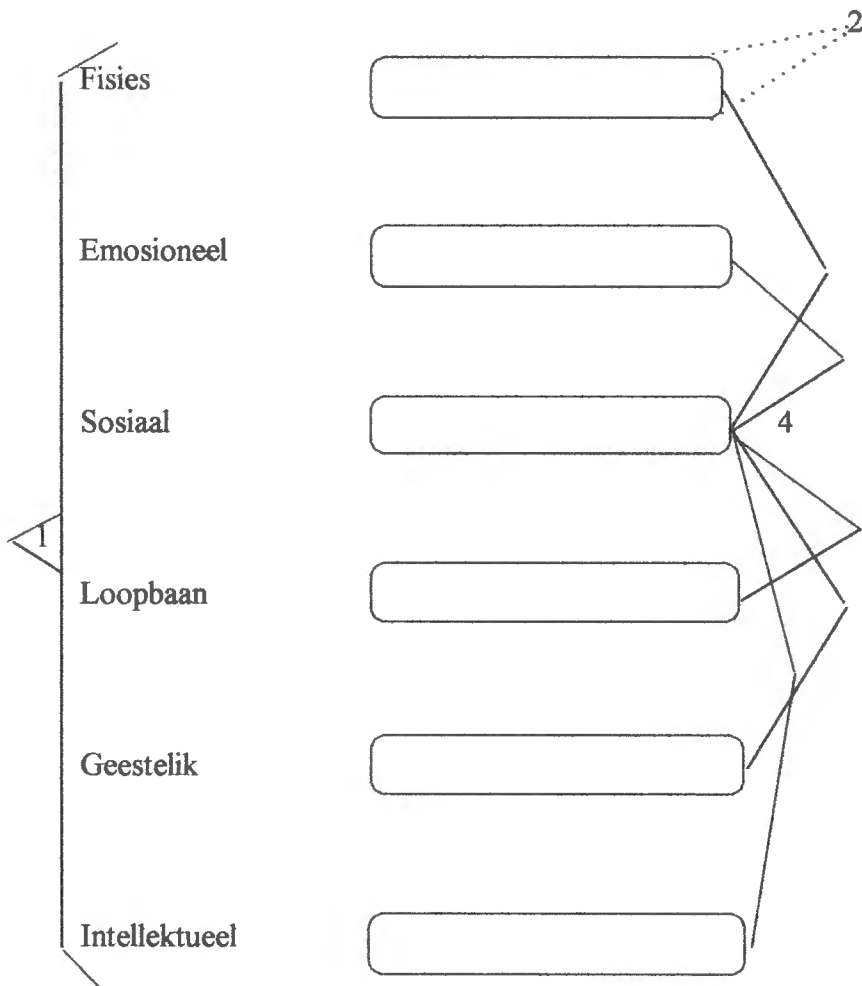
Hierdie lewensdimensies is dinamies, selfregulerend en interaksioneel.

### **2) *Gesondheid is 'n veranderlike en nie staties nie***

Hierdie beginsel word deur die silindriese buise in Figuur 2.3 voorgestel. Die boonste en onderste limiete, soos voorgestel deur nommer 2 in die figuur, verteenwoordig die kousale, dinamiese fluktuasie van byvoorbeeld die fisiese lewensdimensie. Die patrone van veranderlikheid verteenwoordig die voortgesette weergalming binne elke lewensdimensie wat uniek tot elke persoon is (Croese *et al.*, 1992:150).

### **3) *Gesondheid is selfregulerend binne die lewensdimensies***

Die golfpatroon in Figuur 2.3 wat fluktrueer tussen die boonste en onderste variansiegrense stel hierdie selfregulerende proses voor. Op byvoorbeeld die emosionele dimensie (nommer 3) begin die golf in die middel van die buis (byvoorbeeld positiewe selfesteem), voordat dit afwykings toon (byvoorbeeld negatiewe selfesteem as gevolg van 'n teleurstellende gebeurtenis). Deur middel van selfregulerende kragte (byvoorbeeld die aanvaarding en verwerking van die teleurstelling), keer die golf weer terug na die middelpunt van die buis (positiewe selfesteem).



**Figuur 2.3: Die Sisteemmodel van Welstand (Crosse *et al.*, 1992:150)**

**4) *Gesondheid is selfregulerend tussen die lewensdimensies***

Die veelvuldige pyltjies in Figuur 2.3 wat elke lewensdimensie met mekaar verbind (soos voorgestel deur nommer 4 in Figuur 2.3), stel hierdie beginsel voor. Volgens Crosse *et al.* (1992:151) sal 'n buitengewone verandering in een dimensie, 'n effek op al die ander dimensies uitoefen.

Psigologiese welstand is dus die dinamiese en selfregulerende interaksie van die fisiese, emosionele, sosiale, loopbaan, geestelike en intellektuele lewensdimensies. Ter illustrasie kan byvoorbeeld gesê word dat die rolstoelpersoon se fisiese dimensie, negatief geraak word as

gevolg van die verlies aan vrye beweeglikheid. Die toestand kan ander dimensies soos byvoorbeeld die emosionele en sosiale dimensies negatief beïnvloed. Deur middel van selfregulering, soos byvoorbeeld om betrokke te raak in rolstoelsport, kan die fisiese dimensie positief beïnvloed word. Positiewe uitkomst op die emosionele en sosiale dimensies, soos byvoorbeeld positiewe selfsteem en sosiale ondersteuning, kan as gevolg van die selfregulerende gedrag op die fisiese dimensie, bewerkstellig word.

#### **2.3.4.5 Witmer en Sweeney (1992) se Holistiese Model van Welstand en Voorkoming van Agteruitgang oor die Lewensloop**

- **Metateoretiese inslag**

Witmer en Sweeney (1992:140) stel voor dat die toepassing van inligting rakende welstand die vorm van 'n "global village" ekologie moet aanneem. Die "global villiage" ekologie impliseer 'n kosmiese bewustheid en die siening dat alle entiteite samehangend en verweef is.

- **Teoretiese vlak**

Die heelheid van kognisie, liggaam, gees en gemeenskap vorm die hooftemas van hierdie model. Witmer en Sweeney (1992:140) identifiseer vyf lewenstake/eienskappe van welstand waarvoor 'n gesonde persoon moet beskik naamlik:

- 1 Geestelikheid, byvoorbeeld norme en waardes;
- 2 Selfregulering, byvoorbeeld copingvaardighede;
- 3 Werk, byvoorbeeld werksbevrediging;
- 4 Liefde, byvoorbeeld huweliksgeluk; en
- 5 Vriendskap byvoorbeeld persoon-tot-persoon-verhoudings.

Hierdie lewenstake kom voor in verskeie sfere van die lewe en word lewenskragte genoem.

Witmer en Sweeney (1992:140) identifiseer die volgende lewenskragte:

- 1 Gesin;
- 2 Gemeenskap;
- 3 Geloof;
- 4 Opvoeding;
- 5 Regering;

- 6 Media; en
- 7 Besigheid/Industrie.

Natuurlike sowel as menslike wêreldgebeure beïnvloed en word beïnvloed deur lewenstake en lewenskragte (Witmer en Sweeney, 1992:140). Geestelikheid staan sentraal en is die eerste lewenstaak van heelheid (welstand) (Figuur 2.4). Dit impliseer dat psigologiese welstand nie moontlik is sonder die ontwikkeling van 'n geestelike lewenstaak nie. Die tweede lewenstaak is selfregulering en sluit eienskappe soos selfwaarde, emosionele responsiwiteit en probleemoplossing in. In hierdie studie van psigologiese welstand by rolstoelatlete word daar skerp gefokus op die lewenstaak van selfregulering. Werk is die derde lewenstaak en impliseer ekonomiese, psigologiese en sosiologiese onderhouding. Liefde is die vierde lewenstaak en sluit vertrouwe, omgee, kameraadskap in die huwelik/intieme verhouding in. Die vyfde lewenstaak, vriendskap, koppel die individu aan die menslike gemeenskap.

Psigologiese welstand is dus volgens Witmer en Sweeney (1992:140) 'n staat van kosmiese bewustheid waar lewenstake en lewenskragte verweef en interafhanklik van mekaar is, en saamgebind word deur die lewenstaak van geestelikheid. Dit is duidelik uit die interverweefdheid van die lewenstake en lewenskragte, dat 'n faset soos fisiese gestremdheid 'n invloed sal hê op die res van die konstelasie.

#### **2.3.4.6 Lightsey (1996) se Prosesteoriemodel van Psigologiese Welstand**

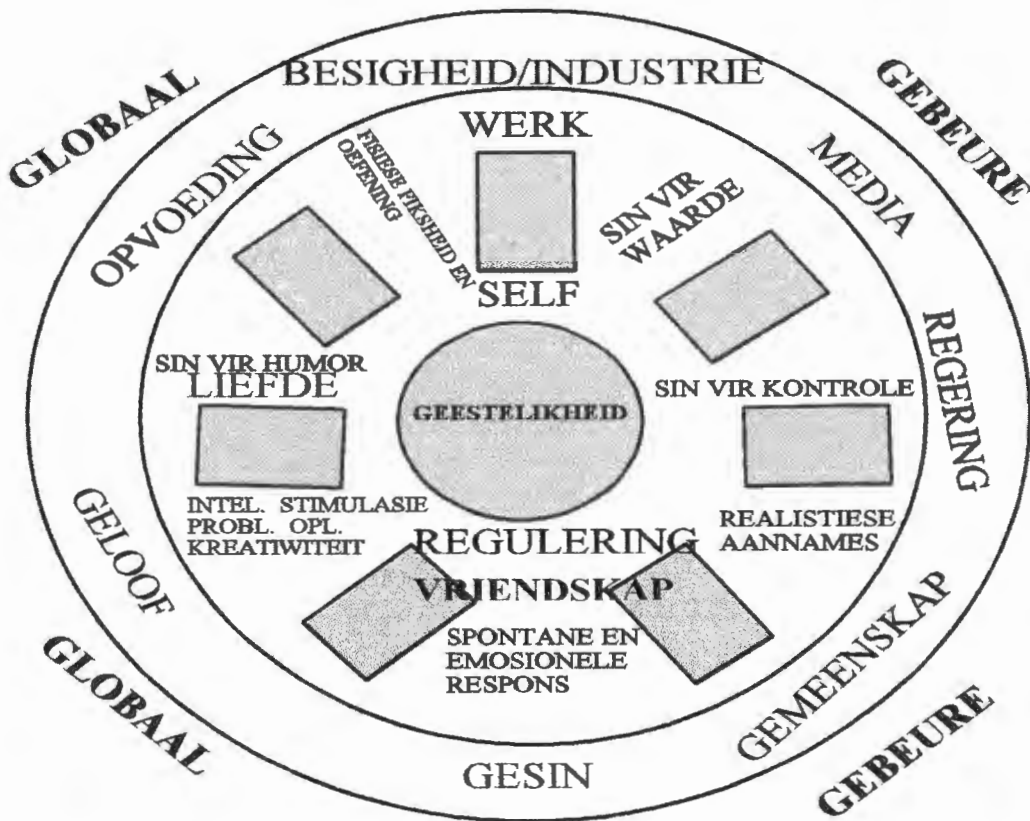
- **Metateoretiese inslag**

Lightsey (1996:703) identifiseer die teorieë van Bandura, Epstein, Lang en Lazarus, asook die sisteemteorie, as die vernaamste bronne van sy Prosesteoriemodel van Psigologiese Welstand.

- **Teoretiese vlak**

Lightsey (1996:704) beskou die mens as 'n dinamiese beoordelingsstelsel wat slegs in verhouding tot die omgewing bestaan. Die mensstelsel bestaan uit die volgende vier elemente:

- 1 Ervaring, byvoorbeeld vorige situasionele gebeure in die geheue gestoor;



**Figuur 2.4: Die Wiel van Welstand en Voorkoming (Witmer & Sweeney, 1992:142)**

- 2 Rasionele denke, byvoorbeeld probleemoplossende denke;
- 3 Emosie, byvoorbeeld positiewe selfsteem; en
- 4 Gedrag, byvoorbeeld deelname aan sport.

Volgens Lightsey (1996:703) is die basiese aannames van sy prosesteorie die volgende:

- 1 Die mens beskik oor die aangebore neiging om hom/haarself en sy/haar omgewing te beoordeel. Dit impliseer dat kognisie 'n belangrike element van algemene welstand is.
- 2 Die rasionaal van die beoordeling is om in die omgewing te presteer. Hierdie predisposisie tot groei en selfontwikkeling dien dus as katalisator vir die strewe na

psigologiese welstand.

- 3 Harmoniese funksionering tussen die elemente: ervaring, rasionele denke, emosie en gedrag in die beoordelingsstelsel, het aanpassingsemosies en effektiewe gedrag tot gevolg. Met harmoniese funksionering word bedoel dat hierdie elemente gelykmatig ontwikkel en aangewend word, sodat geen enkele element die ander domineer nie.
- 4 Ongebalanseerde funksionering tussen hierdie elemente lei tot negatiewe gevolge byvoorbeeld chroniese negatiewe emosies en geïnhibeerde gedrag.

In hierdie studie word rasionele denke deur die Konstruktiewe Denke (CTI)-vraelys gemeet. Die COPE-vraelys meet copinggedrag en ervaring, en emosie word deur die Selfesteem (SEI)-vraelys aangedui.

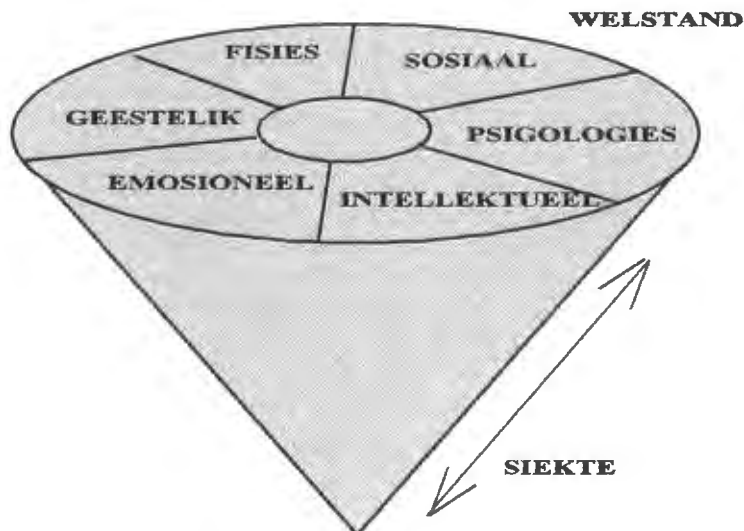
Psigologiese welstand is volgens Lightsey (1996) die harmoniese funksionering van die rasionele denke, ervaringsstelsel, emosie en gedrag. Dit sou dus kon beteken dat byvoorbeeld 'n rolstoelpersoon, nieteenstaande die feit van sy/haar fisiese gestremdheid, psigologiese welstand kan ervaar indien sy/haar rasionele denke, ervaringsstelsel, emosies en gedrag as harmoniese eenheid funksioneer.

#### **2.3.4.7 Adams, Bezner en Steinhardt (1997) se Model van Welstand**

- **Metateoretiese inslag**

Adams, Bezner en Steinhardt (1997:209) identifiseer twee areas van teoretiese en filosofiese ondersteuning vir die konstruk, algemene welstand, naamlik: die sisteemteorie en die salutogene oriëntasie.

Volgens die sisteemteorie is elke deel van die sisteem, byvoorbeeld die interpersoonlike dimensie, 'n essensiële subelement/subsisteem van die groter sisteem (die persoon). Hierdie subsisteem is verder 'n onafhanklike sisteem met sy eie subelemente, byvoorbeeld persoon tot persoon en ook persoon tot omgewing. Subelemente is wederkerig interafhanklik met die gevolg dat die versteuring van homeostase op enige vlak van die sisteem (subsisteem of subelement) die totale sisteem beïnvloed (Adams *et al.*, 1997:209).



**Figuur 2.5: Die Model van Welstand (Adams, Bezner & Steinhardt 1997:209)**

Adams *et al.* (1997:209) is van mening dat navorsers kan fokus op die salutogene pool (gesonde pool) van elke welstandsdimensie. Waarneembare gesondheid kan byvoorbeeld op die fisiese welstandsdimensie bestudeer word.

Waarneembare welstand is 'n multidimensionele salutogene konstruk, wat gekonseptualiseer, gemeet en geïnterpreteer kan word vanuit 'n geïntegreerde sisteem raamwerk. Die volgende dimensies van welstand is vanuit die sisteemteorie en salutogene oriëntasie geïdentifiseer:

- 1 Fisiese welstand, byvoorbeeld 'n sterk immuunstelsel;
- 2 Psigologiese welstand, byvoorbeeld konstruktiewe copingvaardighede;
- 3 Emosionele welstand, byvoorbeeld positiewe selfestem;
- 4 Intellektuele welstand, byvoorbeeld rasonele denke;
- 5 Sosiale welstand, byvoorbeeld persoon-tot-persoon-verhoudings; en
- 6 Geestelike welstand, byvoorbeeld religieuse oortuigings.

In die model word voorsiening gemaak vir vertikale sowel as horisontale dimensies (Figuur 2.5). Vertikale beweging van dimensies vind plaas vanaf die pole gemerk: *welstand* en *siekte*. Horisontale beweging is die dinamiese ewewigsoekende krag tussen welstandsdimensies (Adams *et al.*, 1997:209).

Die bopunt van die model verteenwoordig welstand, aangesien die kegel tot sy maksimum oopgerek is. In teenstelling hiermee word siekte voorgestel deur die ingeperkte onderpunt. Tussen die bo- en onderpunte van die model bestaan daar talle kombinasies van welstand asook die variërende balansstate daarvan. Die verbindingslyne tussen die binne en buitesirkel dui die tweerigting beweging aan tussen elke kontinuum. Beweging in alle dimensies beïnvloed en word beïnvloed deur elke dimensie (Adams *et al.*, 1997:210). Wanneer een of meer dimensies byvoorbeeld aan 'n hoë mate van welstandsbevorderende stimuli blootgestel word, sal die betrokke welstandsdimensie(s) uitswel en 'n uitwaartse, opwaartse druk uitoefen op die ander welstandsdimensies. Die omgekeerde is ook waar. Gedurige beweging vind dus plaas tussen die welstands- en siektepole.

Psigologiese welstand is dus 'n onafhanklike sub sisteem van algemene welstand, maar word direk beïnvloed deur die welstandstatus van ander dimensies. Lae fisiese, emosionele en sosiale welstand (beweging na die "siektepool" van die kontinuum) gaan met ander woorde bydra tot lae psigologiese welstand.

Adams *et al.* (1997) se Model van Welstand is 'n handige raamwerk vir gebruik in hierdie studie. Die salutogene/fortigene oriëntasie (soos deur hierdie model voorgestel) dien as metateoretiese perspektief in die ondersoek na psigologiese welstand by rolstoelatlete. Adams *et al.* (1997:209) en Strümpfer (1995:81) stel ook voor dat die salutogene/fortigene pool (gesonde/sterk pool) van elke welstandsdimensie ondersoek moet word, deur welstandpersepsies op sogenaamde welstandsdimensies te meet. In hierdie studie word welstandpersepsies op die psigologiese lewensdimensies gemeet.

#### **2.3.4.8 Samevatting van modelle van psigologiese welstand/gesondheid**

Dit wil voorkom asof die meeste van die outeurs van resente modelle van psigologiese welstand/gesondheid, 'n sisteemteoretiese raamwerk voorstel ten einde psigologiese welstand

te konseptualiseer. (Vlg. Adams *et al.*, 1997:208; Crose *et al.*, 1992:149; Eberst, 1984:99; Lightsey, 1996:704 en Seeman, 1989:1099). Die subsisteme/subelemente van die multidimensionele sisteem funksioneer vermoedelik outonoom en selfregulerend, maar is interafhanklik van mekaar. Die subsisteme waaruit psigologiese welstand bestaan, kan soos volg saamgevat word:

- Fisiese aspekte. Alle subelemente op die biochemiese en fisiologiese vlak wat bydra tot fisiese welstand, byvoorbeeld 'n sterk immuunstelsel, fisieke fiksheid en verhoogde vlakke van outonome herstel na oefening;
- Kognitiewe komponente. Alle subelemente wat kognitiewe/intellektuele welstand bevorder, soos rasonale denke en ervaring;
- Affektiewe komponente. Alle subelemente wat saamwerk om emosionele welstand te bewerkstellig, soos byvoorbeeld outonomie, selfregulering, omgewingsbemeestering, lewensdoel, selfaanvaarding, persoonlike groei en persepsie;
- Interpersoonlike aspekte. Alle subelemente wat sosiale welstand bevorder, soos byvoorbeeld liefde, vriendskap en positiewe verhoudinge met ander;
- Gedrag. Alle subelemente wat tot konstruktiewe gedrag lei, soos byvoorbeeld werksbevrediging en omgewingsbemeestering; en
- Geestelike aspekte. Alle subelemente wat dui op aspekte buite die self (transenderende aspekte), soos byvoorbeeld religieuse oortuigings, norme en waardes.

Elk van die bogenoemde subsisteme van psigologiese welstand word tot 'n mindere of meerdere mate in hierdie studie van psigologiese welstand by rolstoelpersone ondersoek. Hierdie subsisteme neem die vorm van spesifieke konstrukte aan wat empiries geassosieer word met psigologiese welstand.

Vervolgens gaan spesifieke konstrukte wat positief met psigologiese welstand assosieer, bespreek word.

### **2.3.5 SPESIFIEKE KONSTRUKTE GEASSOSIEER MET PSIGOLOGIESE WELSTAND**

In die eerste hoofstuk van hierdie studie word verwys na vyf konstrukte wat positief verbind kan word met psigologiese welstand. (Vgl. Antonovsky 1988:181; Emmons en Diener, 1985:89; Epstein, 1992:87; Haworth, Jarman en Lee, 1997:345; Heady, Kelley en Wearing,

1991:77; Pavot en Diener, 1993:164; Lightsey, 1996:592; Strümpfer, 1990:269; Van Eeden, 1996:96; Wissing en Van Eeden, 1997:32). Hierdie konstrakte is: positiewe selfesteem, koherensiesin, konstruktiewe copingvaardighede, lewenstevredenheid en konstruktiewe denke.

#### **2.3.5.1 Positiewe selfesteem (Self-Esteem)**

Selfesteem verwys na houdings en oortuigings wat 'n persoon oor hom-/haarself het in die alledaagse lewe. Die Self-Esteem Inventory (SEI) is 'n operasionalisering van die selfesteemkonstruk (Coopersmith, 1986:1). Die SEI is ontwerp om evalueerbare houdings te meet teenoor die self in sosiale, akademiese, gesins- en persoonlike areas van ondervinding (Coopersmith, 1986:1). In die handleiding van die SEI, word selfesteem gedefinieer as die evaluasie wat 'n persoon van hom-/haarself maak en gewoonlik onderhou, rakende die mate waartoe die persoon hom/haarself as bevoeg, suksesvol, betekenisvol en waardig ag (Coopersmith, 1986:1).

Positiewe selfesteem word positief geassosieer met psigologiese welstand (Diener, 1984:542, Lightsey, 1996:592). Die selfesteemkonstruk gaan om hierdie rede ingesluit word in hierdie studie van psigologiese welstand by rolstoelatlete.

#### **2.3.5.2 Konstruktiewe copingvaardighede**

Copingvaardighede verwys na strategieë wat aangewend word om stresvolle situasies van die lewe te hanteer (Reber, 1995:164). Copingvaardighede word onder andere deur Carver, Scheier en Weintraub (1989:267) geoperasionaliseer met die COPE-skaal.

Die COPE is 'n multidimensionele copingvraelys wat die verskillende wyses meet waarop persone teenoor stres reageer. Daar word onderskei tussen verskeie aspekte van aktiewe coping in hierdie vraelys (Carver *et al.*, 1989:267).

Konstruktiewe copingvaardighede word positief geassosieer met psigologiese welstand (Van Eeden, 1996:96). Om hierdie rede word die copingkonstruk ingesluit in hierdie studie van psigologiese welstand by rolstoelatlete.

### 2.3.5.3 Koherensiesin (Sense of Coherence)

Die koherensiesinkonsept staan sentraal in Antonovsky se salutogene oriëntasie. Antonovsky (1988:19) definieer koherensiesin as 'n globale oriëntasie wat die mate waarin 'n persoon 'n deurlopend blywende, dog dinamiese gevoel van vertrouwe het dat: i) die stimuli afkomstig van sy interne en eksterne omgewings deur sy lewensloop gestruktureerd, voorspelbaar en verklaarbaar is (verstaanbaarheid); ii) die hulpbronne beskikbaar is ten einde die eise wat stimuli stel, te hanteer (beheerbaarheid) en; iii) hierdie eise uitdagings is, waardig om insette en verbintenis voor te maak (betekenisvolheid). Die drie kernkomponente van die koherensiesinkonstruksie is dus: betekenisvolheid, verstaanbaarheid en hanteerbaarheid.

Die koherensiesin vraelys van Antonovsky dien as meetinstrument om aan te toon of die persoon oor 'n sterk, swak of rigiede/vals koherensiesin beskik. Ten einde lewenseise en stressors effektief te kan hanteer, word 'n sterk koherensiesin as die ideale beskou (Antonovsky, 1988:25; Antonovsky en Sagy, 1986:213).

Volgens Strümpfer (1990:268-269) sal 'n persoon met 'n sterk koherensiesin meer geneig wees as iemand met 'n swak koherensiesin, om:

- Stressors as waardige uitdagings te benader wat betekenisvolle belonings inhoud, in plaas van verlamme dreigemente. Sodanige verlamme dreigemente het gedrag tot gevolg wat gebaseer is op selfvervullende profesieë;
- Stressors as beheerbaar te beskou en gevolglik die nodige hulpbronne te selekteer en aan te wend wat onder sy/haar eie beheer is, of van ander beskikbaar is, in plaas daarvan om met hulpeloosheid te reageer; en
- Die aard en dimensies van 'n akute of chroniese stressor te verstaan, die potensiële gevolge te antisipeer en daarvolgens op te tree. Die persoon sal gevolglik gesondheidsbenadelende gedrag en houdings vermy en eerder gesondheidsbevorderende gedrag en houdings aanneem.

Stressors word in die salutogene paradigma as algemene weerstandstekorte beskou. Die hulpbronne tot die persoon se beskikking (intern sowel as ekstern) ten einde die weerstandstekorte aan te vul, staan as algemene weerstandshulpbronne bekend. Daar bestaan

verskeie kategorieë van weerstandshulpbronne (Strümpfer, 1990:269), naamlik :

- Fisiese en biochemiese weerstandshulpbronne;
- Artefak-materiële weerstandshulpbronne;
- Kognitiewe weerstandshulpbronne;
- Emosionele weerstandshulpbronne;
- Copingvaardighede as oorkoepelende aksieplanne om stressors effektief te hanteer;
- Interpersoonlike verhoudings; en
- Makro-sosiokulturele weerstandshulpbronne.

Hierdie weerstandshulpbronne is slegs potensieel beskikbaar en dit is die persoon se verantwoordelikheid om hierdie weerstandshulpbronne te aktualiseer ten einde dit effektief aan te wend. Antonovsky (1988:181) stel voor dat hierdie weerstandshulpbronne as 'n uniforme konsep beskou moet word en op een kontinuum geplaas moet word. Die implikasie is dan dat, hoe nader die persoon se posisie is aan weerstandshulpbronne op die kontinuum, hoe groter die moontlikheid dat 'n persoon oor 'n sterk koherensiesin beskik en omgekeerd.

Koherensiesin is positief geassosieer met psigologiese welstand. (Vgl. Antonovsky, 1988:181; Van Eeden, 1996:221-222; Wissing en Van Eeden, 1997:32). Om hierdie rede sal die koherensiesinkonstruksie in hierdie studie van psigologiese welstand by rolstoelatele ondersoek word.

#### **2.3.5.4 Lewenstevredenheid (Satisfaction with Life)**

Lewenstevredenheid impliseer 'n kognitiewe beoordelingsproses van 'n persoon se lewenskwaliteit volgens sy/haar eie kriteria (Diener, Emmons, Larsen en Griffin, 1985:71). Volgens Gutek, Allen, Tyler, Lau en Westat (1983:111) en Myers en Diener (1996:54-56) is die beoordeling van lewenstevredenheid afhanklik van interne verwysings.

Die Satisfaction with Life Scale (SWLS) van Diener *et al.* (1985:71-72) is 'n operasionalisering van die lewenstevredenheidskonstruksie en word positief geassosieer met psigologiese welstand. (Vgl. Emmons en Diener, 1985:89; Haworth *et al.*, 1997:345; Heady *et al.*, 1991:77; Pavot en Diener, 1993:164; Wissing en Van Eeden, 1997:32). Om hierdie rede

sal die lewensvredenskonsruk ingesluit word in hierdie studie van psigologiese welstand by rolstoelatlete.

### **2.3.5.5 Konstruktiewe denke (Constructive Thinking)**

Konstruktiewe denke hou verband met algemene lewensukses, persoonlike produktiwiteit, positiewe denke en min emosionele en fisiese stressimptome (Epstein, 1992:104). Konstruktiewe denke word geoperasionaliseer met die Constructive Thinking Inventory van Epstein (1993:1) en word positief geassosieer met psigologiese welstand (Epstein, 1992: 87). Om hierdie rede is die konstruktiewe denkekonsruk ingesluit in hierdie studie van psigologiese welstand by rolstoelatlete.

Die belangrikste moderatorveranderlikes wat met psigologiese welstand geassosieer word, sal vervolgens ondersoek word.

### **2.3.6 MODERATORVERANDERLIKES TEN OPSIGTE VAN PSIGOLOGIESE WELSTAND**

Ouderdom, geslag en kultuur word deur Crose *et al.* (1992:140) vermeld as veranderlikes wat 'n positiewe of negatiewe invloed op psigologiese welstand kan uitoefen. Die moderatorveranderlike sal vervolgens kortliks bespreek word.

#### **2.3.6.1 Ouderdom**

Bradburn (1969:27), Antonovsky (1979:89) Miller (1990:201) en Baxley (1993:70) rapporteer dat aspekte van psigologiese welstand aan persoonlikheids groei, aangeleerde lewensvaardighede en lewensukses ervaring verbind kan word en dus ontwikkelingsgebonde is.

Bradburn (1969:27) is van mening dat daar 'n kurwiliniere verband bestaan tussen ouderdom en psigologiese welstand (psigologiese welstand ontwikkel net tot 'n sekere ontwikkelingsfase), terwyl Antonovsky (1979:90) en Diener (1984:569) aandui dat dieper dimensies in welstand in later lewensjare na vore tree.

### 2.3.6.2 Geslag

Vroue het 'n disposisie tot hoër vlakke van aandag aan, en ontvanklikheid vir sistemiese terugvoerprosesse as mans (Croese *et al.*, 1992:144). Dit impliseer dus dat vroue moontlik hoër vlakke van psigologiese welstand kan bereik as mans. Ranson, Fisher en Terry (1992:260) rapporteer geslagsverskille in gesondheidspatrone en veral in die kriteria waaraan mans en vroue hul gesinswelstand beoordeel. In teenstelling hiermee rapporteer Wissing en Van Eeden (1997:14) dat Suid-Afrikaanse vroue, in 'n studie van psigologiese welstand, laer gemiddelde tellings behaal het op die meeste van die subskale, wat fasette van psigologiese welstand aandui.

### 2.3.6.3 Kultuur

Volgens Van Eeden (1996:102) is kultuur 'n netwerk van betekenis wat gevorm word deur 'n matriks van sosiale sisteemveranderlikes en individuele veranderlikes. Nasionaliteit, etnisiteit, taal en religie is voorbeelde van sosiale sisteemveranderlikes. Individuele veranderlikes sluit in: ouderdom, geslag, woonplek, opvoedkundige vlak, sosiaal-ekonomiese status en affiliasies. Volgens Wissing (1995:475-492) word kultuurkennis geïnternaliseer en vind uitdrukking in denke en gedrag.

Volgens Triandis (1996:407-415), Bodibe (1993:53-58) en Uys (1992:4) word daar in Westerse kulture veral klem gelê op die belangrikheid van aannames, houdings, behoeftes, persoonlikheid en idiosinkratiese waardes. Die Westerse kultuur is individualisties en Westerse psigologie is ingestel op individue en prosesse eie aan die individu. Nie-Westerse kulture, daarenteen, identifiseer sosiale norme, kollektiewe behoeftes, kollektiewe selfdefinisies en verbandhoudende waardes as belangriker. Die psigologiese gesondheid van kulture kan dieselfde wees, maar spesifieke interpretasies en manifestasies mag verskil (Edwards, 1989:13).

Hieruit is dit dus duidelik dat ouderdom, geslag en kultuur belangrike moderatorveranderlikes is by die bestudering van psigologiese welstand en moet dus in ag geneem word in hierdie studie.

### **2.3.7 SAMEVATTING**

Elemente van psigologiese welstand vanuit die personologie en meer onlangse algemene modelle van psigologiese welstand/gesondheid is beskryf. Verskeie konstrunkte wat positief verbind word met psigologiese welstand naamlik: positiewe selfesteem, lewenstevredenheid, konstruktiewe denke, konstruktiewe copingvaardighede en koherensiesin is ook omskryf. Laasgenoemde verteenwoordig die teoretiese vlak van wetenskaplike kennis. Die operasionalisering van bogenoemde konstrunkte lewer empiriese bewyse vir die positiewe verband tussen die konstrunkte en psigologiese welstand en verteenwoordig die empiriese/datavlak van die wetenskaplike teks. Hierdie empiriese verbande tussen bogenoemde konstrunkte en psigologiese welstand is aangedui. Ouderdom, geslag en kultuur is die vernaamste moderatorveranderlikes by die bestudering van psigologiese welstand en is kortliks bespreek.

Vervolgens word die empiriese indikasies van die verband tussen psigologiese welstand en deelname aan sport/fisiese oefening by (rolstoel)atlete ondersoek.

## **2.4 EMPIRIESE INDIKASIES VAN DIE VERBAND TUSSEN PSIGOLOGIESE WELSTAND EN DEELNAME AAN SPORT OF FISIESE OEFENING BY (ROLSTOEL)ATLETE**

### **2.4.1 INLEIDING**

In hierdie afdeling val die fokus op die psigologiese voordele van deelname aan sport/fisiese oefening in die algemeen en in besonder vir rolstoelatlete.

Dit is duidelik uit die literatuur dat deelname aan sport of fisiese oefeninge ongekende voordele vir die mens inhou. Bo en behalwe die biologiese en fisiologiese voordele van 'n fisies aktiewe lewenstyl, onder andere: verminderde kardiovaskulêre risiko, verhoogde bloedtoevoer, laer bloeddruk en die voorkoming van obesiteit, diabetes en osteoperosis, hou fisiese aktiwiteit ook verskeie psigologiese voordele in. (Vgl. Campbell, 1995:566; Campbell en Jones, 1994:405; Desharnais, Jobin, Côté, Lévesque en Godin, 1993:169; Fung en Fu, 1995:569; Greenwood, Dzewaltovski en French, 1992:13; Steptoe, Moses, Edwards en Mathews, 1993:111; Wankel, 1993:151).

#### 2.4.2 PSIGOLOGIESE VOORDELE VAN DEELNAME AAN SPORT/FISIESE OEFENING

In haar artikel getiteld: "Sport for Individuals With Disabilities: Research Opportunities", identifiseer DePauw (1988:80) onder andere twee noodsaaklike areas waar wetenskaplike uitbreiding van kennis van die grootste belang is. Die twee areas is soos volg: Die sosiologiese en psigologiese aspekte van sport en die verskille en ooreenkomste tussen gestremde en nie-gestremde atlete. Daar is toenemende bewyse dat fisiese aktiwiteite 'n positiewe bydrae kan lewer tot die psigologiese welstand van die mens. (Vgl. Desharnais *et al.*, 1993:169; Greenwood *et al.*, 1992:13 en Wankel, 1993:151). Steptoe *et al.* (1993:111) brei verder hierop uit. Hulle is van mening dat fisiese oefening die waargenome vermoë om stres te hanteer, bevorder. Steptoe *et al.* (1993:110) rapporteer verder dat aërobiese oefening geassosieer is met 'n afname in spanning, angs, depressie, asook vermindering van kognitiewe verwarring.

'n Voorvereiste van psigologiese welstand via die deelname aan sport of fisiese oefening is volgens Hutzler en Bar-Eli (1993:225) dat die persoon in fiksheid en aktiwiteitsvlak moet belangstel en daardeur gemotiveer word. In hul studie was daar nie 'n beduidende korrelasie tussen psigologiese welstand, fiksheid en aktiwiteitsvlak nie, aangesien fiksheid en aktiwiteitsvlak nie as prioriteitareas deur die betrokke proefpersone geormerk is nie. Desharnais *et al.* (1993:149) rapporteer dat daar 'n sterk korrelasie gevind is tussen aërobiese oefening en psigologiese welstand van proefpersone wat in aërobiese oefening geïnteresseerd is en daardeur gemotiveer word.

Die belangrikheid van genot en intrinsieke motivering, gebaseer op gevoelens van bevoegdheid, keuse en waargenome beheer, vorm 'n integrale deel van enige fisiese aktiwiteit wat ten doel het om psigologiese welstand te fasiliteer (Wankel, 1993:162).

Desharnais *et al.* (1993:150) het in 'n gekontroleerde studie die moontlike teenwoordigheid van 'n placebo-effek in die verband tussen oefening en psigologiese welstand ondersoek. Die kontrolegroep en eksperimentele groep, wat in terme van ras, ouderdom, geslag en getalle ooreengestem het, is ewekansig toegewys en aan dieselfde 10 week lange aërobiese oefenprogram onderwerp. Dieselfde twee groepleiers het oor die twee groepe toesig gehou, tydens hul apart geskeduleerde oefensessies. Al verskil tussen die groepe was dat die eksperimentele groep gedurig ingelig is oor die biologiese en psigologiese voordele van die oefenprogram, terwyl die kontrolegroep slegs

gedurig ingelig is oor die biologiese voordele van die oefenprogram. Die resultaat van die navorsing was dat die eksperimentele groeplede se selfesteem hoër was na die 10 weke, as die kontrolegroeplede se selfesteem. Desharnais *et al.* (1993:153) is van mening dat, hoewel die waargenome verskil in beide die eksperimentele en kontrolegroepe se selfesteemtellings waarskynlik die produk van 'n placebo-effek is, daar moontlik addisionele meganismes kan wees wat die positiewe verband tussen oefening en psigologiese welstand kan verklaar.

Atlete beskik oor 'n hoër algemene selfesteem as persone wat nie aan sport of fisiese oefeninge deelneem nie (Campbell, 1995:563). Campbell (1995:568) rapporteer verder dat die sosiale kognisie van atlete bydrae tot 'n positiewe luim en ander positiewe selfkenmerke, soos: optimisme, aantreklikheid, sosialisering, onafhanklikheid en funksionele aggressie. Golding en Ungerleider (1991:155) rapporteer uit sy navorsing, wat die sosiale bronne en luim van meestersbaan- en veldatlete ondersoek, dat hoewel die sosiale ondersteuning van die eksperimentele en kontrolegroepe dieselfde was, die eksperimentele groep (atlete) 'n groter mate van sosiale integrasie geniet as die onaktiewe kontrolegroep.

Volgens Hutzler en Bar-Eli (1993:225) en Silliman en Sherrill (1989:77) is daar 'n behoefte aan navorsing oor die psigologiese funksionering van gestremde atlete. In die verlede is daar veral gefokus op psigologiese aspekte ten einde die rolstoelatleet se sportpotensiaal te optimaliseer. Min navorsing is egter gedoen oor die psigologiese welstand by rolstoelatlete (Campbell en Jones, 1994:404; Silliman en Sherrill, 1989:77). Navorsers het in die verlede op die psigologiese invloed van kompeterende sport en aërobiese oefeninge gekonsentreer ten einde individue te help om hul fisiese gestremdheid te hanteer. Die fokus moet eerder val op deelname aan sport en fisiese oefening as fasiliteerder om psigologiese optimaliteit te bereik (Campbell, 1995:563; Campbell en Jones 1994:405; Greenwood *et al.*, 1992:13). "The lack of research evidence supporting the psychological benefit to athletes is one example that shows an apparent neglect by sport psychology in this area of athletic endeavor" (Goodling en Asken, 1987:124).

### **2.3.4 PSIGOLOGIESE VOORDELE VAN DEELNAME AAN SPORT/FISIESE OEFENING BY (ROLSTOEL)ATLETE**

Fisies gestremde atlete openbaar, net soos nie-gestremde atlete, 'n 'ysbergprofiel' op die POMS-gemoedstoestandvraelys. Die 'ysbergprofiel' impliseer tellings hoër as die norm vir lewenskrag

en tellings laer as die norm vir spanning, depressie, uitputting, verwarring en kwaadheid (Campbell, 1995:566; Campbell en Jones, 1994:405; Fung en Fu, 1995:569; Greenwood *et al.*, 1992:14; Horvat, French en Henschen, 1986:117).

Omdat die fokus op selfaktualisering 'n geestesgesondheids-, eerder as 'n geestesgebreksbenadering is, is Sherrill, Silliman, Gench en Hinson (1990:253) van mening dat hierdie verskynsel besonder toepaslik is in die studie van psigologiese aspekte van rolstoelatlete. Sherrill *et al.* (1990:253) het die selfaktualisering van elite rolstoelatlete ondersoek, om sodoende die beperkte inligting by die psigologiese funksionering van rolstoelatlete aan te vul. Daar is veral gekonsentreer op drie aspekte, naamlik: die verskille, al dan nie, in selfaktualisering van manlike en vroulike rolstoelatlete; of rolstoelatlete se normtellings dieselfde is as die normtellings van nie-gestremde persone, soos aangedui in die handleiding van die POI (selfaktualiseringsvraelys) en of rolstoelatlete, net soos nie-gestremde atlete, hoër vlakke van selfaktualisering toon as gevolg van deelname aan sport. Resultate het getoon (Sherrill *et al.*, 1990:259) dat manlike en vroulike rolstoelatlete dieselfde mate van selfaktualisering, asook dieselfde as die algemene populasie openbaar; dat manlike rolstoelatlete beduidend hoër vlakke van selfaktualisering openbaar as manlike nie-gestremde atlete; en vroulike rolstoelatlete openbaar dieselfde vlakke van selfaktualisering as die nie-gestremde vroulike atlete.

Weens die beperkte grootte van die onderzoekgroep in hierdie studie (N=61), asook die aantal meetinstrumente wat reeds vrywillig deur die onderzoekgroep voltooi moes word (tydsduur wat battery meetinstrumente in beslag neem), het die navorser besluit om die POI (selfaktualiseringsvraelys) uit te laat in hierdie studie van psigologiese welstand by rolstoelatlete. Toekomstige Suid-Afrikaanse navorsing kan lig werp op die selfaktualisering van rolstoelpersone wat aan sport of fisiese oefening deelneem. Kennis moet egter geneem word dat Van Eeden (1996:213) rapporteer dat die POI onbetroubare meetings op die meeste van die subskale lewer. Dit wil veral voorkom of die POI nie geskik is vir die meting van selfaktualisering by swart mense nie. Dit is moontlik dat selfaktualisering op 'n ander wyse by swart mense realiseer, as wat deur die items van die POI gemeet word - veral as die meer kollektivistiese kultuuragtergrond van baie swart Suid-Afrikaners in ag geneem word.

Greenwood *et al.* (1992:14) is van mening dat die toename in fisiese selfeffektiwiteitspersepsie,

gestremde persone kan help om daaglikse fisiese uitdagings effektief te kan hanteer, en gevolglik hoër vlakke van psigologiese welstand kan bereik.

Die leemte van vorige studies is volgens Campbell en Jones (1994:406) dat psigologiese aspekte van rolstoelatlete met dié van nie-gestremde atlete vergelyk is. Navorsing wat die psigologiese welstand van rolstoelatlete vergelyk met rolstoelpersone wat nie aan sport of fisieke oefening deelneem nie, sal volgens hulle wetenskaplik meer korrek wees. Onlangse studies wat aan bovermelde vereiste voldoen, het egter teenstrydige resultate opgelewer: Navorsing gedoen deur Greenwood *et al.* (1992:13) het bevind dat rolstoeltennisspelers 'n meer positiewe gemoed toon as rolstoelpersone wat nie tennis speel nie. Hutzler en Bar-Eli (1993:226) het ook die gemoedstoestand van rolstoelsportdeelnemers en nie-deelnemers ondersoek, maar gevind dat daar nie 'n beduidende verskil bestaan tussen die twee groepe nie. Verdere navorsing is dus nodig om vas te stel of daar beduidende verskille is tussen die psigologiese welstand by rolstoelatlete en die psigologiese welstand by rolstoelpersone wat aan geen sport/fisiese oefening deelneem nie.

Soos reeds in hoofstuk een van hierdie studie aangedui, is daar, met die uitsondering van selfesteem, geen beskikbare navorsing by rolstoelatlete wat spesifiek fokus op verskynsels soos koherensiesin, lewenstevredenheid, konstruktiewe denke en copingvaardighede nie. Hierdie studie gaan fokus op die bogenoemde verskynsels in die ondersoek van psigologiese welstand by rolstoelatlete. Rolstoelpersone wat aan geen sport/fisiese oefening deelneem nie, gaan as kontrolegroep gebruik word ten einde beduidendheid van verskille tussen die twee groepe aan te dui.

#### 2.4.4 SAMEVATTING

Deelname aan sport/fisiese oefening bevorder beide die fisiologiese en psigologiese funksionering van die mens. Die sosiologiese en psigologiese aspekte wat verband hou met die deelname aan sport, en die verskille en ooreenkomste tussen nie-gestremde en gestremde atlete ten opsigte van psigologiese welstand, is as behoeftes geïdentifiseer in resente navorsingsliteratuur. Navorsing toon aan dat, indien 'n persoon in die aktiwiteitsvlak belangstel, dit geniet en intrinsiek gemotiveer is om daaraan deel te neem, deelname aan sport/fisiese oefening psigologiese welstand kan bevorder. In die verlede is daar veral gefokus op aspekte wat die rolstoelatleet se sportpotensiaal kan verbeter. Daar bestaan tans 'n behoefte om die psigologiese voordele van deelname aan

sport/fisiese oefening te ondersoek. Rolstoelatlete openbaar volgens navorsing net soos nie-gestremde atlete hoër tellings as die norm vir lewenskrag en laer tellings as die norm vir spanning, depressie, verwarring en kwaadheid. Daar is verder gevind dat rolstoelatlete beduidend hoër vlakke van selfaktualisering ervaar as nie-gestremde atlete. Die vergelyking van rolstoelatlete wat aan sport/fisiese oefening deelneem, met rolstoelpersone wat aan geen sport/fisiese oefening deelneem nie, is egter meer wetenskaplik wanneer die psigologiese voordele van 'n aktiewe lewenstyl op rolstoelatlete ondersoek word. Die huidige empiriese studie gaan fokus op die lewenstevredenheids-, selfesteem, koherensiesin, copingvaardighede en konstruktiewe denke as indikatore van psigologiese welstand by rolstoelatlete.

# HOOFSTUK 3

## EMPIRIESE ONDERSOEK

### 3.1 INLEIDING

In hierdie hoofstuk word die metode van ondersoek uiteengesit wat vir die verkryging van gegewens oor psigologiese welstand by rolstoelpersone gebruik is. 'n Beskrywing van die navorsingsontwerp, ondersoekgroep, meetinstrumente en statistiese dataverwerking, soos in hierdie studie toegepas, word vervolgens gegee.

### 3.2 DIE ONTWERP

Vir die empiriese ondersoek is 'n ex-post-facto eenmalige opnamenavorsingsontwerp gebruik. Die groepe word dus vergelyk nadat die gebeurtenis wat bestudeer word, plaasgevind het. Psigologiese welstand by rolstoelatlete word ondersoek aan die hand van vyf meetinstrumente wat verskillende aspekte van psigologiese funksionering verken.

### 3.3 DIE ONDERSOEKGROEP

In hierdie ondersoek word gebruik gemaak van 'n beskikbaarheidsteekproef van 61 rolstoelpersone. Hierdie rolstoelpersone is afkomstig van al nege provinsies van Suid-Afrika. Die deelnemers sluit beide geslagte in. Die groep bestaan uit wit, swart en bruin persone tussen die ouderdomme van 18 tot 40 jaar.

By die totale ontleding is al 61 deelnemers se response gebruik. Die navorser het nie 'n groot getal response gekry soos verwag is nie. In konsultasie met 'n statistikus (Steyn, 2000: persoonlike mededeling) is besluit om 'n ewekansige blokontwerp (afparing) te gebruik. Uit die 61 response is 27 gelykwaardige pare gemaak ten opsigte van geslag, ras ouderdom en tipe gestremdheid.

Met die vergelyking van die twee groepe is die volgende kriteria gebruik: Groep A (n=27)

- i) is paraplegies, kwadruplegies of serebraal verlam;
- ii) is tussen 18 en 40 jaar oud;
- iii) beskik oor ten minste hoërskool opleiding;

- iv) neem deel aan rolstoelsport of fisiese oefening en
- v) oefen ten minste 3 uur per week.

Groep B (n=27) voldoen aan kriteria (i-iii) soos hierbo vermeld. Die rolstoelpersone in groep B neem nie deel aan rolstoelsport of enige fisiese oefening nie. Die wyse van seleksie was soos volg: Groep A is uit verskeie rolstoelsportklubs gewerf en bestaan onderskeidelik uit provinsiale, nasionale en internasionale vlak atlete. Groep B is gewerf uit Huis Servaas ('n tehuis vir parapleë, kwadrupleë en serebraal gestremde persone), die Suid-Afrikaanse Polisie diens (SAPD) se Gestremdesorgafdeling en die breë publiek, met die oog op die samestelling van 'n groep wat min of meer vergelykbaar is met groep A ten opsigte van geslag, ras, ouderdom en tipe gestremdheid.

In groep A (eksperimentele groep) was 73.5% van die rolstoelatlete manlik en 26.5% vroulik. 47.1% van die rolstoelatlete was swart en 50.0% was wit, terwyl bruinmense slegs 2.9% van die groep uitgemaak het. 17.6% van die rolstoelatlete was tussen die ouderdomme van 18 en 24 jaar, 44.1% was tussen 25 en 30 en 38.2% van die rolstoelatlete was tussen die ouderdomme van 31 en 40 jaar. Parapleë het 61.8% van die eksperimentele groep uitgemaak, terwyl 17.6% en 20.6% van die groep onderskeidelik kwadrupleë en serebraal verlam is.

In die kontrolegroep (groep B) was 66.7% mans en 33.3% vroue. Hierdie groep het bestaan uit 44.4% swartmense, 51.9% witmense en 3.7% bruinmense. 7.4% van die kontrolegroep was tussen die ouderdomme 18 en 24 jaar, 51.9% was tussen 25 en 30 jaar oud en 40.7% was tussen 31 en 40 jaar oud. Die kontrolegroep het bestaan uit 70.4% parapleë, 18.5% kwadrupleë en 11.1% serebraal verlamde persone.

Hoewel daar in die Totale Groep minder vroue as mans was, en minder persone tussen die ouderdomme van 18 tot 24 jaar as in die ander ouderdomskategorieë, is die frekwensiepersentasies in die eksperimentele en kontrolegroepe min of meer ooreenstemmend. Die afparingstegniek wat gebruik is (sien uiteensetting van die afparingstegniek in afdeling 4.3 van hierdie studie) om die subgroepe statisties te vergelyk, verseker verder dat die

resultate nie deur bogenoemde beïnvloed word nie.

**Tabel 3.1: Samestelling van die ondersoekgroep ten opsigte van ouderdom en gestremdheidskategorie naamlik, paraplegies (P), kwadruplegies (K) en serebraal verlam (S) (N=61)**

| ONDERSOEKGROEP     | Groep A (n=34)         |          |          | Groep B (n=27) |          |          | Totaal    |
|--------------------|------------------------|----------|----------|----------------|----------|----------|-----------|
|                    | Gestremdheidskategorie |          |          |                |          |          |           |
| Ouderdomskategorie | P                      | K        | S        | P              | K        | S        |           |
| 18-24              | 2                      | 1        | 3        | 1              | 1        | 0        | 8         |
| 25-30              | 10                     | 2        | 3        | 11             | 1        | 2        | 29        |
| 31-40              | 9                      | 3        | 1        | 7              | 3        | 1        | 24        |
| <b>Totaal</b>      | <b>21</b>              | <b>6</b> | <b>7</b> | <b>19</b>      | <b>5</b> | <b>3</b> | <b>61</b> |

**Tabel 3.2: Samestelling van die ondersoekgroep ten opsigte van rassegroep en geslag (N=61)**

| ONDERSOEKGROEP | Groep A (n=34) |          | Groep B (n=27) |          | Totaal    |
|----------------|----------------|----------|----------------|----------|-----------|
|                | Geslag         |          |                |          |           |
| Rasse groep:   | Manlik         | Vroulik  | Manlik         | Vroulik  |           |
| Swart          | 11             | 5        | 7              | 5        | 28        |
| Wit            | 13             | 4        | 10             | 4        | 31        |
| Indiër         | 0              | 0        | 0              | 0        | 0         |
| Bruin          | 1              | 0        | 1              | 0        | 2         |
| <b>Totaal</b>  | <b>25</b>      | <b>9</b> | <b>18</b>      | <b>9</b> | <b>61</b> |

**Tabel 3.3: Samestelling van die onderoekgroep ten opsigte van geslag en gestremdhedskategorie, naamlik paraplegies (P), kwadruptegies (K) en serebraal verlam (S) (N=61)**

| <b>ONDERSOEKGROEP Groep A (n=34)</b> |                              |          |          | <b>Groep B (n=27)</b> |          |          |               |
|--------------------------------------|------------------------------|----------|----------|-----------------------|----------|----------|---------------|
| <b>Geslag:</b>                       | <b>Gestremdhedskategorie</b> |          |          |                       |          |          | <b>Totaal</b> |
|                                      | <b>P</b>                     | <b>K</b> | <b>S</b> | <b>P</b>              | <b>K</b> | <b>S</b> |               |
| Manlik                               | 14                           | 6        | 5        | 12                    | 5        | 1        | <b>43</b>     |
| Vroulik                              | 7                            | 0        | 2        | 7                     | 0        | 2        | <b>18</b>     |
| <b>Totaal</b>                        | <b>21</b>                    | <b>6</b> | <b>7</b> | <b>19</b>             | <b>5</b> | <b>3</b> | <b>61</b>     |

### **3.4 MEETINSTRUMENTE**

Die volgende meetinstrumente is in hierdie studie gebruik:

#### **3.4.1 DIE BIOGRAFIESE VRAELYS**

Die biografiese vraelys bevat vrae oor geslag, ouderdom, etniese groep, tipe gestremdheid en aantal oefenure per week. Hierdie vrae is belangrik vir seleksiekriteria soos reeds bespreek in afdeling 3.3.

Verdere inligting oor algemene gesondheid, gesonde eetgewoontes, slaappatroon, aantal jare gestremd, vlak van sportdeelname, en affiliasie van sportklubs is ingewin vir interessantheidshalwe en die moontlike identifisering van toekomstige navorsings behoeftes. Sien Bylaag A vir 'n uiteensetting van biografiese items en hul onderskeie frekwensies.

#### **3.4.2 SELFESTEEM VRAELYS/SELF-ESTEEM INVENTORY (SEI) (COOPERSMITH, 1986)**

##### **3.4.2.1 Ontwikkeling en rasionaal**

Die SEI is ontwerp om evalueerbare houdings te meet teenoor die self in sosiale, akademiese, gesins- en persoonlike areas van ondervinding (Coopersmith, 1986:1). Vir die doeleindes van die gebruik van die SEI word selfesteem gedefinieer as die evaluasie

wat 'n persoon van hom/ haarself maak (en gewoonlik onderhou) oor die mate waartoe die persoon hom/ haarself as bevoeg, suksesvol, betekenisvol en waardig ag (Coopersmith, 1986:1).

#### **3.4.2.2 Die aard, administrasie, nasien en interpretasie**

Die SEI bestaan uit 'n vraeboekie, antwoordblad en nasienmaskers. Die SEI kan aan groepe sowel as individue gadministreer word. Vir die doel van hierdie studie is die Volwasse vorm (Adult Form) gebruik vir persone van 16 jaar en ouer.

Die SEI-Volwasse vorm bestaan uit 25 items en die respondent moet elke stelling evalueer en die toepaslike kolom getiteld *Like Me/Unlike Me* met 'n kruisie merk. Daar is geen tydsbeperking met die afneem van die SEI nie, maar die respondent word gevra om nie te lank te besin oor elke vraag/stelling nie.

Daar bestaan geen presiese kriteria vir hoë, medium en lae vlakke van selfesteem nie. Kriteria sal varieer met die karaktereienskappe van die steekproef, die verspreiding van tellings en teoretiese en kliniese oorwegings. Hoë tellings korrespondeer met hoë vlakke van selfesteem. In die meeste studies, toon die verspreiding van SEI-tellings 'n negatiewe skeefheid (in die rigting van hoë selfesteem). Wanneer die groep se frekwensieverdeling deur middel van kwartiele geposisioneer word, kan Q3 (hoogste kwartiel) algemeen aanvaar word as beduidend van hoë selfesteem, Q2 (mediaan) dui medium selfesteem aan en Q1 verteenwoordig lae selfesteem (Coopersmith. 1986:8).

#### **3.4.2.3 Betroubaarheid en geldigheid**

Volgens Coopersmith (1986:12) is die SEI-Volwasse vorm al op duisende respondente afgeneem en is verteenwoordigend van verskeie sosio-ekonomiese, etniese en kultuurgroepe. Studies en hersienings van studies oor betroubaarheid en geldigheid strek volgens Coopersmith (1986:12) vanaf 1970.

- **Betroubaarheid**

- Interne betroubaarheid***

- 'n Kuder Richardson (KR) betroubaarheidskoëffisiënt van 0.80 word volgens Coopersmith (1989:12) gerapporteer. In die huidige ondersoek word 'n Cronbach alfa-betroubaarheidskoëffisiënt van 0.81 gerapporteer.

- Voor- en natoetsbetroubaarheid***

- Volgens Coopersmith (1986:12) rapporteer Drummond, McIntire en Ryan (1977) betekenisvolle korrelasies op die Totale Self-telling met 'n steekproefgrootte van 591 respondente. Bedeian, Geagud en Zmud (1977) rapporteer koëffisiënte van 0.80 vir manstudente en 0.82 vir damestudente (Coopersmith, 1986:12).

- **Geldigheid**

- Multi-eienskap-Multi-metode-geldigheid***

- Coopersmith (1986:15) rapporteer swak samevallende geldigheid tussen die SEI en die Self-Concept and Motivation Inventory in 'n steekproef van (N=257) universiteitstudente. Volgens Coopersmith (1986:15) rapporteer Shaver en Robinson (1973) korrelasies van 0.59 en 0.60 tussen die SEI Volwasse vorm en die Rosenberg-skaal vir (N=3000) kollegestudente. Hieruit volg dus dat die SEI- en die Rosenberg-skaal moontlik dieselfde areas van die selfsteemkonstruk ondervang. Die rede hiervoor kan wees dat die items in die twee skale grootliks ooreenstemmend is.

#### **3.4.2.4 Motivering van gebruik**

Volgens Goodling en Asken (1987:124) en Hutzler en Bar-Eli (1993:221) toon navorsing dat deelname aan atletiek deur fisies gestremde persone 'n geleentheid skep om positiewe selfsteem te herwin. Campbell en Jones (1994:410) rapporteer egter dat daar nie 'n beduidende verskil is in die selfsteem van rolstoelpersone wat nie aan sport deelneem nie. Die meeste opmerkings oor die potensieel positiewe effek van rolstoelsport op die selfsteem van rolstoelatlete blyk egter suggestief pleks van wetenskaplik beproef. Hierdie studie poog om met die insluiting van die SEI-Volwasse vorm meer duidelikheid oor hierdie kwessie te bekom.

### 3.4.3 DIE KOHERENSIESIN-VRAELYS/SENSE OF COHERENCE SCALE (SOC) (ANTONOVSKY, 1988)

#### 3.4.3.1 Ontwikkeling en rasionaal

Die SOC-vraelys wat ook bekend staan as die Orientation to Life-vraelys, is die operasionalisering van die *sense of coherence-konstruk* en ontwikkeling het reeds in 1979 begin. Die SOC meet die mate waarin 'n persoon 'n deurdringende, blywende en dinamiese gevoel van sekerheid ervaar dat:

- die stimuli wat spruit uit die interne en eksterne omgewings in die verloop van die lewe, gestruktureer, voorspelbaar en verklaarbaar is.  
(Verstaanbaarheid/Comprehensibility)
- die bronne beskikbaar is om aan die eise van hierdie stimuli te voldoen  
(Beheerbaarheid/Manageability)
- die eise van bogenoemde stimuli uitdagings is wat die moeite werd is om by betrokke te raak en energie in te belê  
(Betekenisvolheid/Meaningfulness)

#### 3.4.3.2 Die aard, administrasie, nasien en interpretasie

Die SOC-skaal bestaan uit 29 items wat in 3 komponente verdeel is, naamlik: verstaanbaarheid, beheerbaarheid en betekenisvolheid. Die items word op 'n sewepuntskaal beantwoord waarvan slegs die polêre response op punte een en sewe aangedui word, byvoorbeeld:

##### *Item 1*

*Wanneer jy met mense praat, voel jy dat hulle jou nie verstaan nie?*

*Het nooit die gevoel nie      1 2 3 4 5 6 7      Het altyd die gevoel*

Die vraelys kan individueel of in 'n groep afgeneem word en die instruksies is duidelik. Die antwoordblad word met die hand nagesien. Antonovsky (1988:89) beveel aan dat daar nie te veel waarde aan die berekening van subskaaftellings geheg moet word nie, aangesien die SOC as 'n eendimensionele meetinstrument van koherensiesin beskou moet word. Die tellings van die SOC-skaal het 'n strekwydte van 29 tot 203 en 'n hoë telling verteenwoordig 'n sterk koherensiesin. In hierdie ondersoek word slegs met die totaalstelling gewerk.

### 3.4.3.3 Betroubaarheid en geldigheid

- **Betroubaarheid**

#### *Interne konsekwentheid*

Die Cronbach alfa-koëffisiënte ( $\alpha$ ) van 26 SOC-studies wissel van 0.78 tot 0.93 (Antonovsky, 1993:727). Van Eeden (1996:124) rapporteer 'n alfa-koëffisiënt van 0.85 vir die interne konsekwentheid van die skaal. Frenz, Carey en Jorgensen (1993:145) rapporteer die volgende koëffisiënte vir die subskale: verstaanbaarheid ( $\alpha=0.80$ ), beheerbaarheid ( $\alpha=0.80$ ) en betekenisvolheid ( $\alpha=0.82$ ). Hierdie ondersoek bevestig die sterk interne konsekwentheid van die skaal met 'n  $\alpha$  telling van 0.83.

#### *Toets-hertoetsbetroubaarheid*

Toet-hertoetsbetroubaarheid in agt studies dui op korrelasies van tussen 0.56 en 0.97 (Antonovsky, 1993:727).

- **Geldigheid**

Inhoudsgeldigheid, operasionele geldigheid en kriteriumgeldigheid van die SOC-skaal is volgens Antonovsky (1993:728) gunstig.

### 3.4.3.4 Motivering vir gebruik

Die SOC-skaal is van kardinale belang vir hierdie studie, aangesien die koherensiesin-konsep die kern vorm van die salutogene paradigma. Antonovsky (1988:212) is van mening dat koherensiesin 'n primêre dimensie van algemene welstand is en dat daar dus 'n positiewe verband tussen algemene welstand en koherensiesin bestaan (Van Eeden, 1996:219). Geen studie wat die koherensiesin van rolstoelpersone in die algemeen en rolstoelatlete in die besonder ondersoek, kon opgespoor word nie.

## 3.4.4 DIE COPE-VRAELYS (COPE) (CARVER, SCHEIER & WEINTRAUB, 1989)

### 3.4.4.1 Ontwikkeling en rasionaal

Die COPE is 'n multidimensionele coping-vraelys wat die verskillende wyses meet waarop persone op stres reageer. Daar word onderskei tussen verskeie aspekte van aktiewe coping in hierdie vraelys. Carver, Scheier en Weintraub: (1989:267) voer aan dat

die vertrekpunt van hulle navorsing Lazarus (1966) se konseptuele analise van stres en coping is.

#### **3.4.4.2 Die aard, administrasie, nasien en interpretasie**

Die COPE bestaan uit 13 konseptueel kenmerkende skale. Die meeste van die skale is gebaseer op spesifieke teoretiese oortuigings rakende funksionele en minder funksionele copingstrategieë. Ander skale is ingesluit na aanleiding van vorige navorsing, weens hul produktiewe en destruktiewe invloed op die proses van coping met verandering. Die skale van die COPE is soos volg:

- Aktiewe coping;
- Beplanning;
- Onderdrukking van kompeterende aktiwiteite;
- Terughoudende coping;
- Soeke na sosiale ondersteuning vir instrumentele redes;
- Soeke na sosiale ondersteuning vir emosionele redes;
- Positiewe herinterpretasie en groei;
- Aanvaarding;
- Keer na religie/God;
- Fokus op en ventilering van emosies;
- Ontkenning;
- Gedragsontkoppeling;
- Onttrekking van probleemoplossende denke; en
- Onttrekking deur middel van alkohol en dwelms.

Respondente word daaraan herinner dat daar geen regte en verkeerde antwoorde is nie. Die respondente word gevra om elke vraag/stelling as onafhanklik van die ander vrae/stellings te beantwoord, en te antwoord volgens eie gedrag en nie die gedrag van die meeste mense nie. Responskeuses sluit die volgende in:

- I usually don't do this at all
- I usually do this a little bit
- I usually do this a medium amount

- I usually do this a lot

#### **3.4.4.3 Betroubaarheid en geldigheid**

- **Betroubaarheid**

Carver, Scheier en Weintraub (1989:271) rapporteer aanvaarbare Cronbach alfa-betroubaarheidskoëffisiënte ( $\alpha$ ) op al die subskale, behalwe een subskaal wat 'n telling onder 0.6 behaal het. Toets-hertoetsbetroubaarheidskoëffisiënte op al die subskale is ook hoog. In hierdie ondersoek is die Cronbach alfa-betroubaarheidskoëffisiënte tussen 0.50 en 0.73 op al die subskale.

- **Geldigheid**

##### ***Konstruktiegeldigheid***

Die COPE meet situasionele, sowel as disposisionele copingstyle en sterk korrelasies tussen die twee style is gevind. Die COPE voldoen ook aan die vereistes van kultuurgeldigheid. (Carver *et al.*, 1989:279).

#### **3.4.4.4 Motivering vir gebruik**

Konstruktiewe copingvaardighede word positief geassosieer met psigologiese welstand (Van Eeden, 1996:96). Om hierdie rede word die copingkonstruk ingesluit in hierdie studie van psigologiese welstand by rolstoelatlete.

### **3.4.5 DIE KONSTRUKTIEWE DENKE-VRAELYS/CONSTRUCTIVE THINKING INVENTORY (CTI) (EPSTEIN, 1993)**

#### **3.4.5.1 Ontwikkeling en rasionaal**

Volgens Epstein (1993:1) meet die CTI die vermoë om alledaagse probleme op te los met 'n minimale hoeveelheid streservaring.

#### **3.4.5.2 Die aard, administrasie, nasien en interpretasie**

Die CTI is 'n hiërargies-georganiseerde meetinstrument wat metings op drie algemene vlakke van praktiese intelligensie moontlik maak. Op die mees algemene vlak is 'n globale

skaal van konstruktiewe denke. Die volgende algemene vlak bestaan uit ses hoofskale wat verskillende fundamentele wyses meet waarop persone konstruktief en destruktief dink. Die mees spesifieke vlak van die CTI verteenwoordig subskale/fassette van die hoofskale. Fundamentele prosesse, soos byvoorbeeld oorveralgemening en positiewe denke, word hier gemeet. (Epstein, 1993:1). Vir die doeleindes van hierdie ondersoek gaan slegs die *Globale konstruktiewe denke* telling gebruik word.

Die CTI bestaan uit 'n handleiding, herbruikbare toetsboekie, antwoordblad en 'n profielvorm. Die instruksies aan die respondente is duidelik en 108 items word op 'n 5-punt skaal beoordeel. Responskeuses word gegee as:

- 1 = Definitief vals
- 2 = Meestal vals
- 3 = Besluitloos/Nie waar of vals nie
- 4 = Meestal waar
- 5 = Definitief waar

Die CTI kan op individue sowel as op groepe afgeneem word en neem ongeveer 15-30 minute om te voltooi.

Die response van die items wat verskillende skale verteenwoordig, word bymekaar getel en die totale word oorgedra na die profielvorm. Die profielvorm, wat die totale na T-tellings en persentiele omwerk, maak die resultate maklik interpreteerbaar.

Volgens Epstein (1993:3) behaal ongeveer 40% van 'n gemiddelde steekproef T-tellings van tussen 45-55 op enige gegewe skaal. Alle tellings binne hierdie bandwydte moet as gemiddeld beskou word. Tellings tussen 56-65 is redelik hoog en T-tellings bo 65 word beskou as baie hoog.

### **3.4.5.3 Betroubaarheid en geldigheid**

- **Betroubaarheid**

#### *Interne konsekwentheid*

Epstein (1993:9) rapporteer alfa-koëffisiënte ( $\alpha$ ) vanaf 0.76-0.92 vir die hoofskale uit 'n

steekproef van 1500 kollege studente, en vanaf  $\alpha=0.73$  tot  $\alpha=0.90$  vir dieselfde hoeveelheid volwassenes. Subskaal/faset alfa-koëffisiënte is veel laer, maar Epstein (1993:9) voer aan dat die laer alfa-koëffisiënt toe te skryf is aan die klein getal items per subskaal/faset. In hierdie ondersoek is 'n  $\alpha$ -telling van 0.88 op die Globale konstruktiewe-denke skaal gevind.

### ***Toets-hertoetsbetroubaarheid***

Die toets-hertoetsbetroubaarheidskoëffisiënte van al die hoofskale en subskale van die CTI is tussen 0.60 en 0.90 (Epstein, 1993:25).

- **Geldigheid**

### ***Diskriminante geldigheid***

Die CTI is die enigste meetinstrument van sy soort wat ontwikkel is deur middel van 'n breë faktor analise van konstruktiewe en destruktiewe alledaagse outomatiese denke. 'n Verdere eienskap wat die CTI van ander meetinstrumente onderskei, is dat die CTI denkprosesse plaas van gevoelens of gedrag meet (Epstein, 1989:345).

### ***Konstruktiewe geldigheid***

Die CTI sluit al die wyses van coping in wat deur ander meetinstrumente gereflekteer word, tesame met addisionele copingstyle eie aan die CTI. Die CTI is dus 'n meer uitgebreide instrument van copingstyle en besit met ander woorde 'n hoë mate van konstruktiewe geldigheid (Epstein, 1989:347). Die CTI voldoen ook volgens Epstein (1989:347) aan kultuurgeldigheid.

#### **3.4.5.4 Motivering vir gebruik**

Daar is betekenisvolle positiewe korrelasies tussen die CTI-skaal en ander metings van kognitiewe en fisiese welstand (Epstein en Katz, 1991:823; Epstein en Meier, 1989:347). Daar is twee wyses waarop konstruktiewe denke met kognitiewe en fisiese welstand geassosieer word, naamlik: 1) Gesondheidsbevorderende gedrag soos gesonde eetgewoontes en gereelde oefening en 2) stres - swak konstruktiewe denkers ervaar meer stres in hul lewens as sterk konstruktiewe denkers weens die wyse waarop hulle optree

(ongeorganiseerd en antagonisties) (Epstein, 1993:15). Geen studie wat die koherensiesin van rolstoelatele ondersoek, kon opgespoor word nie.

### **3.4.6 DIE LEWENSTEVREDENHEIDSKAAL/SATISFACTION WITH LIFE SCALE (SWLS) (DIENER, EMMONS, LARSON & GRIFFIN, 1985)**

#### **3.4.6.1 Ontwikkeling en rasionaal**

Die SWLS is in 1985 deur Diener *et al.* ontwikkel en meet die kwaliteit van 'n persoon se lewe volgens sy eie kriteria. Die SWLS is binne die raamwerk van subjektiewe welstand eng gefokus om slegs globale lewenstevredenheid te meet.

#### **3.4.6.2 Die aard, administrasie, nasien en interpretasie**

Die SWLS bestaan uit vyf items en word op 'n gegradeerde sewepuntskaal beantwoord. 'n Gradering van 1 verteenwoordig 'n mening waarby die respondent *sterk verskil* en 'n gradering van 7 beteken dat 'n respondent *sterk saamstem*.

Die SWLS kan sowel individueel as in groepe afgeneem word en die afneeminstruksies is eenvoudig en duidelik. Daar bestaan geen tydlimiet vir die beantwoording van die skaal nie, maar meeste respondente voltooi die SWLS binne vyf minute. Die minimum-telling wat behaal kan word, is vyf, wat lae lewenstevredenheid aandui en die maksimum telling is 35, wat hoë lewenstevredenheid verteenwoordig.

#### **3.4.6.3 Betroubaarheid en geldigheid**

- **Betroubaarheid**

##### *Interne betroubaarheid*

In hierdie ondersoek is 'n Cronbach alfa-betroubaarheidskoëffisiënt ( $\alpha$ ) van 0.82 op die Totaaltelling van die SWLS gevind.

##### *Toets-hertoetsbetroubaarheid*

'n Twee maande toets-hertoetsindeks van 0.82 en 'n alfa-betroubaarheidsindeks van 0.87 word deur Diener *et al.* (1985:73) gerapporteer. Na hersiening van die SWLS rapporteer Pavot en Diener (1993:171) na aanleiding van ses ondersoeke, toets-hertoets-

betroubaarheidskoëffisiënte van tussen 0.50 en 0.84 en alfa-koëffisiënte van 0.79 tot 0.89.

- **Geldigheid**

- ***Konstruktiegeldigheid***

Pavot en Diener (1993:167) en Diener *et al.* (1985:74) rapporteer dat die SWLS voldoen aan konvergente geldigheid en korreleer positief met ander meetinstrumente van lewenstevredenheid. Volgens Diener *et al.* (1985:74) voldoen die SWLS ook aan kultuurgeldigheid.

#### **3.4.6.4 Motivering vir gebruik**

Lewenstevredenheid behels volgens Diener *et al.* (1985:71) 'n kognitiewe beoordeling van 'n persoon se lewe volgens sy eie kriteria. Heady, Kelley en Wearing (1993:77) en Wissing en Van Eeden (1997:24) is van mening dat lewenstevredenheid positief geassosieer kan word met psigologiese welstand. Geen studie wat die lewenstevredenheid by rolstoelatlete ondersoek, kon opgespoor word nie.

### **3.5 DIE ONDERSOEKPROSEDURE**

Toestemming is verkry van die Uitvoerende Komitee van die Suid-Afrikaanse Sportvereniging vir Liggaamlikgestremdes (SASLG) om rolstoelatlete en spanbestuurders te nader wat onder die vaandel van die SASLG deelneem en funksioneer. Die Suid-Afrikaanse Polisie diens (SAPD) se Gestremdesorgafdeling het ook toestemming verleen dat die navorser polisiebeamptes kan nader en nooi om aan hierdie studie deel te neem.

Die geografiese verspreiding van die ondersoekgroep het bepaalde struikelblokke opgelewer. Rolstoelpersone van al nege (9) provinsies van Suid-Afrika is in hierdie studie betrek en aangesig-tot-aangesig kommunikasie was nie altyd moontlik nie. Die navorser het telefoniese en mondelinge gesprekke met atlete en spanbestuurders (eksperimentele groep) en provinsiale gestremdesorgkoördineerders van die SAPD en ander lede van die publiek (kontrolegroep) gevoer. Hierdie gesprekke het gedien as eerste kontak geleentheid en werwing van rolstoelpersone, asook die samewerking van koördineerders (spanbestuurders en provinsiale gestremdesorgwerkers) is verkry. Die telefoniese en

mondelinge gesprekke is binne drie werksdae opgevolg met fakse waarin die navorser eerstens die koördineerders bedank het vir hul bereidwilligheid om aan die studie deel te neem en tweedens is die rede vir die studie soos volg verduidelik: “Daar bestaan min inligting oor die denke en gevoel van rolstoelers in Suid-Afrika en met hierdie studie kan u ‘n belangrike bydrae lewer tot die wetenskaplike uitbreiding van kennis in hierdie verband.” Daar was dus geen melding gemaak van psigologiese welstand of enige spesifieke konstruksie wat gemeet word nie. Die kriteria waaraan rolstoelers moet voldoen, is duidelik uiteengesit.

Die navorser het persoonlik die 1999 Suid-Afrikaanse Senior Atletiekkampioenskappe vir Fisies Gestremdes (SASAFG) bygewoon ten einde die vraelyste te laat invul deur die atlete. Sommige atlete wat sou deelneem aan hierdie studie (soos telefonies reeds gereël) het nie by die SASAFG opgedaag nie. Addisionele werwing is gedoen ten einde die respondentgetal aan te vul. Rolstoelatlete is soos volg gewerf. Die navorser het die rolstoelatlete genader en gevra om aan die studie deel te neem. Hy het aan die rolstoelatlete verduidelik hoe die vraelyste ingevul moet word en gereeld seker gemaak hulle verstaan die prosedure.

Die navorser het verder ‘n sportdag bygewoon te Ikageng, Potchefstroom ten einde nog meer rolstoelatlete te werf om vraelyste in te vul. Tien rolstoelatlete van die Tecford Centre for Physical Disabled People (TCPDP) het ingewillig om betrokke te raak in hierdie studie deur vraelyste in te vul. Die totale aantal rolstoelers (eksperimentele groep) wat aan hierdie studie deelgeneem het, was 34.

Die rolstoelers wat aan geen sport/fisiese oefening deelneem nie (kontrolegroep) is soos volg gewerf. Provinsiale Gestremdesorgkoördineerders van die SAPD het vraelyste van die navorser ontvang en aan die rolstoelers besorg. Die koördineerders is deur die navorser verduidelik hoe die vraelyste ingevul moet word en die navorser het seker gemaak dat die koördineerders die prosedure duidelik verstaan. Die rolstoelers het die vraelyste ingevul en aan die navorser terug gefaks. Die navorser het gereeld die rolstoelers telefonies gekontak om te verhoed dat te veel tyd verloop en die vraelyste

dalk nie ingevul sal word nie.

Die navorser het ook na Huis Servaas ('n tehuis vir parapleë, kwadrupleë en serebraal verlamde persone) te Klerksdorp gegaan en daar rolstoelpersone gewerf wat aan geen sport/fisiese oefening deelneem nie. By die Tecford Centre for Physical Disabled People (TCPDP) het die navorser ook rolstoelpersone vir die kontrolegroep gewerf. Daar was dus rolstoelpersone vir beide die eksperimentele en kontrolegroepe by die TCPDP gewerf om aan hierdie studie deel te neem. Koerantadvertensies is in die Klerksdorp Rekord en Potchefstroom Herald geplaas en rolstoelpersone van die breë publiek wat aan geen sport/fisiese oefening deelneem nie, is gevra om die navorser te kontak, maar die navorser het geen reaksie ontvang nie.

Die totale aantal rolstoelpersone wat aan geen sport/fisiese oefening deelneem nie (kontrolegroep) wat in hierdie studie betrek is, was 27.

### **3.6 ETIESE ASPEKTE**

Gegewe die geografiese verspreiding van die kontrolegroep en die persoonlike aard van die vraelyste, is die ingevulde vraelyste direk aan die navorser terug gefaks na sy persoonlike faksmasjien. Die beweegrede hiervoor was dat die alternatiewe (om ingevulde vraelyste terug te gee aan koördineerders sodat dié dit weer aan die navorser besorg, of om dit aan die navorser te pos) nie eties verantwoordbaar sou wees nie want dit sou die konfidensialiteit van die deelnemers in gedrang bring.

### **3.7 STATISTIESE DATAVERWERKING**

Die Statistiese Konsultasiediens van die PU vir CHO het die statistiese analise van toetsresultate gedoen. Die SAS System for Windows 6.12 (1996) rekenaarmatige statistiekprogram is vir hierdie doel gebruik.

Beskrywende statistiek, byvoorbeeld gemiddeldes, standaardafwykings, minimum- en maksimumtelling is bereken. Cronbach alfa-betroubaarheidskoëffisiënte vir elke skaal en sommige subskale is ook bepaal. Die beduidendheid van verskille tussen die eksperimente-

le en die kontrolegroep is met behulp van 'n ewekansige blokontwerp bereken en is versoenbaar met t-toetse vir onafhanklike groepe (Steyn, 2000: persoonlike onderhoud).

### **3.8 SAMEVATTING**

In hierdie hoofstuk is 'n uiteensetting gegee van die metode van ondersoek wat vir die insameling van empiriese gegewens oor die psigologiese welstand by rolstoelatlete gebruik is. Dit is gedoen deur die navorsingsontwerp en die ondersoekgroep te omskryf, die meetinstrumente wat in hierdie studie gebruik is te beskryf, en die ondersoekprosedure sowel as die statistiese verwerking van data weer te gee.

In die volgende hoofstuk word die resultate van die empiriese ondersoek na die psigologiese welstand by rolstoelatlete uiteengesit.

# HOOFSTUK 4

## RESULTATE EN INTERPRETASIE

### 4.1 INLEIDING

In hierdie hoofstuk word die resultate wat verkry is in die ondersoek na psigologiese welstand by rolstoelatlete gerapporteer en bespreek. Die beskrywende statistiek (dit is die gemiddelde tellings, standaardafwykings en omvang van tellings), sowel as die Cronbach alfa-betroubaarheidskoeffisiënte vir die Totale Groep op elke meetinstrument (Tabel 4.1) word eerstens weergegee en bespreek. Die resultate van die subgroepe word daarna vergelyk (Tabel 4.2). Beduidende verskille tussen die subgroepe word aangetoon en bespreek.

### 4.2 BESKRYWENDE STATISTIEK VIR DIE TOTALE GROEP OP AL DIE MEETINSTRUMENTE

In Tabel 4.1 word die Totale Groep se gemiddeldes, standaardafwykings, omvang van tellings en die Cronbach alfa-betroubaarheidskoeffisiënte vir elk van die meetinstrumente gerapporteer.

#### 4.2.1 EVALUERING VAN DIE CRONBACH ALFA-BETROUBAARHEIDSKOËFFISIËNTE

Hoewel Nunnally (1978:36) aanbeveel het dat betroubaarheidskoeffisiënte van so hoog soos 0.80 en 0.90 vereis behoort te word, meen Clark en Watson (1995:315) dat hedendaagse navorsers betroubaarheidsindekse van 0.60 en 0.70 reeds as goed of toereikend beskou. Smit (1991:51) meen selfs dat die minimum aanvaarbare betroubaarheidskoeffisiënt van skale wanneer groepe vergelyk word, 0.50 is. Tabel 4.1 toon aan dat die Cronbach alfa-betroubaarheidskoeffisiënte ( $\alpha$ ) van al die meetinstrumente en subskale relatief aanvaarbaar tot goed is.

#### 4.2.2 EVALUERING VAN DIE GEMIDDELDE TELLINGS EN STANDAARDAFWYKINGS

Vervolgens sal die gemiddelde tellings ( $\bar{x}$ ) en standaardafwykings (Std) van die Totale Groep op die Self-Esteem Inventory (SEI), die COPE, die Satisfaction With Life Scale

**Tabel 4.1: Gemiddeldes (G), standaardafwykings (Std), omvang van tellings en Cronbach alfa-betroubaarheidskoeffisiënte ( $\alpha$ ) vir alle meetinstrumente. Totale Groep (N=61)**

| Meetinstrumente |            | Omvang   |        |       |       |        | $\alpha$ |
|-----------------|------------|--|--------|-------|-------|--------|----------|
| en subskale     | Beskrywing | $\bar{x}$  | Std    | Min   | Max   |        |          |
| <b>SEI:</b>     | TOT        | Totale selfsteem                                       | 64.07  | NVT   | 32.00 | 100.00 | 0.81     |
| <b>COPE:</b>    | AC         | Aktiewe coping   | 12.64  | 2.42  | 6.00  | 16.00  | 0.50     |
|                 | P          | Bepanning  | 13.05  | 2.41  | 9.00  | 16.00  | 0.53     |
|                 | SCA        | Onderdrukking van kompeterende aktiwiteite             | 11.95  | 2.61  | 5.00  | 16.00  | 0.50     |
|                 | RC         | Weerhoudende coping                                    | 11.45  | 2.95  | 4.00  | 16.00  | 0.61     |
|                 | SIR        | Soeke na sosiale ondersteuning vir instrumentele redes | 11.57  | 3.01  | 4.00  | 16.00  | 0.70     |
|                 | SER        | Soeke na sosiale ondersteuning vir emosionele redes    | 11.25  | 3.26  | 4.00  | 16.00  | 0.73     |
|                 | PRG        | Positiewe herinterpretasie en groei                    | 13.13  | 2.51  | 7.00  | 16.00  | 0.65     |
|                 | A          | Aanvaarding  | 13.05  | 2.53  | 6.00  | 16.00  | 0.55     |
|                 | TTR        | Keer na religie  | 13.48  | 2.53  | 7.00  | 16.00  | 0.71     |
|                 | FVE        | Fokus op en ventilering van emosies                    | 10.51  | 3.01  | 4.00  | 16.00  | 0.59     |
|                 | D          | Ontkenning   | 8.62   | 3.14  | 4.00  | 16.00  | 0.65     |
|                 | BD         | Gedragsonkoppeling                                     | 8.77   | 2.87  | 4.00  | 14.00  | 0.50     |
|                 | MD         | Geestesontkoppeling                                    | 10.38  | 2.93  | 4.00  | 15.00  | 0.50     |
| <b>SWLS:</b>    |            | Lewenstevredenheid                                     | 23.39  | 7.77  | 5.00  | 35.00  | 0.82     |
| <b>SOC:</b>     |            | Koherensiesin  | 135.30 | 25.49 | 68.00 | 191.00 | 0.83     |
| <b>CTI:</b>     | GCT        | Globale konstruktiewe denke                            | 97.89  | 17.60 | 50.00 | 137.00 | 0.88     |

**Nota:** SEI = Self-Esteem Inventory, COPE = Coping skaal, SWLS = Satisfaction With Life Scale, SOC = Sense of Coherence, CTI = Constructive Thinking Inventory

(SWLS)-, die Sense of Coherence (SOC)- en die Constructive Thinking Inventory (CTI)-vraelys, soos in hierdie studie gevind, vergelyk word met dié wat in die literatuur gerapporteer is.

Die gemiddelde telling op die SEI se Totale Self-skaal in hierdie studie is 64.07 en

Coopersmith (1986:17-19) rapporteer gemiddelde tellings op die Totale Self-skaal tussen 57.3 en 63.8. Die Totale Self-skaal se gemiddelde telling van die Totale Groep, soos gevind in hierdie studie, is dus nie buite verhouding hoog of laag tot Coopersmith se bevindings nie.

Die COPE-skaal met sy verwante subskale se gemiddelde tellings en standaardafwykings, soos in hierdie studie gevind, is ooreenstemmend met Carver *et al.* (1989:273) se bevindings met uitsondering van die SCA (Onderdrukking van kompeterende aktiwiteite)-, TTR (Keer na religie)-, D (Ontkenning)- en BD (Gedragsontkoppeling)-subskale. In hierdie studie is 'n gemiddelde telling van 11.95 gevind op die SCA-subskaal terwyl Carver *et al.* (1989:273) 'n gemiddelde telling van 9.92 rapporteer. Die gemiddeldes verskil dus met 2.03 tellings. Op die TTR-subskaal is 'n gemiddelde telling van 13.48 en 'n standaardafwyking van 2.53 gevind, terwyl Carver *et al.* (1989:273) 'n gemiddelde telling van 8.82 en 'n standaardafwyking van 4.10 rapporteer. 'n Moontlike rede hiervoor is dat die onderoekgroep in hierdie studie religie as copingmeganisme in dieselfde lig beskou as die Amerikaanse normgroep. Die gemiddelde telling van subskale D en BD in hierdie studie is onderskeidelik 8.62 en 8.77 terwyl Carver *et al.* (1989:273) gemiddelde tellings van 6.07 en 6.11 op dieselfde subskale vind. Die onderoekgroep in hierdie studie oorskry dus die gemiddelde tellings op die D (Ontkenning)- en BD (Gedragsontkoppeling)-subskale met onderskeidelik 2.55 en 2.66. 'n Moontlike rede hiervoor kan wees dat ontkenning en gedragsontkoppeling verskillende nuanses in die multikulturele onderoekgroep aanneem of dat ontkenning sterker figureer by rolstoelpersone.

Pavot en Diener (1993:166) rapporteer SWLS gemiddelde tellings van 24.3 en 20.8 en standaardafwykings van 7.4 en 8.4 vir fisies gestremde onderoekgroepe van onderskeidelik (N=29 en N=32). In hierdie studie vergelyk die SWLS se gemiddelde telling van 23.4 en standaardafwyking van 7.8 vir fisies gestremde persone (N=61) dus gunstig met data wat in die literatuur voorkom. Neto (1992:128) en Diener (1985:72) rapporteer ooreenstemmende resultate met nie-gestremde onderoekgroepe.

In hierdie studie lewer die SOC 'n gemiddelde telling van 135.3 en standaardafwyking van

25.5 op. Die resultate van hierdie studie ten opsigte van die totale groep is ooreenstemmend met wat in die literatuur gevind is. (Vgl. Flannery en Flannery, 1990:417; Frenz, Carey en Jorgensen, 1993:151; Wissing en Van Eeden, 1997:15).

Op die CTI se Globale Konstruktiewe Denke (GCT)-subskaal, soos gevind in hierdie studie, is die gemiddelde telling 97.89 en die standaardafwyking 17.60. Epstein (1993:21-22) rapporteer gemiddelde tellings van 100.28 en 107.76 en standaardafwykings van 14.73 en 14.69 vir populasies van onderskeidelik kollegestudente en volwassenes. Die gemiddelde telling en standaardafwyking soos gevind in hierdie studie verskil dus onderskeidelik met minstens 2.39 (laer) en 3.09 (hoër) tellings van die normgroep. 'n Moontlike rede hiervoor kan wees dat die ondersoekgroep in hierdie studie konstruktiewe denke as kognitiewe copingmeganisme effens minder of anders hanteer as die Amerikaanse normgroep.

### **4.3 VERGELYKING VAN SUBGROEPE**

#### **4.3.1 INLEIDING**

Vervolgens sal die resultate van die rolstoelatlete (eksperimentele groep) en rolstoelpersone wat aan geen sport of fisiese oefening deelneem nie (kontrolegroep) met mekaar vergelyk word.

Die vergelyking van die twee groepe is gedoen met behulp van 'n ewekansige blokontwerp en is versoenbaar met t-toetse vir onafhanklike groepe. Die ewekansige blokontwerp behels die afparing van een (1) respondent van die eksperimentele groep en een (1) respondent van die kontrolegroep. Beide respondente is identies in terme van die volgende vier veranderlikes: geslag, ouderdomsgroep, ras en tipe gestremdheid. 'n Paar bestaan dus uit een respondent van beide groepe wat in terme van die bovermelde veranderlikes homogeen is. Volgens Huysamen (1993:82) is die lede van 'n paar meer homogeen en daar bestaan dus 'n kleiner variansie van verskille binne 'n paar. Steyn (2000: persoonlike mededeling) voer aan dat die metode van ewekansige blokontwerpe, wetenskaplik aanvaarbaar is en gereeld toegepas word by die vergelyking van subgroepe.

### 4.3.2 EVALUERING EN INTERPRETASIE VAN BEDUIDENDHEID VAN VERSKILLE

In hierdie afdeling gaan daar gefokus word op skale en subskale wat beduidende verskille uitwys tussen die eksperimentele en kontrolegroep. Moontlike redes word aangebied ter verklaring van resultate in hierdie studie. Bevindinge uit die literatuur word waar moontlik gegee.

Uit Tabel 4.2 is dit duidelik dat daar statistiese beduidende (p) verskille tussen die eksperimentele en kontrolegroep op die volgende skale en subskale bestaan: die selfesteem (SEI)-skaal; die lewenstevredenheid (SWLS)-skaal; die globale konstruktiewe denke (GCT)-subskaal; die aktiewe coping (AC)-subskaal; die beplanning (P)-subskaal; die positiewe herinterpretasie en groei (PRG)-subskaal; die aanvaarding (A)-subskaal; en die alkohol- en dwelmontkoppeling (ADD)-subskaal. Die statistiese betekenisvolheid en praktiese beduidendheid van verskille tussen die eksperimentele en kontrolegroep op elk van die bogenoemde skale en subskale gaan vervolgens bespreek word. Die effekgroottes van praktiese beduidendheid van verskille gaan ook gegee word. Moontlike redes ter verklaring van die resultate gaan aangebied word.

Volgens Steyn (1999:13) word 'n groot praktiese beduidendheid (d) van verskille tussen groepe aangedui wanneer 'n effekgrootte van  $\geq 0.8$  verkry is. Dit blyk uit die resultate van hierdie studie dat daar 'n groot effek van beduidendheid van verskille bestaan tussen die eksperimentele en die kontrolegroep op die SEI (selfesteem)-skaal. Die eksperimentele en kontrolegroep verskil prakties beduidend ( $d=0.8$ ) in hierdie studie. Die eksperimentele groep se selfesteem is hoër as dié van die kontrolegroep. Die moontlike rede hiervoor kan wees dat die deelname aan sport/fisiese oefening 'n geleentheid vir die eksperimentele groep geskep het om positiewe selfesteem te herwin. Ooreenstemmende resultate word deur Goodling en Asken (1987:124) en Hutzler en Bar-Eli (1993:221) gerapporteer. Dit kan egter ook teoreties wees dat rolstoel persone met hoër selfesteem aan sport/fisiese oefening deelneem.

**Tabel 4.2: Gemiddeldes ( $\bar{x}$ ), standaardafwykings (Std), statistiese (p) en praktiese betekenisvolheid (d) van verskille op meetinstrumente: Rolstoelatlete (n=27) en rolstoelpersone wat aan geen sport of fisiese oefening deelneem nie (n=27).**

| Meetinstrumente |            | Eksperimentele groep (n=27)                            |        | Kontrolegroep (n=27) |        | p          | d         |     |
|-----------------|------------|--|--------|----------------------|--------|------------|-----------|-----|
| en subskale     | Beskrywing | $\bar{x}$  | Std    | $\bar{x}$            | Std    |            |           |     |
| <b>SEI:</b>     | Selfesteem | 70.59  | 17.00  | 55.85                | 19.58  | 0.002 (**) | 0.8       |     |
| <b>COPE:</b>    | AC         | Aktiewe coping   | 13.18  | 2.10                 | 11.96  | 2.65       | 0.03 (*)  | 0.5 |
|                 | P          | Beplanning   | 13.56  | 2.38                 | 12.41  | 2.34       | 0.03 (*)  | 0.5 |
|                 | SCA        | Onderdrukking van kompeterende aktiwiteite             | 12.29  | 2.65                 | 11.52  | 2.55       | 0.13      |     |
|                 | RC         | Weerhoudende coping                                    | 11.62  | 2.98                 | 10.78  | 2.90       | 0.14      |     |
|                 | SIR        | Soeke na sosiale ondersteuning vir instrumentele redes | 11.41  | 3.26                 | 11.78  | 2.72       | 0.32      |     |
|                 | SER        | Soeke na sosiale ondersteuning vir emosionele redes    | 10.82  | 3.41                 | 11.78  | 3.04       | 0.13      |     |
|                 | PRG        | Positiewe herinterpretasie en groei                    | 13.82  | 1.80                 | 12.26  | 3.01       | 0.01 (**) | 0.5 |
|                 | A          | Aanvaarding  | 13.56  | 2.30                 | 12.41  | 2.71       | 0.04 (*)  | 0.4 |
|                 | TTR        | Keer na religie  | 13.41  | 2.78                 | 13.56  | 2.22       | 0.41      |     |
|                 | FVE        | Fokus op en ventilering van emosies                    | 10.38  | 2.88                 | 10.67  | 3.21       | 0.36      |     |
|                 | D          | Ontkenning   | 9.03   | 3.38                 | 8.10   | 2.80       | 0.13      |     |
|                 | BD         | Gedragsonkoppeling                                     | 8.59   | 2.86                 | 9.00   | 2.91       | 0.29      |     |
|                 | MD         | Geestesontkoppeling                                    | 10.56  | 2.68                 | 10.15  | 3.25       | 0.30      |     |
|                 | ADD        | Alkohol- en dwelm-ontkoppeling                         | 1.24   | 0.74                 | 1.67   | 1.00       | 0.03 (*)  | 0.4 |
| <b>SWLS:</b>    |            | Lewenstevredenheid                                     | 25.47  | 7.40                 | 20.78  | 7.56       | 0.01 (**) | 0.6 |
| <b>SOC:</b>     |            | Koherensiesin  | 138.03 | 22.92                | 131.85 | 28.47      | 0.18      |     |
| <b>CTI:</b>     | GCT        | Globale konstruktiewe denke                            | 101.18 | 14.92                | 93.78  | 20.03      | 0.05 (*)  | 0.4 |

**Nota:** SEI = Self-Esteem Inventory, COPE = Coping skaal, SWLS = Satisfaction With Life Scale, SOC = Sense of Coherence en CTI = Constructive Thinking Inventory. \*  $p \leq 0.05$  \*\*  $p \leq 0.01$

Steyn (1999:13) wys daarop dat effekgroottes van 0.5 en 0.2, onderskeidelik 'n medium en klein effek van praktiese beduidendheid van verskille aantoon.

Die SWLS-skaal meet globale lewensvrede. Die eksperimentele en kontrolegroep verskil statisties betekenisvol ( $p=0.01$ ) en prakties beduidend ( $d=0.60$ ) op hierdie skaal. 'n Medium effek van praktiese beduidendheid van verskille is gevind. Die eksperimentele groep se gemiddelde telling op die SWLS-skaal is hoër as dié van die kontrolegroep. Dit lyk dus of die rolstoelatlete 'n groter mate van globale lewensvrede ervaar, as die rolstoelpersone wat aan geen sport/fisiese oefening deelneem nie. 'n Moontlike rede hiervoor kan wees dat rolstoelpersone wat 'n hoë mate van lewensvrede ervaar aan sport/fisiese oefening deelneem.

Die AC-subskaal meet aktiewe coping. Iemand wat aktief cope, neem direkte aksie om probleme op te los of ideale te bereik. Die eksperimentele en kontrolegroep verskil statisties betekenisvol ( $p=0.03$ ) en prakties beduidend ( $d=0.50$ ) in hierdie studie met betrekking tot aktiewe coping. 'n Medium effek van praktiese beduidendheid van verskille is gevind. Die gemiddeld wat die eksperimentele groep op die AC-subskaal behaal het, is groter as dié van die kontrolegroep. Die rolstoelatlete is dus meer geneig tot aktiewe coping as die rolstoelpersone wat aan geen sport/fisiese oefening deelneem nie. Die rede hiervoor kan moontlik wees dat rolstoelatlete tot 'n mate gekondisioneer is om hul sportpotensiaal deur middel van direkte aksie (gereelde oefening) te verwesenlik.

Die P-subskaal meet die mate waarin beplanning gedoen word. Die eksperimentele en kontrolegroep verskil statisties betekenisvol ( $p=0.03$ ) en prakties beduidend ( $d=0.5$ ) in hierdie studie met betrekking tot beplanning. 'n Medium effek van praktiese beduidendheid van verskille is gevind. Die eksperimentele groep se gemiddelde telling op die P-subskaal is groter as dié van die kontrolegroep en dui dus aan dat die rolstoelatlete in hierdie studie meer geneig is om beplanning as copingmeganisme te gebruik, as rolstoelpersone wat aan geen sport/fisiese oefening deelneem nie. 'n Moontlike rede hiervoor kan wees dat rolstoelatlete aktiewer lewens lei, weens die feit dat hulle gereeld oefen. 'n Aktiewe lewens gaan gepaard met vele lewenseise en stressors, soos byvoorbeeld werksdruk en psigososiale stressors. Beplanning is baie belangrik ten einde met sulke lewensstressors te cope.

Positiewe herinterpretasie en groei word deur die PRG-subskaal aangedui. 'n Voorbeeld

van positiewe herinterpretasie en groei is Fanie Lombaard (wêreldrekordhouer en Paralimpiese kampioen) wie se been geamputeer is na 'n fratsongeluk. Fanie was voor sy ongeluk 'n provinsiale rugbyspeler, maar het nie sy sportbelangstelling verloor na die ongeluk nie. Hy het aangepas by sy nuwe omstandighede deur nie toe te laat dat sy gestremdheid hom onderkry nie. Die eksperimentele en kontrole groep verskil statisties betekenisvol ( $p=0.01$ ) en prakties beduidend ( $d=0.5$ ) in hierdie studie met betrekking tot positiewe herinterpretasie en groei. 'n Medium effek van praktiese beduidendheid van verskille is gevind. Die eksperimentele groep se gemiddelde telling op die PRG-subskaal, is hoër as dié van die kontrolegroep en dui dus aan dat die rolstoelatlete meer geneig is tot positiewe herinterpretasie en groei, as die rolstoelpersone wat aan geen sport/fisiese oefening deelneem nie. Die rede hiervoor kan moontlik wees dat rolstoelatlete weier om neerslagtig te raak as gevolg van hul fisiese gestremdheid en die uitdagings wat hul omstandighede inhou (Vgl. Frankl (1984:88); Ryff & Singer (1996:15)).

Die A-subskaal dui aanvaarding aan. Die eksperimentele en kontrolegroep verskil statisties betekenisvol ( $p=0.04$ ) en prakties beduidend ( $d=0.4$ ) op die aanvaarding-subskaal. 'n Klein effek van praktiese beduidendheid van verskille is gevind. Die gemiddelde telling van die eksperimentele groep op die A-subskaal is groter as dié van die kontrolegroep en dui dus aan dat die rolstoelatlete meer geneig is tot aanvaarding van hul omstandighede, as rolstoelpersone wat aan geen sport/fisiese oefening deelneem nie. Die moontlike rede hiervoor kan wees dat rolstoelpersone wat hul omstandighede aanvaar meer geneig is deelname aan sport/fisiese oefening..

Die mate waarin alkohol en dwelms gebruik word om van die onmiddellike omstandighede weg te vlug, word deur die ADD-subskaal aangedui. Die eksperimentele en kontrolegroep verskil statisties betekenisvol ( $p=0.03$ ) en prakties beduidend ( $d=0.4$ ) op die ADD-subskaal. 'n Klein effek van praktiese beduidendheid van verskille is gevind. Die eksperimentele groep het 'n laer gemiddelde telling op die ADD-subskaal behaal as die kontrolegroep en die afleiding kan dus gemaak word dat die rolstoelatlete in hierdie studie minder geneig is tot alkohol- en dwelmgebruik ten einde onmiddellike omstandighede te ontwyk, as die rolstoelpersone wat aan geen sport/fisiese oefening deelneem nie. Die rede

hiervoor kan wees dat rolstoelpersone wat aan sport/fisiese oefening deelneem minder geneig is om alkohol en dwelms te gebruik.

#### **4.4 SAMEVATTING**

In hierdie hoofstuk is die beskrywende statistiek vir die totale groep wat in hierdie studie behaal is, gerapporteer en bespreek. Dit is gevind dat al die meetinstrumente en hul subskale oor aanvaarbare Cronbach alfa-betroubaarheidskoeffisiënte beskik. Rolstoelatlete het beduidend hoër tellings behaal as rolstoelpersone wat nie aan sport/fisiese oefening deelneem nie, op die Selfesteemskaal (SEI), die Lewenstevredenheidskaal (SWLS), die Globale Konstruktiewe Denkesubskaal (GCT) en die volgende subskale van die COPE: Aktiewe coping (AC), Beplanning (P), Positiewe herinterpretasie en groei (PRG) en Aanvaarding (A). Rolstoelatlete het verder ook beduidend laer tellings behaal op die Alkohol- en dwelmontkoppeling (ADD)-subskaal as rolstoelpersone wat nie aan sport/fisiese oefeninge deelneem nie. Moontlike redes ter verklaring van die resultate is telkens aangebied en waar moontlik is ondersteuning van soortgelyke resultate uit die literatuur gegee.

# HOOFSTUK 5

## SAMEVATTING, GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

### 5.1 INLEIDING

In hierdie hoofstuk sal 'n aantal samevattende gevolgtrekkings gemaak word op grond van bevindings van hierdie ondersoek oor die psigologiese welstand by rolstoelatlete. Enkele aanbevelings vir verdere navorsing sal ook gemaak word.

### 5.2 SAMEVATTING EN GEVOLGTREKKINGS MET BETREKKING TOT DIE PSIGOLOGIESE WELSTAND BY ROLSTOELATLETE

#### 5.2.1 SAMEVATTING EN GEVOLGTREKKINGS VANUIT DIE LITERATUURONDERSOEK

Die doelstelling van hierdie studie was om vas te stel of die psigologiese welstand van rolstoelatlete hoër is as die psigologiese welstand van rolstoelpersone wat nie aan sport of enige ander fisiese oefening deelneem nie. Die belangrikste bevindinge en gevolgtrekkings word vervolgens uiteengesit. Daar sal eerstens 'n kort samevatting en enkele konklusies ten opsigte van die salutogene/fortigene oriëntasie gemaak word. Tweedens sal die aard van psigologiese welstand saamgevat word, en laastens sal die belangrikste empiriese indikasies van die verband tussen psigologiese welstand en deelname aan sport of fisiese oefening by (rolstoel)atlete, saamgevat word.

##### 5.2.1.1 Die salutogene/fortigene oriëntasie as metateoretiese perspektief teenoor die patogene oriëntasie

Antonovsky (1988:xi) se konsep van salutogenese en Strümpfer (1995:81) se konsep van fortigenese is as metateoretiese perspektief vir die huidige ondersoek gebruik. Salutogenese/fortigenese is 'n betreklik nuwe metateoretiese perspektief en staan teenoor die tradisionele patogene oriëntasie. Vanuit die salutogene/fortigene perspektief word daar deurlopend gesoek na daardie aspekte van menslike funksionering wat dui op sterktes, kapasiteite en groeifasiliterende geleenthede ten spyte van voortdurende lewenstressors. Die salutogene/fortigene oriëntasie se primêre fokus val op die behoud en bevordering van fisiese en psigologiese gesondheid en welstand. Die voorkoming van siekte dien as sekondêre fokus van hierdie perspektief. Die salutogene/fortigene perspektief stel 'n

verruimde wetenskapkonteks daar waarin psigologiese welstand nagevors kan word en waarin nuwe, andersoortige kennis toegevoeg kan word tot die vakwetenskap van die psigologie.

Omdat die salutogene/fortigene perspektief redelik nuut is in vergelyking met die tradisionele patogene oriëntasie, is dit nog nie duidelik of die salutogene/fortigene perspektief as 'n nuwe paradigma in die psigologie beskou moet word nie. Opwindende nuwe navorsingsprojekte soos byvoorbeeld die Trans-universiteiteprogram in fortologie (die wetenskap van sterktes) fokus op die verheldering en uitbouing van psigo-sosiale welstand en sterktes. Hierdie ondersoek vorm deel van die bogenoemde trans-universiteitenavorsingsprojek en fokus op die psigologiese welstand by rolstoelatlete.

Volgens Van Eeden (1996:207) is die implikasies van 'n salutogene/fortigene benadering vir die psigologie as dissipline onder andere:

- dat 'n salutogene/fortigene diskoers kan lei tot metateoretiese herkonseptualisering van vakinhoud en sodoende nuwe vistas vir psigologie kan open;
- dat 'n salutogene/fortigene diskoers kan lei tot 'n herkonseptualisering en spesifisering van aspekte soos geestesgesondheid, algemene welstand, psigologiese optimalisering, ensomeer; en
- dat 'n salutogene/fortigene wetenskapkonteks die ontwikkeling van 'n voorkomende en kapasiteitboufokos in die psigologie kan fasiliteer.

Die belangrikste bevindinge en gevolgtrekkings oor die aard van psigologiese welstand soos in die literatuur gevind, word vervolgens kortliks bespreek.

### **5.2.1.2 Psigologiese welstand**

Die literatuurondersoek na die aard van die fenomeen, psigologiese welstand, verteenwoordig die teoretiese/hipotetiese vlak van hierdie ondersoek. Vanuit die literatuur het dit geblyk dat daar nie 'n algemeen aanvaarbare opvatting bestaan van wat psigologiese welstand/welsyn/gesondheid presies is nie. Daar is ook min ooreenstemming oor hoe die verskynsel van psigologiese welstand gemeet moet word. In resente

ondersoek kom egter duideliker konseptualiserings, en bruikbare empiriese inligting na vore.

Uit 'n literatuurverkenning van perspektiewe vanuit die personologie, het dit geblyk dat verskeie persoonlikheidsteorieë bygedra het tot die konseptualisering van positiewe/volwasse/optimale persoonlikheidsfunksionering. Baie min van hierdie perspektiewe het egter gelei tot die operasionalisering van sentrale konstrunkte.

Verskeie multidimensionele modelle van psigologiese gesondheid/welstand is ontleed. Die meeste van hierdie modelle inkorporeer die teoretiese beginsels van die sisteemteorie, terwyl ander 'n meer eklektiese grondslag het. Sommige van die modelle word pragmaties toegepas om 'n proaktiewe benadering tot psigologiese sterktes en copingvaardighede by mense te kweek. Laasgenoemde is in lyn met die groeiende tendens om te fokus op lewenstylaspekte wat fisiese welstand verhoog, en die kweek van lewensvaardighede as 'n voorkomende intervensie, om lewenskwaliteit en psigologiese welstand te bevorder. (Vgl. Adams *et al.*, 1997:208; Crose *et al.*, 1992:149; Lightsey, 1996:589; Ryff en Singer, 1998:1; Seeman, 1989:1099; Witmer en Sweeney, 1992:140). Myns insiens bied die Model van Welstand (Adams *et al.*, 1997:209) 'n handige raamwerk waarteen bevindinge van die huidige ondersoek geïnterpreteer kan word. Adams *et al.* (1997:208) maak voorsiening vir 'n salutogene/fortigene metaperspektief wat die bestudering van die psigologiese sterktes/kapasiteite van rolstoelatlete, soos byvoorbeeld positiewe selfesteem en konstruktiewe copingvaardighede akkommodeer. Die Model van Welstand stel verder 'n sisteemteoretiese raamwerk voor waarin die sisteem (rolstoelatleet) in terme van al sy verwante subsysteme, byvoorbeeld fisiese welstand en psigologiese welstand bestudeer kan word.

In teenstelling met die bogenoemde holistiese/multidimensionele modelle van psigologiese welstand/gesondheid het dit uit die literatuur geblyk dat verskeie spesifieke mikrovlak konstrunkte ook poog om die aard van psigologiese welstand en verwante aspekte raak te vat. Verskeie konstrunkte wat spesifiek met psigologiese welstand geassosieer word, is geïdentifiseer in die literatuur en sluit die volgende in: positiewe selfesteem (SE),

lewenstevredenheid (SWL), konstruktiewe copingvaardighede, koherensiesin (SOC), en konstruktiewe denke (CT).

Die belangrikste moderatorveranderlikes wat met psigologiese welstand geassosieer word, naamlik geslag, ouderdom en kultuur is bespreek.

### **5.2.1.3 Empiriese indikasies van die verband tussen deelname aan sport/fisiese oefening en psigologiese welstand by (rolstoel)atlete**

Uit die literatuur blyk dit dat die deelname aan sport/fisiese oefening beide die fisiologiese en psigologiese funksionering van die mens bevorder. (Vgl. Desharnais, Jobin, Côté, Lévesque en Godin, 1993:169; Greenwood, Dziewaltovski en French, 1992:13; Wankel, 1993:151). In die huidige studie is gevind dat die deelname aan sport/fisiese oefening geassosieer kan word met positiewe selfesteem, lewenstevredenheid, globale konstruktiewe denke, aanvaarding, positiewe herinterpretasie en groei en meer effektiewe beplanning.

Die sosiologiese en psigologiese aspekte wat verband hou met die deelname aan sport en die verskille en ooreenkomste tussen nie-gestremde en gestremde atlete ten opsigte van psigologiese welstand is as behoeftes geïdentifiseer in resente navorsingsliteratuur. (Vgl. Bar-Eli, 1993:225; Silliman en Sherrill, 1989:77). Navorsing toon aan dat, indien 'n persoon in sport belangstel, dit geniet en intrinsiek gemotiveer is om daaraan deel te neem, deelname aan sport/fisiese oefening psigologiese welstand kan bevorder (Vgl. Campbell (1995:563); Wankel (1993:162). Hierdie ondersoek het gepoog om die psigologiese aspekte wat verband hou met deelname aan sport/fisiese oefening te bestudeer. Die navorser het gevind dat veral positiewe selfesteem, lewenstevredenheid en positiewe herinterpretasie en groei (Tabel 4.2) met die deelname aan sport/fisiese oefening, verbind kan word.

In die verlede is daar veral gefokus op aspekte wat die rolstoelatleet se sportpotensiaal kan verbeter. Daar is 'n behoefte aan inligting oor die psigologiese voordele van deelname aan sport/fisiese oefening vir rolstoelatlete geïdentifiseer. Rolstoelatlete openbaar volgens

navorsing net soos nie-gestremde atlete: hoër tellings as die norm vir lewenskrag en laer tellings as die norm vir spanning, depressie, verwarring en woede. (Vgl. Campbell, 1995:566; Campbell en Jones, 1994:405, Fung en Fu, 1995:569; Greenwood *et al.*, 1992:14; Horvat *et al.*, 1986:117). Daar is verder gevind dat rolstoelatlete beduidend hoër vlakke van selfaktualisering ervaar as nie-gestremde atlete (Sherrill *et al.*, 1990:253). In hierdie studie is die psigologiese voordele van deelname aan sport/fisiese oefening by rolstoelatlete ondersoek.

Uit die literatuurverkenning het dit na vore gekom dat die vergelyking van rolstoelatlete wat aan sport/fisiese oefening deelneem, met rolstoelpersone wat aan geen sport/fisiese oefening deelneem nie, meer wetenskaplik geag word as om rolstoelatlete met nie-gestremdes te vergelyk (Campbell & Jones, 1994:406). In hierdie studie is die psigologiese welstand by rolstoelatlete vergelyk met die psigologiese welstand by rolstoelpersone wat aan geen sport/fisiese oefening deelneem nie.

#### **5.2.1.4 Integrerende raamwerk**

Na 'n deeglike literatuuroorsig van psigologiese welstand vanuit die personologie, resente modelle en verbandhoudende konstrukte, het die ondersoeker dimensies en kenmerke van psigologiese welstand geïdentifiseer. Die volgende dimensies word met psigologiese welstand geassosieer: kognitiewe aspekte (byvoorbeeld konstruktiewe denke, rasionele denke en ervaring), affektiewe komponente (byvoorbeeld positiewe selfestem), die selfkomponent (byvoorbeeld selfregulering), interpersoonlike aspekte (byvoorbeeld persoon-tot-persoon-verhoudings), algemene aanpassings- en gedragskomponente (byvoorbeeld outonomie en konstruktiewe gedrag) en fisiese aspekte (byvoorbeeld 'n geharde immuunstelsel, fisieke fiksheid en verhoogde outonome herstel na oefening).

Konstrukte wat belangrike dimensies en kenmerke van psigologiese welstand konseptualiseer en wat goed geoperasionaliseer is, is geïdentifiseer, naamlik: positiewe selfestem (SE), konstruktiewe copingvaardighede, koherensiesin (SOC), lewenstevredenheid (SWL) en konstruktiewe denke (CT). Weens die beperkte grootte van die ondersoekgroep (N=61), die tydsfaktor en die aantal skale en subskale, het die ondersoeker besluit

om nie meer meetinstrumente in te sluit nie.

## **5.2.2 GEVOLGTREKKINGS VANUIT DIE EMPIRIESE ONDERSOEK**

Die bevindinge van die empiriese ondersoek verteenwoordig die empiriese/datavlak van hierdie studie en word ook teruggekoppel aan die teorie.

### **5.2.2.1 Basislyninligting ten opsigte van indekse van psigologiese welstand**

- **Betroubaarheid van skale**

Al die skale en subskale wat in hierdie ondersoek gebruik is, het 'n Cronbach alfa-betroubaarheidskoëffisiënt ( $\alpha$ ) bo 0.50 behaal en voldoen aan die minimum vereiste vir betroubaarheid vir groepe wat vergelyk word (Smit, 1991:51).

- **Verspreiding en aard van tellings op gekose meetinstrumente vir die Totale Groep**

Die gemiddelde tellings, standaardafwykings en omvang van tellings van die meeste van die skale en subskale vergelyk goed met dié van vergelykbare groepe soos in die literatuur vermeld word. Die SCA (onderdrukking van kompeterende aktiwiteite)-, TTR (keer na religie)-, D (ontkenning)- en BD (gedragsontkoppeling)-subskale van die COPE was egter uitsonderings.

### **5.2.2.2 Verskille tussen subgroepe**

Betekenisvolle verskille is tussen die rolstoelatlete (eksperimentele groep) en rolstoel-persone wat aan geen sport/fisiese oefening deelneem nie (kontrolegroep) ten opsigte van sommige aspekte gevind.

Dit blyk uit die resultate van hierdie ondersoek dat die eksperimentele groep oor 'n baie hoër vlak van selfesteem beskik as die kontrolegroep. Hierdie bevinding is in lyn met wat in ander studies gevind is. (Vgl. Goodling en Asken, 1987:124); Hutzler en Bar-Eli, 1993:221). Die moontlike rede hiervoor kan wees dat die deelname aan sport/fisiese oefening, 'n geleentheid vir hierdie rolstoelatlete gebied het om positiewe selfesteem te herwin. Daar kon egter geen oorsaaklikhede uit die huidige ondersoek afgelei word nie.

Die resultate het verder daarop gewys dat die eksperimentele groep meer tevrede met die lewe was as die kontrolegroep. Geen inligting kon in die literatuur gevind word om hierdie bevinding te ondersteun nie. Die rolstoelatlete se hoër vlak van lewenstevredenheid hang moontlik saam met hul aktiewe betrokkenheid by sport/fisiese oefening. Betrokkenheid by sport/fisiese oefening help rolstoelatlete moontlik om ten spyte van hulle gebreke vervullende lewens te lei en juis hulle ervaring van gestremdheid te bemeester.

In hierdie studie is gevind dat die eksperimentele groep oor 'n hoër mate van aktiewe coping beskik het as die kontrolegroep. Geen inligting kon in die literatuur opgespoor word wat die aktiewe coping van rolstoelatlete ondersoek het nie. Die moontlike rede waarom die rolstoelatlete in hierdie ondersoek meer geneig was tot aktiewe coping, is dat rolstoelatlete myns insiens tot 'n mate gekondisioneer is om direkte aksie (fisiese oefening) te neem ten einde ideale (verbetering van nasionale en wêreldrekords) te bereik.

Uit die resultate het dit geblyk dat rolstoelpersone meer geneig is tot beplanning as 'n copingmeganisme, as rolstoelpersone wat aan geen sport/fisiese oefening deelgeneem het nie. 'n Moontlike rede hiervoor is myns insiens dat rolstoelatlete aktiewer lewens lei weens die feit dat hulle minstens 3 uur per week oefen (vergeelyk kriteria (v) vir rolstoelatlete in afdeling 3.3 van hierdie studie). 'n Aktiewe lewe impliseer vele onvermydelike lewenseise en stressors, soos byvoorbeeld werk- en psigososiale stressors. Om met al sulke stressors en lewenseise te cope verg goeie beplanning.

Dit blyk uit die resultate van hierdie studie dat die rolstoelatlete meer geneig is tot positiewe herinterpretasie en groei na teleurstellende gebeure, as rolstoelpersone wat aan geen sport/fisiese oefening deelneem nie. Geen soortgelyke bevindinge kon in die literatuur opgespoor word nie, maar 'n moontlike rede hiervoor is dat die rolstoelatlete hul fisiese gestremdheid as 'n uitdaging beskou het en nie as gevolg van hul omstandighede in depressie verval het nie (vgl. Frankl, 1984:88; Ryff en Singer, 1996:15).

In hierdie studie is gevind dat die rolstoelatlete meer geneig is tot die aanvaarding van hul omstandighede as die rolstoelpersone wat aan geen sport/fisiese oefening deelneem nie.

Die moontlike rede hiervoor kan wees dat die rolstoelatlete meer geneig was tot aktiewe coping en positiewe herinterpretasie en groei. Die implikasie hiervan kan wees dat die rolstoelatlete oor meer psigologiese sterktes; soos byvoorbeeld persoon-tot-persoon-verhoudings, en fisieke kapasiteite, soos byvoorbeeld fisieke fiksheid, beskik. Die gekombineerde effek van hierdie faktore kan volgens die navorser lei tot 'n hoër mate van die aanvaarding van omstandighede.

Die resultate het verder ook getoon dat rolstoelatlete minder afhanklik is van alkohol en dwelms as die rolstoelpersone in hierdie studie wat aan geen sport/fisiese oefening deelneem nie. Die rede hiervoor kan wees dat rolstoelatlete meer geneig is tot aktiewe coping en ook dat die deelname aan sport/fisiese oefening as alternatief tot alkohol en dwelms gebruik was om op 'n passiewe wyse onmiddellike omstandighede tydelik te ontsnap.

Dit blyk dus dat die deelname aan sport/fisiese oefening saamhang met 'n goeie selfesteem, lewenstevredenheid, globale konstruktiewe denke, aktiewe coping, beplanning, positiewe herinterpretasie en groei, aanvaarding en minder gebruik van alkohol en dwelms by die rolstoelatlete in hierdie ondersoek. Dit is opvallend dat rolstoelatlete soveel meer konstruktiewe copingstrategieë gebruik en oor die algemeen hoër vlakke van psigologiese welstand ervaar.

### **5.2.2.3 Globale gevolgtrekking**

Dit blyk dus dat die volgende gevolgtrekkings op grond van die empiriese ondersoek gemaak word:

- In hierdie studie was die psigologiese welstand van die rolstoelatlete hoër as die psigologiese welstand van rolstoelpersone wat aan geen sport/fisiese oefening deelgeneem het nie.
- Die rolstoelatlete in hierdie ondersoek was meer tevrede met die lewe as die rolstoelpersone wat aan geen sport/fisiese oefening deelgeneem het nie.
- Die rolstoelatlete in hierdie studie het oor 'n hoër mate van selfesteem beskik as die rolstoelpersone wat aan geen sport/fisiese oefening deelgeneem het nie.

- Die rolstoelatlete in hierdie studie het oor 'n hoër mate van globale konstruktiewe denke beskik as die rolstoelpersone wat aan geen sport/fisiese oefening deelgeneem het nie.
- Die rolstoelatlete in hierdie ondersoek het oor 'n hoër mate van aanvaarding beskik as die rolstoelpersone wat aan geen sport/fisiese oefening deelgeneem het nie.
- Die rolstoelatlete in hierdie studie het oor meer effektiewe beplanningsvaardighe- de beskik as die rolstoelpersone wat aan geen sport/fisiese oefeninge deelgeneem het nie.
- Die rolstoelatlete in hierdie ondersoek het oor 'n hoër mate van aktiewe coping- vaardighe- de beskik as die rolstoelpersone wat aan geen sport/fisiese oefening deelgeneem het nie.
- Die rolstoelatlete in hierdie studie was minder geneig om alkohol en dwelms te gebruik as die rolstoelpersone wat aan geen sport/fisiese oefening deelgeneem het nie.

### 5.3 DIE BYDRAE VAN HIERDIE ONDERSOEK

Die navorsingsveld van psigologiese welstand as konstruk is nuut in die psigologie (Van Eeden, 1996:223). Hierdie ondersoek lewer 'n bydrae tot die vestiging van psigologiese welstand as konstruk op die teoretiese/hipotesevlak van die wetenskaplike teks. Die navorser het die gemarginaliseerde populasie, naamlik gestremdes gekies as ondersoekgroep om die verskynsel van psigologiese welstand te ondersoek. 'n Bydrae tot die wetenskaplike uibreiding van kennis in die gestremde populasie is deur hierdie ondersoek gemaak. Voor hierdie studie kon geen ander ondersoek van hierdie aard op gestremde persone in die algemeen, en rolstoelatlete in die besonder, in die Suid-Afrikaanse konteks gevind word nie.

Die grootste bydrae van hierdie ondersoek lê volgens die navorser op die empiriese/datavlak. Empiriese bewyse is gevind dat rolstoelpersone wat aan sport/fisiese oefening deelneem oor 'n hoër mate van psigologiese welstand beskik as rolstoelpersone wat aan geen sport/fisiese oefening deelneem nie.

## 5.4 AANBEVELINGS

Na aanleiding van die huidige ondersoek kan 'n aantal aanbevelings vir verdere navorsing en benutting van bevindinge gemaak word:

- Meer salutogene/fortigene navorsing is nodig wat die sterktes en kapasiteite van gestremde persone ondersoek. Gestremde persone lewer myns insiens toenemend produktiewe bydraes tot die sosiale, kulturele, wetenskaplike en ekonomiese welstand van Suid-Afrika. Dit is noodsaaklik dat daar gefokus word op die salutogene/fortigene aspekte van gestremde persone, sodat sterktes en kapasiteite wat lei tot algemene welstand, ondersoek en uitgebou kan word. Hierin sou die konstrukte wat in die huidige ondersoek beduidende verskille aangetoon het tussen rolstoelatlete en rolstoelpersone wat aan geen sport/fisiese oefening deelneem nie, uitgebrei kon word met nuwe konstrukte wat nie in hierdie ondersoek gebruik is nie. Voorbeelde van sulke konstrukte is: Dispositionele Optimisme (Scheier en Carver, 1987), Emosionele Intelligensie (Goleman, 1995), Aangeleerde vindingrykheid (Rosenbaum, 1990), 'n Waardeskaal (Schwartz, 1994), Affekbalans (Kammann en Flett, 1983), Houding teenoor die werklikheid (Unger, Draper en Pendergrass, 1986), Selfbekwaamheid (Tipton en Worthington, 1984), Waargenome sosiale ondersteuning (Procidano en Heller, 1993), Lewensaanpassing (Ellsworth, 1981) en 'n persoonlikheidskaal (Costa en McCrae, 1992).
- Die psigologiese welstand van vroulike en manlike rolstoelatlete kan vergelyk word. Weens die samestelling van die ondersoekgroep in hierdie studie as gevolg van die beskikbaarheidsteekproef, is meer mans in hierdie studie betrek. Die tekort aan vroulike deelnemers het dus die wetenskaplike vergelyking van die psigologiese welstand tussen manlike en vroulike rolstoelatlete onmoontlik gemaak.
- Meer navorsing is nodig wat die psigologiese welstand van rolstoelatlete in verskeie ontwikkelingsfases vergelyk.
- Verdere navorsing oor die aard van psigologiese welstand by rolstoelatlete kan gedoen word.
- Intervensieprogramme vir gestremde persone kan geëvalueer word om vas te stel of sportdeelname/fisiese oefening deel is van die rehabilitasieproses.

## **5.5 DIE LEEMTES VAN HIERDIE ONDERSOEK**

Weens die gebruik van 'n beskikbaarheidsteekproef het die ondersoekgroep uit baie meer mans as vroue bestaan. Die vergelyking tussen mans en vroue op die skale en subskale sou nie wetenskaplik verantwoordbaar kon wees nie. Die ondersoekgroep het verder baie minder persone tussen die ouderdomme van 18- en 24-jaar gehad as die ander ouderdomsgroepe. Die beskikbaarheidsteekproef het ook geen Indiër persone ingesluit nie. Die ondersoekgroep bestaan uit oorwegend wit en swart persone en te min bruinmense is in hierdie studie ingesluit weens die gebruik van 'n beskikbaarheidsteekproef.

## **5.6 TEN SLOTTE**

Hoewel die navorser heelwat hindernisse moes oorkom met verwysing na die werwing van die ondersoekgroep is dit steeds met 'n gevoel van tevredenheid en vervulling waarmee hierdie studie aan die wetenskaplike gemeenskap en breë publiek oorhandig word. As gestremde atleet het die navorser opnuut besef watter groot bydrae die deelname aan atletiek maak tot sy eie psigologiese welstand.

# BYLAE

## BYLAAG A: BIOGRAFIESE VRAELYS EN FREKWENSIES PER ITEM

| Itemnommer | Biografiese items en subafdelings | Frekwensie                                  |    |
|------------|-----------------------------------|---|----|
| 1          | Geslag:                           | Manlik                                      | 43 |
|            |                                   | Vroulik                                     | 18 |
| 2          | Ouderdom (Jaar):                  | 18-24                                       | 8  |
|            |                                   | 25-30                                       | 29 |
|            |                                   | 31-40                                       | 24 |
| 3          | Etniese groep:                    | Swart                                       | 28 |
|            |                                   | Wit   | 31 |
|            |                                   | Bruin                                       | 2  |
| 4          | Kategorie van gestremdheid        | Parapleeg                                   | 40 |
|            |                                   | Kwadrupteeg                                 | 11 |
|            |                                   | Serebraal verlam                            | 10 |
| 5          | Goeie algemene gesondheid         | Ja  | 56 |
|            |                                   | Nee   | 5  |
| 6          | Eet u gereeld gesonde voedsel?    | Ja  | 54 |
|            |                                   | Nee   | 7  |
| 7          | Lei u aan slapeloosheid?          | Ja  | 11 |
|            |                                   | Nee   | 50 |
| 8          | Aantal jare gestremd?             | 1-5   | 14 |
|            |                                   | 6-10  | 10 |
|            |                                   | 11-20                                       | 16 |
|            |                                   | 21-30                                       | 8  |
|            |                                   | 30+   | 12 |
| 9          | Vlak van sportdeelname:           | Internasionaal                              | 4  |
|            |                                   | Nasionaal                                   | 16 |
|            |                                   | Provinsiaal                                 | 14 |
| 10         | Oefenure per week:                | 3-6   | 27 |
|            |                                   | 6+  | 7  |
| 11         | Sportklub:                        | Sentraal-Gauteng                            | 7  |
|            |                                   | Gauteng-Noord                               | 3  |
|            |                                   | Wes-Kaapstreek                              | 2  |
|            |                                   | Transkei                                    | 6  |
|            |                                   | Kwazulu Natal                               | 3  |
|            |                                   | Grens                                       | 2  |
|            |                                   | Mpumalanga                                  | 3  |
|            |                                   | Noordwes                                    | 3  |
| Oos-Kaap   | 1                                 |   |    |
| 12         | Organisasie/Vereniging:           | Geen klub                                   | 4  |
|            |                                   | SAPD  | 11 |
|            |                                   | Tecford Centre for the disabled - Jouberton | 10 |
|            |                                   | Huis Servaas - Klerksdorp                   | 6  |

## BYLAAG B: UITSKIETERS

Sommige uitskieters het voorgekom en word vir interessantheid hier vermeld.

Die volgende uitskieters in die eksperimentele groep het uit die data na vore gekom en word vervolgens gerapporteer: 'n 24-jarige, wit, vroulike, nasionale vlak atleet (parapleeg) het 'n lae telling van 8 gekry op die AC (aktiewe coping)-subskaal van die COPE. 'n 23-jarige, swart, vroulike, nasionale vlak atleet (parapleeg) het 'n lae telling van 9 gekry op die PRG (positiewe herinterpretasie en groei)-subskaal. Lae tellings van 6 en 9 is gekry op die A (aanvaarding)-subskaal deur onderskeidelik 'n 29-jarige, wit, manlike, provinsiale vlak atleet (parapleeg) en 'n 35-jarige, wit, manlike, provinsiale vlak atleet (serebraal verlam) wat verder ook aan slapeloosheid ly. Twee atlete, albei van dieselfde ouderdomsgroep (31-40 jaar) en albei wit, het 'n baie hoë telling van 4 gekry op die ADD (Alkohol- en dwelmontkoppeling)-subskaal. Drie respondente in die eksperimentele groep het 'n lae telling van 10 en een 'n baie lae telling van 4 gekry op die SWLS (Lewenstevredenheidskaal). Drie van die vier atlete wat lae tellings op lewenstevredenheid aandui, ly aan slapeloosheid.

In die kontrolegroep het die volgende uitskieters in die data voorgekom. Twee respondente in die kontrolegroep (albei manlik, 35-jaar oud en paraplegies) rapporteer 'n hoë telling van 4 elk op die ADD-subskaal van die COPE.

Dit is opvallend dat meer uitskieters in die eksperimentele groep voorkom as in die kontrolegroep. Al die uitskieters dui op negatiewe copingvaardighede en lae lewenstevredenheid.

## BIBLIOGRAFIE

Adams, T., Bezner, J. & Steinhardt, M. (1997). The conceptualization and measurement of perceived wellness: Integrating balance across and within dimensions. American Journal of Health Promotion, 11(3), 208-218.

Adler, A. (1963). The man and his world: Triumph over the inferiority complex. New York: Mentor Books.

Allport, G.W. (1978). Pattern and growth in personality. London: Holt, Rinehart & Winston.

Antonovsky, A. (1979). Health, stress and coping. San Francisco: Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1988). Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Antonovsky, A (1993). The properties and structure of the Sense of Coherence Scale. Social Sciences and Medicine, 36, 725-733.

Antonovsky, A. & Bernstein, J. (1986). Pathogenesis and salutogenesis in war and other crises: Who studies the successful copier? In N.A. Milgram. (Ed.). Stress and coping in time of war: Generalizations from the Israeli experience. New York: Brunner & Mazel.

Antonovsky, H. & Sagy, S. (1986). The development of a sense of coherence and its impact on responses to stress situations. The Journal of Social Psychology, 7, 213-225.

Ardell, D.B. (1977). High level wellness: An alternative to doctors, drugs and disease. Rodale: Emmaus.

Asken, M.J. & Goodling, M.D. (1987, January/February). Attitudes toward disabled athletic competition: A preliminary inquiry. Spokes & Spikes, 14, pp. 41-44.

- Bandura, A. (1978). The self-system in reciprocal determinism. American Psychologist, 33, 344-358.
- Bandura, A (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behaviour change. Psychological Review, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy in human agency. American Psychologist, 44, 1175-1184.
- Barnard, C.P. (1994). Resiliency: A shift in our perception? The American Journal of Family Therapy, 22(2), 135-144.
- Baxley, G.B. (1993). Building resiliency in youth: Imagine the difference. Paper presented at the National Conference of Health and Human Sciences. Washington D.C.: The Living Stage Theatre Co.
- Bodibe, R.C. (1993). What is the truth? Being more than just a jesting Pilat in South African psychology. South African Journal of Psychology, 23(2), 53-58.
- Bradburn, N.M. (1969). The structure of psychological well-being. Chicago: Aldine Publishing Co.
- Buss, D.M. (2000). The evolution of happiness. American Psychologist, 55(1), 15-23.
- Campbell, E. (1995). Psychological well-being of participants in wheelchair sports: Comparison of individuals with congenital and aquired disabilities. Perceptual and Motor Skills, 81, 563-568.
- Campbell, E. & Jones, G. (1994). Psychological well-being in wheelchair sport participants and nonparticipants. Adapted Physical Activity Quarterly, 11(4), 404-415.
- Carver, C.S.; Scheier, M.F. & Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. Journal of Personality and Social Psychology, 56(2), 267-283.

Clark, A.L. & Watson, D. (1995). Construct validity: Basic issues in objective scale development. Psychological Assessment, 7(3), 309-319.

Compton, D.M., Eisenman, P.A. & Henderson, H.L. (1989). Exercise and fitness for persons with disabilities. Sports Medicine, 7, 150-162.

Cooper, C.L. & Payne, R. (Eds.). (1991). Personality and stress: Individual differences in the stress process. Chichester: John Wiley & Sons.

Coopersmith, S. (1986). Self-Esteem Inventories manual. California: Consulting Psychologists Press Inc.

Corey, G. (1991). Theory and practice of counselling and psychotherapy. (4<sup>th</sup> ed.). California: Brooks & Cole.

Cowen, E.L. (1983). Primary prevention in mental health: Past, present and future. In R.P. Felner, L.A. Jason, J.N. Mortisugu & S.S. Faber. (Eds.). Preventive Psychology: Theory, research and practice. New York: Pergamon Press.

Cowen, E.L. (1991). In pursuit of wellness. American Psychologist, 46(4), 404-408.

Cox, T. & Ferguson, E. (1991). Individual differences, stress and coping. In L. Cooper & R. Payne. (Eds.). Personality and stress: Individual differences in the stress process. Chichester: John Wiley & Sons.

Cruse, R., Nicolas, D.R., Gobble, D.C. & Frank, B. 1992. Gender and wellness: A multidimensional systems model for counselling. Journal of counselling and development, 71, 149-156.

Crouse, J. (2000). Lid van nasionale uitvoerende kommittee van die Suid-Afrikaanse Sport Assosiasie vir Fisies Gestremdes. Persoonlike onderhoud.

DePauw, K. (1988). Sport for individuals with disabilities: Research opportunities. Adapted Physical Activity Quarterly, 5(2), 80-89.

Desharnais, R, John, J., Côté, C., Lévesque, L. & Godin, G. (1993). Aerobic Exercise and the placebo effect: A controlled study. Psychosomatic Medicine, 53, 149-154.

Diener, E. (1984). Subjective well-being. Psychological Bulletin, 95(3), 542-575.

Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. American Psychologist, 55(1), 34-43.

Diener, E., Emmons, R., Larsen, R.J. & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. Journal of Personality Assessment, 49(1), 71-75.

Durlak, J.A. (1998). Common risk and protective factors in successful prevention programs. American Journal of Orthopsychiatry, 68(4), 512-520.

Eberst, R.M. (1984). Defining health: A multidimensional model. Josh, 54(3), 99-104.

Edwards, K.L. (1989). African-American psychological health. The Journal of Ethnic studies, 17(3), 1-31.

Emmons, R.A. (1986). Personal strivings: An approach to personality and subjective well-being. Journal of Personality and Social Psychology, 51(5), 1058-1068.

Emmons, R.A. & Diener, E. (1985). Personality correlates of subjective well-being. Personality and Social Psychology Bulletin, 11(1), 89-97.

Epstein, S. (1992). Constructive thinking and mental and physical well-being. In L. Montada, S.H. Filipp & M.J. Lerner (Eds.), Life crises and experiences of loss in adulthood. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Ass.

Epstein, S. (1993). Manual for the Constructive Thinking Inventory. University of Massachusetts at Amherst. Verkry van die outeur.

Epstein, S. & Katz, L. (1991). Coping ability, stress, productive load, and symptoms. Journal of Personality and Social Psychology, 61(2), 813-825.

Epstein, S. & Meier, P. (1989). Constructive thinking: A broad coping variable with specific components. Journal of Personality and Social Psychology, 57(2), 332-350.

Feist, G.J., Bodner, T.E., Jacobs, J.F., Miles, M. & Tan, V. (1995). Integrating top-down and bottom-up structural models of subjective well-being: A longitudinal investigation. Journal of Personality and Social Psychology, 68(1), 138-150.

Feldt, T. (1997). The role of sense of coherence in well-being at work: Analysis of main and moderator effects. Work and Stress, 11(2), 137-147.

Flannery, R.B & Flannery, G.T. (1990). Sense of coherence, life stress and psychological distress: A prospective methodological inquiry. Journal of Clinical Psychology, 46(4), 415-420.

Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1988). The relationship between coping and emotion: Implications for theory and research. Social Science and Medicine, 26(3), 309-317.

Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. & Gruen, R.J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. Journal of Personality and Social Psychology, 50, 992-1003.

Frankl, V.E. (1984). Man's search for meaning. New York: Washington Square Press.

Frankl, V.E. (1988). The will to meaning: Foundations and applications of logotherapy. New York: Meridian.

Frenz, A.W., Carey, M.P. & Jorgensen, R.S. (1993). Psychometric evaluation of Antonovsky's Sense of Coherence Scale. Psychological Assessment, 5(2), 145-153.

Fromm, E. (1956). The same society. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Fung, L. & Fu, F.H. (1995). Psychological determinants between wheelchair sport finalists and non-finalists. International Journal of Sport Psychology, 26, 568-579.

Golding, J.M. & Ungerleider, S. (1991). Social resources and mood among masters track and field athletes. Journal of applied Sport Psychology, 3, 142-159.

Goodling, M.D. & Asken, M.J. (1987). Sport psychology and the physically disabled athlete. In J.R. May & M.J. Asken (Eds). Sport psychology. New York: PMA Publishing Corp.

Greenwood, C.M., Dzewaltovsky, D.A. & French, R. (1992). Self-efficacy and psychological well-being of wheelchair tennis participants and wheelchair nontennis participants. Adapted Physical Activity Quarterly, 7(1), 12-21.

Guttek, B.A., Allen, H., Tyler, T.R., Lau, R.R. & Westat, A.M. (1983). The importance of internal referents as determinants of satisfaction. Journal of Community Psychology, 11, 111-120.

Haworth, J.T., Jarman, M. & Lee, S. (1997). Positive psychological states in the daily live of a sample of working women, Journal of Applied Social Psychology, 27(4), 345-370.

Headey, B., Kelley, J. & Wearing, A. (1993). Dimensions of mental health: Life satisfaction, positive affect, anxiety and depression. Social Indicators Research, 29, 63-82.

Horney, K. (1957). Our inner conflicts. London: Routledge and Kegan Paul.

Horvat, M., French, R. & Henschen, M (1986). A comparison of the psychological characteristics of male and female able-bodied and wheelchair athletes. Paraplegia, 24, 115-122.

Hutzler, Y. & Bar-Eli, M. (1993). Psychological benefits of sports for disabled people: A review. Scandinavian Journal of Medicine and Science in sports, 3, 217-228.

Huysamen, G.K. (1994). Metodologie vir die sosiale en gedragwetenskappe. Pretoria: Southern.

Jorgensen, L.I. (1996). Die evaluering van 'n opleidingsprogram ten opsigte van interpersoonlike doeltreffendheid binne die Suid-Afrikaanse Polisieopleidingskollege (PU vir CHO - Skripsie).

Jung, C.G. (1960). The structure and dynamics of the psyche. (Collected works Vol 8). London: Routledge and Kegan Paul.

Kammann, R. & Flett, R. (1983). Affectometer 2: A scale to measure current levels of general happiness. Australian Journal of Psychology, 35(2), 259-265..

Kaplan, H.I., Sadock, B.J. & Grebb, J.A. (1994). Synopsis of psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins.

Kelly, G.A. (1955). The psychology of personal constructs: A theory of personality. New York: Norton.

Korotkov, D.L. (1993). An assessment of the (short form) Sense of Coherence personality measure: Issues of validity and well-being. Personality and Individual Differences, 14(4), 575-583.

Larson, R.W. (2000). Toward a psychology of positive youth development. American Psychologist, 55(1), 170-183.

- Lightsey, O.R. (1996). What leads to wellness: The role of psychological resources in well-being. The Counselling Psychologist, 24(4), 589-735.
- Madsen, K.B. (1988). A history of psychology in metascientific perspective. Amsterdam: North Holland.
- Marten, J.J. & Mushett, C.A. (1996). Social support mechanisms among athletes with disabilities. Adapted Physical Activity Quarterly, 13, 74-83.
- Maslow, A.H. (1954). Motivation and personality. New York: Harper.
- Maslow, A.H. (1968). Toward a psychology of being. New York: D van Nostrand
- Maslow, A.H. (1970). Motivation and personality. (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Harper.
- May, R. (1954). A psychologist looks at mental health in to-day's world. Mental Hygiene, 38(1), 1-11.
- Meddin, J.R. 1998. Dimensions of spiritual meaning and well-being in the lives of ten older Australians. International Journal of Aging and Human Development, 47(3), 163-175.
- Meyer, W.F., Moore, C. & Viljoen, H.G. (1988). Persoonlikheidsteorië van Freud tot Frankl. Johannesburg: Lexicon.
- Miller, S.M. (1990). To see or not to see: Cognitive informational styles in the coping process. In M. Rosenbaum. (Ed.). Learned resourcefulness: On coping skills, self control and adaptive behaviour. New York: Springer.
- Möller, A.T. (Ed.). (1993). Perspektiewe oor persoonlikheid. Durban: Butterworths.
- Myers, D.G. & Diener, E. (1996). The pursuit of happiness. Scientific American, 274(5), 54-56.

Neto, F. (1992). The Satisfaction With Life Scale: Psychometric properties in an adolescent sample. Journal of Youth and Adolescence, 22(2), 125-134.

Nunnally, J.C. (1978). Psychometric Theory. (2<sup>nd</sup> ed.). New York: McGraw-Hill.

Pavot, W. & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction With Life Scale. Psychological Assessment, 5(2), 164-172.

Pearlin, L.J. & Schooler, C. (1978). The structure of coping. Journal of Health and Social Behavior, 19, 2-21.

Perls, F. (1971). In and out of the garbage pail. New York: Bantam.

Plug, C., Meyer, W.F., Louw, D.A. & Gouws, L.A. (1993). Psigologie woordeboek. (2de uitg.). Johannesburg: Lexicon Uitgewers.

Ranson, D.C., Fisher, L. & Terry, H.E. (1992). The California family health project II: Family world view and adult health. Family Process, 31, 251-267.

Reber, A.S. (1995). Dictionary of psychology. (2<sup>nd</sup> ed.). London: Penguin Books.

Rogers, C.R. (1961). On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin Co.

Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it?: Explorations on the meaning of psychological well-being. Journal of Personality and Social Psychology, 57, 1069-1081.

Ryff, C.D. & Singer, B. (1996). Psychological well-being: Meaning, measurement and implications for psychotherapy research. Psychotherapy an Psychosomatics, 65, 14-23.

Ryff, C.D. & Singer, B. (1998). The contours of positive health. Psychological Inquiry, 9(1), 1-28.

Ryff, C.D. & Keyes, C.L.M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. Journal of Personality and Social Psychology, 69(4), 719-727.

Scheier, M.F. & Carver, C.S. Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. Cognitive Therapy and Research, 16(2), 201-228.

Schultz, D. (1977). Growth psychology: Models of the healthy personality. New York: Van Nostrand.

Seeman, J. (1989). Toward a model of positive health. American Psychologist, 44(8), 1099-1109.

Sherrill, C., Silliman, L., Gench, B. & Hinson, M. (1989). Self-actualization of elite wheelchair athletes. Paraplegia, 28(4), 252-260.

Sherrill, C., Gilstrap, T., Richir, K, Gench, B. & Hinson, M. (1988). Use of the Personal Orientation Inventory with disabled athletes. Perceptual and Motor skills, 67, 263-266.

Sherrill, C., Hinson, M., Gench, B., Kennedy, S.O. & Low, L. (1990). Self-concepts of disabled youth athletes. Perceptual and Motor Skills, 70, 1093-1098.

Seligman, M.E.P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. American Psychologist, 55(1), 5-14.

Silliman, L.M. & Sherrill, C. (1989). Self-actualization of wheelchair athletes. Clinical Kinesiology, 43(3), 77-82.

Silverman, W.H. (1994). Major trends in psychotherapy: Implications for priorities for psychotherapy. Psychotherapy, 31(2), 227-233.

Smit, G.J. (1991). Psigometrika: Aspekte van toetsgebruik. Pretoria: Haum.

Steptoe, A., Edwards, S. & Moses, J. (1989). The effects of exercise training on mood and perceived coping ability in anxious adults from the general population. Journal of Psychosomatic Research, 33, 537-547.

Steyn, H.S. (1999). Praktiese beduidenheid: Die gebruik van effekgroottes

Steyn, H.S. (2000). Professor van statistiek en departementshoof van die Statistiese Konsultasiediens van die PU vir CHO.

Strümpfer, (1990). Salutogenesis: A new paradigm. South African Journal of Psychology, 20(4), 265-276.

Strümpfer, D.J.W. (1995). The origins of health and strength: From 'salutogenesis' to 'fortigenisis'. South African Journal of Psychology, 25(2), 81-89.

Taylor, S.E., Kemeny, M. E.; Reed, G.M.; Bower, J.E.& Gruenewald, T.L. 2000. American Psychologist, 55(1), 99-109.

Triandis, H.C. (1994). Cultural and social behaviour. New York: McGraw-Hill.

Triandis, H.C. (1996). The psychological measurement of cultural syndroms. American Psychologist, 51(4), 407-415.

Uys, J. (Ed.). (1992). Psychological counselling in the South African context. Cape Town: Maskew Miller Langman.

Van Eeden, C. (1996). Psigologiese welstand en koherensiesin. Pothefstroom (Proefskrif - PU vir CHO).

Wankel, L.M. (1993). The importance of enjoyment to adherence and psychological benefits from physique activity. International Journal of Sport Psychology, 24, 151-169.

Weisberg, J. & Sagie, A. (1999). Teacher's physical, mental en emotional burnout: Impact on intention to quit. The Journal of Psychology, 133(3), 333-339.

Winner, E. (2000). The origins and ends of giftedness. American Psychologist, 55(1), 159-169.

Wissing, M.P. (1995). Vasstaar en deurkyk: 'n Refleksie op bewustheid en veelheid van betekenis. Koers, 60(3), 475-492.

Wissing, M.P. (2000). Wellness: Construct clarification and a framework for future research and practice. Keynote address: First South African National Wellness Conference. Port Elizabeth, South Africa, May 2<sup>nd</sup> - 5<sup>th</sup>.

Wissing, M.P. & Van Eeden, C. (1994). Psychological well-being: measurement and construct clarification. 23<sup>rd</sup> International Congress of Applied Psychology. Madrid, Spain, July 17<sup>th</sup> - 22<sup>nd</sup>.

Wissing, M.P. & Van Eeden, C. (1997). Psychological well-being: A fortigenic conceptualization and empirical clarification. 3<sup>rd</sup> Annual Congress of Psychological Society of South Africa, Durban, September, 10<sup>th</sup> - 12<sup>th</sup>.

Wissing, M.P. & Van Eeden, C. (1997). Facing the challenge to explicate mental health salutogenically: Sense of coherence and psychological well-being. 55<sup>th</sup> Annual Convention of the International Council of Psychology, Graz, Austria, July, 14<sup>th</sup> -18<sup>th</sup>.

Wissing, M.P. & Van Eeden, C. (2000). Health psychology and psychological health: Explication the (not so) obvious (2). 1<sup>st</sup> South African National Wellness Conference, UPE, Port Elizabeth, May, 2<sup>nd</sup> - 5<sup>th</sup>.

Witmer, J.M. & Sweeney, T.J. (1992). A holistic model of wellness and prevention over the life span. Journal of Counselling and Development, 71, 140-148.

World Health Organisation. (1999). About WHO: Definition of Health

Zeidner, M. & Endler, N.S. (Eds.). (1996). Handbook of coping: Theory, research, applications.  
New York: Wiley.