

**Die invloed van 'n diensleerbenadering
in die destigmatisering van mediese studente
se persepsies teenoor psigiatriese pasiënte**

deur
Isak Stefanus de Wet Snyman

*Werkstuk ingelewer ter gedeeltelike voldoening aan die
vereistes vir die graad Magister in die Wysbegeerte in
Gesondheidswetenskappe-Onderwys aan die
Fakulteit Geneeskunde en Gesondheidswetenskappe,
Universiteit Stellenbosch*



Studieleier: Dr Antoinette Rachéle Smith-Tolken
Afdeling Gemeenskapsinteraksie
Universiteit Stellenbosch

Desember 2012

I. Verklaring

Deur hierdie werkstuk in te lewer, verklaar ek dat die geheel van die werk hierin vervat my eie, oorspronklike werk is, dat ek die alleenouteur daarvan is, dat reproduksie en publikasie daarvan deur die Universiteit Stellenbosch nie derdepartyregte sal skend nie en dat ek dit nie vantevore, in die geheel of gedeeltelik, ter verkryging van enige kwalifikasie aangebied het nie.

Isak Stefanus de Wet Snyman

Tygerberg

Desember 2012

II. Abstract

Worldwide the stigma attached to psychiatric patients, psychiatric disorders, psychiatrists and the field of Psychiatry is of great concern. The stigmatising perceptions of medical practitioners and medical students towards psychiatric patients have a negative impact on effective treatment, considering the increasing burden psychiatric disorders are placing on communities and health systems.

Numerous efforts were attempted and recommendations made for destigmatising medical students' perceptions towards psychiatric patients. It was found that perception usually improved after a clinical rotation in Psychiatry, but the stigmatising perceptions mostly returned a year later.

The first clinical exposure to Psychiatry for medical students at the Faculty of Medicine and Health Sciences, Stellenbosch University, is during the fourth or fifth year of study. This rotation was revised in 2010 and a service-learning component added. The research question which consequently developed, is: What is the influence of a service-learning approach on destigmatising students' perceptions towards psychiatric patients?

The research followed a phenomenological school of thought in an interpretative paradigm with a qualitative-inductive approach. On the last day of a rotation students handed in their written reflections and an in-depth focus group interview was conducted. The focus group interviews were repeated a year later. Students' reflections and the transcribed texts were analysed. This served as the basis for conclusions from which recommendations were made.

It was found that students had stigmatising perceptions towards psychiatric patients before their first clinical rotation in Psychiatry. Directly after that student' perceptions were destigmatised to a greater extend. A year later non-stigmatising perceptions of understanding, acceptance, comfortableness, compassion, respect and responsibility were still present, although a few students experienced the limited return of stigmatising perceptions. Students attributed the positive changes to their service-learning experience in combination with the clinical placement at a psychiatric hospital with a friendly atmosphere and where they were exposed to patients not suffering from complex and extreme psychiatric disorders.

The non-stigmatising perceptions a year after a clinical rotation in Psychiatry demonstrates the transformative value of service-learning. Service-learning is where meaningful and relevant service is rendered with and in the community, social responsiveness is purposefully emphasised and structured reflections are done to enhance academic learning.

As a result of this study medical schools worldwide can take cognisance that a service-learning approach made a significant contribution to the sustained destigmatisation of medical students' perceptions towards psychiatric patients.

III. Opsomming

Stigma teenoor psigiatriese pasiënte, psigiatriese steurings, psigiaters en Psigiatrie as vakgebied is wêreldwyd 'n groot bron van kommer. Medici en mediese studente se stigmatiserende persepsies teenoor psigiatriese pasiënte het 'n negatiewe impak op effektiewe behandeling, veral gesien in die lig van die groterwordende las wat die toename in psigiatriese steurings op gemeenskappe en gesondheidsisteme plaas.

Heelwat pogings is aangewend en aanbevelings gemaak om mediese studente se persepsies teenoor psigiatriese pasiënte te destigmatiseer. Daar is bevind dat persepsies gewoonlik verbeter direk na 'n kliniese rotasie in Psigiatrie, maar dat stigmatiserende persepsies meestal binne 'n jaar terugkeer.

Mediese studente aan die Fakulteit Geneeskunde en Gesondheidswetenskappe, Universiteit Stellenbosch, se eerste kliniese blootstelling aan Psigiatrie is tydens die vierde of vyfde studiejaar. In 2010 is dié rotasie hersien en 'n diensleercomponent bygevoeg. Die navorsingsvraag wat hieruit ontwikkel is, is: Wat is die invloed van 'n diensleerbenadering op die destigmatisering van mediese studente se persepsies teenoor psigiatriese pasiënte?

Die navorsing het 'n fenomenologiese denkrigting gevolg in 'n interpretatiewe paradigma met 'n kwalitatief-induktiewe benadering. Studente het skriftelike refleksies op die laaste dag van 'n rotasie ingehandig en 'n in-diepte fokusgroeponderhoud is gevoer. 'n Jaar later is die fokusgroeponderhoude herhaal. 'n Ontleding van studente se refleksies en die getranskribeerde tekste en gedoen. Dit het gedien het as basis vir die gevolgtrekkings waaruit aanbevelings gemaak is.

Daar is gevind dat studente voor hulle eerste kliniese rotasie in Psigiatrie, stigmatiserende persepsies teenoor psigiatriese pasiënte gehad het. Direk daarna was studente se persepsies grotendeels gedestigmatiseer. Na 'n jaar was nie-stigmatiserende persepsies van begrip, aanvaarding, gemaklikheid, deernis, respek en verantwoordelikheid steeds teenwoordig, alhoewel stigmatiserende persepsies tot 'n mate by sommige teruggekeer het. Studente het die positiewe verandering toegeskryf aan die diensleerervaring in kombinasie met 'n kliniese plasing in die psigiatriese hospitaal waar 'n vriendelike atmosfeer geheers het en waar daar blootstelling was aan pasiënte wat nie aan komplekse en ekstreme psigiatriese steurings gely het nie.

Die nie-stigmatiserende persepsies 'n jaar na 'n kliniese rotasie in Psigiatrie toon die transformatiewe waarde van diensleer. Met diensleer word sinvolle en relevante diens met en in die gemeenskap gelewer, doelbewuste klem word op sosiale verantwoordbaarheid gelê en gestruktureerde refleksie word gedoen om beter akademiese leer te laat plaasvind.

Na aanleiding van hierdie studie kan mediese skole wêreldwyd kennis neem dat 'n diensleerbenadering 'n betekenisvolle bydrae gelewer het tot die volhoubare destigmatisering van mediese studente se persepsies teenoor psigiatriese pasiënte.

IV. Erkenning

Hierdie werkstuk was nie 'n reis wat met die Magister in die Wysbegeerte in Gesondheidswetenskappe-Onderwys begin het nie. Dit was eerder die klimaks van 'n reis in menswees wat twintig jaar gelede as mediese student begin het. Op die reis het ek op baie paaie beland wat nie toé sin maak het nie. Tydens hierdie navorsing en die skryf van die werkstuk, het my reis begin sin maak. Ek kon sien waarom my lewe soveel draaie moes loop en dat ek nou is waar ek moet wees. Ek kyk met dankbaarheid terug en sien die geduldige hand van my Reisenoot hierin raak. Dankie Here.

Baie dank is ook verskuldig aan my voormalige kollegas van die Departement Psigiatrie, Fakulteit Geneeskunde en Gesondheidswetenskappe, Universiteit Stellenbosch en by Lentegeur Psigiatrisie Hospitaal. By name dank aan prof. Piet Oosthuizen, prof. Paul Carey, dr. Laila Asmal en dr. Gerhard Jordaan vir julle aanmoediging en hulp. Dankie aan al ons gemeenskapsvennote saam met wie ons die diensleerprojekte kon begin en die studente wat aan die navorsing deelgeneem het.

Die ondersteuning en aanmoediging van al my kollegas by die Sentrum vir Gesondheidsberoep-Onderwys word waardeer. Dankie aan me Martie van Heusden wat die fokusgroeponderhoude gelei het en aan me Leigh Storey wat die transkripsies gedoen het.

My kollega en vriend, Jacob du Plessis, dankie vir jou huis waar ek weke lank kon sit en swoeg om sin te maak uit al die data. Ek het dit my Gordonsbaai Hoofkwartier gedoop! Ek waardeer jou vriendskap, aanmoediging en gasvryheid.

Dr Antoinette Smith-Tolken, my studieleier, het haar hande vol gehad om my te laat fokus. Dankie vir jou toegewydheid, lojaliteit, wysheid en geduld om dié groentjie in te lei in die wêreld van kwalitatiewe navorsing.

Prof. Johan en me Helen de Preez het saam met my geswoeg deur sinskonstruksies, logiese argumente, punte, kommas, *track changes* en die soek na geskikte Afrikaanse terme. Ek weet nie hoe ek Ma ooit kan bedank vir die ure se hulp met redigering nie.

Wanneer ek myself jammer gekry het omdat ek dié perd opgesaal het, as ek naweke alleen op kantoor gesit het en tot in die oggendure die sleutelbord gehamer het, het ek telkens besef ek is nie die een wat die grootste opoffering maak nie. As MPhil-weduwee het Helena vir Christiaan en Isobel besig gehou as pappa nie daar was nie, sy het die gras gesny, 'n bouery bestuur en gewens dat ek nou moet klaarkry. Nooit het sy gekla nie. Ek het nie woorde om vir jou dankie te sê nie Helena. Dié werkstuk is vir jou!

V. Inhoudsopgawe

I. Verklaring	II
II. Abstract	III
III. Opsomming	IV
IV. Erkenning	V
V. Inhoudsopgawe	VI
VI. Lys van figure	IX
VII. Lys van tabelle	X
VIII. Afkortings	XI
1 OORSIG	1
1.1 Inleiding	1
1.2 Konteks en posisionering van die studie	2
1.3 Verduideliking van konsepte en terme	2
1.4 Probleemstelling, navorsingsvraag en doel van ondersoek	7
1.5 Navorsingsontwerp	7
1.6 Belang van studie	8
1.7 Aanbieding van werkstuk	9
2 LITERATUUROORSIG	10
2.1 Die uitdagings vir gesondheidsberoep-onderwys in die een-en-twintigste eeu	10
2.2 Die uitdaging vir psigiatrie-opleiding: die destigmatisering van mediese studente se persepsies	12
2.2.1 Stigma	13
2.2.2 Mediese studente se stigmatiserende persepsies jeens psigiatryse pasiënte en steuring	15
2.2.3 Destigmatisering van studente se persepsies: pogings wat al aangewend is	18
2.2.4 Aanbevelings wat gemaak is om studente te destigmatiseer	20
2.3 Diensleer as moontlike oplossing vir destigmatisering van mediese studente se persepsies	23
2.3.1 Relevante en sinvolle dienslewering	23
2.3.2 Verhoogde akademiese leer	24
2.3.3 Doelbewuste sosiale verantwoordbaarheid	25
2.3.4 Geleentheid vir gestruktureerde refleksie	26
2.4 Oorsig van die Psigiatrie-kurrikulum wat ondersoek is	27

3	NAVORSINGSONTWERP	31
3.1	Inleiding	31
3.2	Interpretatiewe paradigma met 'n kwalitatief-induktiewe benadering	31
3.3	Tydperk en plek van studie	33
3.4	Respondente en steekproef	34
3.5	Proses van datagenerering en -analise	35
3.5.1	Generering van data	35
3.5.2	Gefokusde lees van data	36
3.5.3	Interpretering van die data	36
3.5.4	Verifiëring van data	38
3.5.5	Aanbieding van die data	40
3.6	Etiese oorwegings	41
3.7	Samevatting	41
4	DATA-ANALISE	42
4.1	Vreesagtigheid	43
4.1.1	Vreesagtigheid: Voor die MKRP	43
4.1.2	Vreesagtigheid: Direk na die MKRP	44
4.1.3	Vreesagtigheid: Een jaar na die MKRP	45
4.2	Degradering	46
4.2.1	Degradering: Voor die MKRP	46
4.2.2	Degradering: Direk na die MKRP en een jaar later	47
4.3	Objektivering	47
4.3.1	Objektivering: Voor die MKRP	48
4.3.2	Objektivering: Direk na die MKRP	49
4.3.3	Objektivering: Een jaar na die MKRP	49
4.4	Andersheid	49
4.4.1	Voor die tyd	49
4.4.2	Direk na die MKRP en een jaar later	50
4.5	Besetenheid	50
4.5.1	Besetenheid: Voor die MKRP	50
4.5.2	Besetenheid: Direk na die MKRP en een jaar later	51
4.6	Irritasie	52
4.6.1	Irritasie: Voor die MKRP	53
4.6.2	Irritasie: Direk na die MKRP	53
4.6.3	Irritasie: Een jaar na die MKRP	53
4.7	Hulpeloosheid en magteloosheid	54
4.7.1	Hulpeloosheid en magteloosheid: Voor die MKRP	54
4.7.2	Hulpeloosheid en magteloosheid: Direk na die MKRP	54

4.7.3	Hulpeloosheid en magteloosheid: Een jaar na die MKRP	55
4.8	Begrip	55
4.8.1	Begrip: Voor die MKRP	55
4.8.2	Begrip: Direk na die MKRP	56
4.8.3	Begrip: Een jaar na die MKRP	61
4.9	Aanvaarding	62
4.9.1	Aanvaarding: Voor die MKRP	63
4.9.2	Aanvaarding: Direk na die MKRP	63
4.9.3	Aanvaarding: 'n Jaar na die MKRP	64
4.10	Deernis, respek en gemaklikheid	66
4.10.1	Deernis, respek en gemaklikheid: Voor die MKRP	66
4.10.2	Deernis, respek en gemaklikheid: Direk na die MKRP	66
4.10.3	Deernis, respek en gemaklikheid: 'n Jaar na die MKRP	69
4.11	Persepsie van verantwoordelikheid	70
4.11.1	Verantwoordelikheid: Voor die MKRP	71
4.11.2	Verantwoordelikheid: Direk na die MKRP	71
4.11.3	Verantwoordelikheid: 'n Jaar na die MKRP	73
4.12	Relevante addisionele bevindinge	75
4.13	Samevatting	76
5	BESPREKING VAN RESULTATE	77
5.1	Die bydrae van 'n diensleerbenadering tot die destigmatisering van studente se persepsies	77
5.2	Die sinergie tussen kliniese plasings en diensleeraktiwiteite in die destigmatisering van studente se persepsies	83
5.3	Redes vir stigmatiserende persepsies na die MKRP	84
5.4	Beperkings, sterkpunte en aanbevelings sou die studie herhaal word	85
6	GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS	87
7	VERWYSINGS	90
8	ADDENDA	100
8.1	Addendum A: Deelnemerinligtingsblad en toestemmingsvorm	100
8.2	Addendum B: Vrae en aansporings vir fokusgroeponderhoude	105
8.3	Addendum C: Etiese klaring	107

VI. Lys van Figure

Figuur 1. Die strategie in GBO om gelykheid in gesondheid te bereik.....	11
Figuur 2. Die effek wat stigmatiserende persepsies op psigiatriese pasiënte het: 'n bouse kringloop.	15
Figuur 3. Die SPICES-model van kurrikulum innovering.	22
Figuur 4. 'n Voorstelling van die interpretatiewe paradigma.....	32
Figuur 5. Die iteratiewe proses van datagenerering en -analise.....	35
Figuur 6. Die verwantskap tussen kodes, kategorieë, temas en konsepte.	37
Figuur 7. Driedimensionele matriks om verwantskappe tussen kodes, kategorieë, temas en konsepte voor te stel.....	38
Figuur 8. Die persepsie van vreesagtigheid voor die aanvang van die MKRP.....	44
Figuur 9. Die persepsie van vreesagtigheid direk na die MKRP.....	45
Figuur 10. Die persepsie van vreesagtigheid een jaar na die MKRP.....	46
Figuur 11. Die persepsie van degradering.	47
Figuur 12. Die persepsie van objektiveer as kliniese gevalle.....	48
Figuur 13. Die persepsie van besetenheid.	51
Figuur 14. Die persepsie van irritasie.....	53
Figuur 15. Die persepsies van hulpeloosheid en magteloosheid.....	54
Figuur 16. Die persepsie van begrip voor die MKRP.....	56
Figuur 17. Die persepsie van begrip voor die MKRP.....	58
Figuur 18. Die persepsie van begrip 'n jaar na die MKRP.....	62
Figuur 19. Die persepsie van aanvaarding direk na die MKRP.....	63
Figuur 20. Die persepsie van aanvaarding 'n jaar na die MKRP.	65
Figuur 21. Die persepsie van deernis, respek en gemaklikheid direk na die MKRP.	68
Figuur 22. Persepsies van deernis, respek en gemaklikheid 'n jaar na die MKRP.	70
Figuur 23. Die persepsie van verantwoordelikheid direk na die MKRP.....	71
Figuur 24. Die persepsie van verantwoordelikheid 'n jaar na die MKRP.	73

VII. Lys van Tabele

Tabel 1. Verduideliking van die ses konsepte van die stigmatiseringsproses	14
Tabel 2. Stigmatiserende persepsies van mediese studente teenoor psigiatriese pasiënte, psigiatriese steurings, psigiatrie en psigiaters.	16
Tabel 3. Gestruktureerde vrae wat tydens die tweede skriftelike refleksie vir studente gevrae is. .	30
Tabel 4. Die skedule waarvolgens die studie onderneem is.	33
Tabel 5. Die 2010 jaarprogram vir die MKRP met die aantal studente en respondente.	34
Tabel 6. Verskillende terme wat in kwalitatiewe en kwantitatiewe navorsing vir dieselfde begrippe gebruik word.	38
Tabel 7. 'n Opsomming van die konsepte wat as stigmatiserende en nie-stigmatiserende persepsies geïdentifiseer is	42
Tabel 8. Die persepsie van vreesagtigheid.....	43
Tabel 9. Die persepsie van degradering.....	46
Tabel 10. Die persepsie van objektivering.....	48
Tabel 11. Die persepsie van andersheid.	49
Tabel 12. Die persepsie van besetenheid.	50
Tabel 13. Die persepsie van irritasie.	52
Tabel 14. Die persepsies van hulpeloosheid en magteloosheid.	54
Tabel 15. Die persepsie van begrip.....	55
Tabel 16. Die persepsie van aanvaarding.	62
Tabel 17. Die persepsies van deernis, respek en gemaklikheid	66
Tabel 18. Die persepsie van verantwoordelikheid.	70

VIII. Afkortings

FGGW	Fakulteit Geneeskunde en Gesondheidswetenskappe
GBO	Gesondheidsberoep-Onderwys
GCSA	Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools
HOKK	Hoër Onderwys-Kwaliteitskomitee
LGH	Lentegeur Psigiatrisie Hospitaal
LKRP	Laat Kliniese Rotasie in Psigiatrie aan Fakulteit Geneeskunde en Gesondheidswetenskappe, Universiteit Stellenbosch
MKRP	Middel Kliniese Rotasie in Psigiatrie aan Fakulteit Geneeskunde en Gesondheidswetenskappe, Universiteit Stellenbosch
NRO	Nie-regeringsorganisasie
RSA	Republiek van Suid-Afrika
TBH	Tygerberg Hospitaal
US	Universiteit Stellenbosch
WFMO	Wêreldfederasie vir Mediese-Onderwys
WGO	Wêreldgesondheidsorganisasie
WPA	Wêreld Psigiatrie-Assosiasie

1 Oorsig

1.1 Inleiding

Die navorser was in 2009 gekonfronteer met stigmatiserende persepsies wat mediese studente aan die Universiteit Stellenbosch (US) gehad het jeens psigiatriese pasiënte, psigiatrie opleiding en Psigiatrie as vakgebied. Dit het ingesluit persepsies van vrees, verwerping, afsydigheid, irritasie, afkeur, magteloosheid en hulpeloosheid.

Die persepsies was reeds grotendeels teenwoordig voor studente se eerste akademiese blootstelling aan psigiatrie, na die eerste teoretiese psigiatrie module in die derde jaar en na die eerste kliniese psigiatrie module in die vierde en vyfde jaar. Die negatiewe persepsies is bevestig deur inligting wat verkry is uit persoonlike gesprekke met dosente en studente, persoonlike waarnemings, die amptelike terugvoer wat die US van studente verkry en uit fokusgroeponderhoude met studente (Snyman, 2010) wat in 2008 en 2009 hul eerste kliniese psigiatrie module deurloop het.

Die opdrag aan die navorser, as pas aangestelde voorgraadse opleidingskoördineerder vir die Departement Psigiatrie aan die Fakulteit Geneeskunde en Gesondheidswetenskappe (FGGW) (US), was om die Psigiatrie kurrikulum te verbeter. Daar moes help verseker word dat studente met graduering bevoeg sal wees om 'n effektiewe bydra te maak om die geestesgesondheidsbehoefte van hulle pasiënte en gemeenskap aan te spreek. Die groot uitdaging was hoe om die negatiewe persepsies van studente te verander sodat effektiewe leer kan plaasvind (Race, 2010).

Die stigmatiserende persepsies van mediese studente was nie uniek aan die US nie, dit is 'n wêreldwye uitdaging (Sartorius, Geabel, Cleveland, Stuart, Akiyama, Arboleda-Flórez, Baumann, et al., 2010; Gelder, 1998). Daarmee saam is daar die stigmatiserende persepsies van geneeshere, wat buite die veld van psigiatrie praktiseer en betrokke is by mediese opleiding, wat die situasie vererger (Fernando, Deanne & McLeod, 2010). Die navorser is reeds meer as twintig jaar 'n geneesheer en kan die stigmatiserende persepsies wat daar onder gesondheidsberoepslui heers ook uit persoonlike ervaring bevestig.

In 'n poging om die stigmatiserende persepsies van mediese studente jeens psigiatriese pasiënte aan te spreek, het die Wêreldpsigiatrie-Assosiasie (WPA) en die Wêreldfederasie vir Mediese Onderwys (WFMO) 'n nuwe kernkurrikulum vir psigiatrie voorgestel (WPA & WFMO, 1999). In 2010 het die WPA 'n verslag vrygestel met voorstelle hoe om die stigmatisering van psigiatriese pasiënte aan te spreek (Sartorius et al., 2010). Die dringendheid vir 'n oplossing om mediese studente se persepsies te verander, word verder versterk deur die groterwordende las wat psigiatriese

steurings op gesondheidsisteme en gemeenskappe plaas. Die Wêreldgesondheidsorganisasie (WGO) beraam dat daar sowat vyfhonderdmiljoen mense wêreldwyd aan psigiatriese steurings ly (WGO, 2011).

Die WPA het bevind dat daar min navorsing gedoen is oor die ontwikkeling en evaluering van intervensies om stigma te beveg (Sartorius et al. 2010). Die resultate wat wel beskikbaar is om te bepaal of psigiatrie-opleiding daarin slaag om studente se persepsies te destigmatiseer, dui daarop dat gunstige veranderinge dikwels direk na 'n kliniese rotasie waarneembaar is. Die veranderinge is egter grotendeels tydelik en stigmatiserende persepsies keer met verloop van tyd weer terug (Sartorius et al., 2010; Cutler, Harding, Mozian, Wright, Pica, Masters & Graham, 2009; Kuhnigk, Hofmann, Böthern, Haufs, Bullinger & Harendza, 2009; Kerby, Calton, Dimambro, Flood & Glazebrook, 2008; Gelder, 1998; Sinclair, 1997; Sivakumar, Wilkenson, Toone & Greer, 1986; Augoustinos, Schrader, Chynoweth & Reid, 1985). Dit is teen hierdie agtergrond wat die navorser dié studie onderneem het.

1.2 Konteks en posisionering van die studie

Hierdie studie is geposisioneer in die konteks van kurrikulumontwerp in hoër onderwys met spesifieke toepassing op die terrein van Gesondheidsberoep-Onderwys. Die fokus van die studie was op vierde en vyfde jaar mediese studente se eerste kliniese psigiatrie-module wat deel vorm van die sesjaarlange voorgraadse M.B., Ch.B.-program van die FGGW (US). Hierdie module staan bekend as die Middel Kliniese Rotasie in Psigiatrie (MKRP) (US, 2010a).

In 2010 is die MKRP hersien en gemeenskapsdiensleeraktiwiteite is ingebou met die doel om onder andere die stigmatiserende persepsies van studente teenoor psigiatriese pasiënte aan te spreek (US, 2010b). Hierdie studie het ondersoek ingestel om te bepaal wat die invloed van 'n diensleerbenadering was in die destigmatisering van mediese studente se persepsies teenoor psigiatriese pasiënte.

1.3 Verduideliking van konsepte en terme

Om die studie beter te verstaan word sekere konsepte en terme hieronder uitgeklaar.

Gesondheidsberoep-Onderwys

Gesondheidsberoep-Onderwys (GBO) hou verband met die praktyk om gesondheidsberoepslui (*health professionals*) op te lei om 'n tersiêre kwalifikasie te verwerf en 'n internskap te voltooi om sodoende toegelaat te word om te kan praktiseer (bv. as dokter, tandarts of fisioterapeut). Dit behels ook om 'n verdere kwalifikasie te verwerf (bv. as mediese spesialis soos 'n chirurg) of om deurlopende professionele opleiding te ontvang (Norman, 2011; WFMO, 2003). Verder is GBO as

fenomeen 'n spesialiteitsvakgebied binne die sisteem van GBO, soos Psigiatrie en Kardiologie (Norman, 2011).

In Suid-Afrika word GBO gereguleer deur die Departemente van Hoër Onderwys en Gesondheid. Statutêre gesondheidsberoepsrade (bv. die Raad van Gesondheidsberoepe van Suid-Afrika) is verantwoordelik vir die akkreditasie van instansies van GBO-onderwys (Republiek van Suid-Afrika (RSA), 2011).

In hierdie werkstuk word die term GBO eensyds gebruik in die konteks van die sisteem wat GBO moontlik maak en andersyds die bestudering van die fenomeen van GBO.

Diensleer

Wêreldwyd is daar vele aanbevelings gemaak hoe om die destigmatisering van mediese studente se persepsies teenoor psigiatriese pasiënte te fasiliteer (sien 2.2.4, bl. 20). Die aanbevelings sluit onder ander in dat studente die kennis en bevoegdheid moet ontwikkel om die wetenskaplike, holistiese en tegniese aspekte in die hantering van psigiatriese pasiënte te integreer; dat hulle sinvolle en relevante diens buite 'n opleidingshospitaal moet lewer; dat hulle moet reflekteer; en dat hulle meer by gesondheidsbevordering en siektevoorkoming betrokke moet raak. In die herstrukturering van die MKRP is opvoedkundige benaderings ondersoek wat die implementering van die aanbevelings kon inkorporeer. Diensleer is gekies as moontlike oplossing omdat die vier eienskappe wat eie is aan diensleer, naamlik (1) die relevante en sinvolle diens met die gemeenskap, (2) verhoogde (*enhanced*) akademiese leer; (3) doelgerigte aanleer van sosiale verantwoordbaarheid (*social responsiveness*); en (4) gestruktureerde geleentheid vir refleksie (Hoër Onderwys Kwaliteitskomitee (HOKK), 2006a).

In Suid-Afrika is diensleer deel van die regering se plan om hoër onderwys te transformeer (Hatcher & Erasmus, 2008). Die HOKK (2006a) onderskei diensleer van ander benaderings tot ervaringsleer (bv. vrywillige werk, internskap, gemeenskapsuitreik, gemeenskapsgebaseerde leer) deurdat diensleer poog om gelyke voordeel te bied aan beide die ontvanger (gemeenskap) en verskaffer (studente) van die diens, asook die ewewigtige fokus wat daar geplaas word op die diens en die leer wat plaasvind. Dit is 'n benadering tot ervaringsleer waar studente in en van 'n gemeenskap leer. Saam met 'n gemeenskap lewer hulle diens deur die doelbewuste integrering van akademiese kennis en relevante diens sodat leer- en diensuitkomst bereik kan word (Howard, 1998; Furco, 1996).

Smith-Tolken (2010) se beskrywing van diensleer vanuit die Suid-Afrikaanse perspektief word in hierdie studie as definisie gebruik:

[Service-learning is] a form of community-based experiential learning and a curriculum-based, credit-bearing and carefully structured educational experience in which students participate in an organised community interaction activity that meets identified and agreed upon community goals; reflect on the service activity in order to gain a deeper understanding of module and

programme content; acquire a broader appreciation of the discipline; and develop an enhanced sense of social responsibility towards society as a whole. (Smith-Tolken, 2010:6)

Gemeenskap

Een van die eienskappe van diensleer is studente se lewering van relevante en sinvolle diens met die gemeenskap. In hierdie werkstuk word die term *gemeenskap* (*community*) gebruik soos beskryf in die Gemeenskapinteraksiebeleid van die US (US, 2011a):

Die term *gemeenskap* dui op 'n sosiale groepering van die samelewing wat op enige gegewe oomblik in 'n interaksie betrokke is. Gemeenskap verwys na groepe mense wat deur 'n gemeenskaplike ligging verenig is, of na groepe mense wat intellektueel, professioneel en/of polities verbind is; met ander woorde geografiese gemeenskappe, gemeenskappe van belang en gemeenskappe van praktyk. Hierdie breë definisie laat die Universiteit toe om op gemarginaliseerde groepe in die samelewing te fokus, terwyl ander gemeenskapsformasies terselfdertyd ingesluit word.

In die konteks van hierdie studie is die *gemeenskap* 'n groep mense wat verbind is deurdat (1) hulle aan 'n psigiatriese steuring ly, of (2) 'n hoë risiko loop om psigiatriese steuring te ontwikkel, of (3) as deel van 'n nie-regeringsorganisasie (NRO) 'n diens lewer aan psigiatriese pasiënte en/of aan mense wat 'n hoë risiko loop om psigiatriese steuring te ontwikkel.

Psigiatrie

Psigiatrie is die mediese spesialiteit wat die funksies van die sentrale senuweesisteem betrek op die hoogste hiërargiese vlak, naamlik die geestesfunksies (*mental functions*). Psigiatrie het te make met die voorkoming, herkenning, diagnose en hantering van siektes en steurings waarby geestesfunksies betrokke is (Emsley & Pienaar, 2005).

Psigiatrie is verder ook deel van GBO wat die infrastruktuur, leer- en onderriggeleenthede skep sodat studente opgelei kan word met die nodige kennis, vaardighede en houdings om pasiënte met psigiatriese steurings holisties te hanteer.

Psigiatriese steurings

In hierdie studie word die definisie van *psigiatriese steurings* (ook genoem *geestessteurings*) (*psychiatric / mental disorders*), soos voorgestel in die vyfde weergawe van die gesaghebbende *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) (Amerikaanse Psigiatrie-Vereniging, 2012), gebruik:

A Mental Disorder is a health condition characterized by significant dysfunction in an individual's cognitions, emotions, or behaviors that reflects a disturbance in the psychological, biological, or developmental processes underlying mental functioning. Some disorders may not be diagnosable until they have caused clinically significant distress or impairment of performance.

Om die definisie verder uit te klaar, meld die Amerikaanse Psigiatrie-Vereniging (2012) dat dit 'n wanopvatting is dat 'n psigiatriese steuring bloot 'n respons is op 'n verwagte en kultureel-aanvaarbare reaksie op 'n spesifieke gebeurtenis, soos byvoorbeeld die dood van 'n geliefde.

Die diagnose van 'n psigiatriese steuring moet klinies van nut wees: dit moet klinici help om 'n prognose te bepaal en behandelingsplanne op te stel. Die diagnose vereis nie noodwendig behandeling nie aangesien daar dikwels komplekse kliniese oorweging geskenk moet word deur verskeie faktore in gedagte te hou. Dit sluit in die erns van die simptome (bv. die teenwoordigheid van selfmoordgedagtes), die pasiënt se nood (psigiese pyn) wat geassosieer is met die simptome, die gestremdheid wat verband hou met die simptome, en ander faktore (bv. psigiatriese simptome wat ander siekteprosesse kompliseer) (Amerikaanse Psigiatriese-Vereniging, 2012).

Persepsie

In biologiese terme is persepsie die gewaarwording van sensoriese stimuli wat deur ons sintuie (bv. reuk, tas, gehoor, sig, smaak) waargeneem word. In psigologiese terme is dit die herkenning en interpretering van die sensoriese stimuli wat hoofsaaklik op geheue berus. Persepsie behels ook dieper affektiewe neurologiese prosesse wat beïnvloed word deur insig, intuïsie en vooraf kennis. Dit beteken dat die dinamika van persepsies sosiaal manifesteer omdat optrede deur persepsies beïnvloed word (Pomerantz, 2005; Zull, 2002).

Die verhouding wat mens het met alles om ons – hetsy 'n persoon, ander mense, 'n ding, 'n geleentheid, en selfs onself – begin as 'n konsep wat omskep word in 'n geestesbeeld waarvan ons mettertyd bewus raak. Hierdie bewuswording kan beskryf word as 'n persepsie of snelle kognisie (*rapid cognition*). As persepsies eers gevorm is, word dit die basis van 'n ingebore geneigdheid vir vinnige, aktiewe en intuïtiewe kognisie van die persoon, ding of geleentheid wat ervaar word. Persepsie kan lei tot besluitneming wat nie voorbedag is nie of dit kan besluite onbewustelik beïnvloed. Dit kan beskryf word om te “dink sonder om te dink” en kan ook uiteindelik lei tot onbewustelike vooroordeel en gevolglik ongewenste gedrag (Okoli, 2006).

Persepsies vorm die basis van mediese studente se mediese aksies (Kuhnigk et al., 2009). Hierdie studie het ondersoek ingestel na mediese studente se stigmatiserende persepsies jeens psigiatriese pasiënte en hoe dié persepsies moontlik reggestel kon word.

Stigmatisering

Erving Goffman (1963:3) beskryf stigma as die proses waardeur die reaksie van ander die normale identiteit benadeel van die persoon wat gestigmatiseer word (*the process by which the reaction of others spoils normal identity*).

Die stigmatisering van pasiënte met psigiatriese steurings, op grond van hulle unieke eienskappe wat hulle onderskei van die res van die samelewing, is volop in die algemene bevolking. Gevolglik

is mense met psigiatriese steurings traag om hulp te soek en dit het 'n negatiewe uitwerking op die herstel van pasiënte. Stigma en diskriminasie kan lei tot sosiale afsondering, 'n lae selfbeeld en beperkte geleenthede in die lewe. Dit kan mense van hul waardigheid ontnem en verhoed dat hulle inskakel by die gemeenskap (Quinn, Smith, Fleming, Shulman & Knifton, 2011; Verenigde State van Amerika (Departement van Gesondheid en Menslike Dienste), 1999).

Stigma ontstaan wanneer elemente van etikettering, stereotipering, skeiding, verlies aan status en diskriminasie voorkom in situasies waar die stigmatiseerder(s) mag het (Link & Phelan, 2001).

Dié studie het ondersoek in watter mate mediese studente se stigma, of te wel die afkeur van of persoonlike ontevredenheid met psigiatriese pasiënte, deur 'n diensleerbenadering verander kon word. Die proses om stigma te verminder deur nie-stigmatiserende persepsies te ontwikkel, staan as *destigmatisering* bekend.

Persepsies word gedestigmatiseer teenoor 'n ander persoon (byvoorbeeld 'n psigiatriese pasiënt) of 'n kondisie (byvoorbeeld psigiatriese steurings). Alhoewel die term *destigmatiseer* 'n absolute eindpunt van nie-stigmatisering impliseer, is dit nie hoe die term in die literatuur gebruik word nie. Byvoorbeeld, as 'n persoon se stigmatiserende persepsies teenoor psigiatriese pasiënte gedestigmatiseer is, beteken dit dat daar oorwegend nie-stigmatiserende persepsies gevestig is in die proses van destigmatisering sodat die bio-psigo-sosiaal-spirituele behoeftes van die pasiënt effektief aangespreek kan word (Swinton, 2001; Goffman, 1963).

Bio-psigo-sosiaal-spirituele model

Die bio-psigo-sosiaal-spirituele benadering tot pasiëntsorg postuleer dat biologiese, psigologiese, sosiale en spirituele faktore 'n betekenisvolle rol in siekte en gesondheid speel. Die model het ontwikkel vanuit Engel (1977) se oproep dat daar 'n holistiese model tot pasiëntsorg nodig is as alternatief vir die reduksionistiese biomediese modelle van kliniese geneeskunde wat fokus op patofisiologie en ander biologiese benaderings tot siekte.

Die model wat Engel voorgestel het, oorweeg biologiese, psigologiese en sosiale faktore en die komplekse interaksies tussen hierdie faktore om siekte, funksionering, gesondheid en gesondheidsorg te verstaan. Winiarski (1997) het Engel se model verder ontwikkel en wys daarop dat spirituele faktore ook 'n impak het hoe pasiënte siekte, funksionering en gesondheid beskou en ervaar, veral in 'n Afrika-konteks. Die spirituele dimensie, wat Swindon (2001) die "vergete dimensie" van geestesgesondheid noem, moet dus saam met die biopsigososiale faktore in gedagte gehou moet word as die mens in sy totaliteit versorg word.

Die biologiese komponent van die model probeer bepaal hoe die funksionering van die menslike liggaam bygedra het tot die etiologie van die siekte. Die psigologiese komponent probeer bepaal wat die moontlike oorsake van die gesondheidsprobleem is as gevolg van gedagtes, emosies en gedrag (soos negatiewe denke en 'n gebrek aan selfbeheersing). Die sosiale komponent probeer

vasstel hoe verskillende maatskaplike faktore gesondheid kan beïnvloed (soos sosio-ekonomiese status, kultuur en armoede). Die spirituele komponent probeer bepaal wat die spirituele ervaring en behoeftes is. Deur die biopsigososiaalspirituele benadering word daar dus gepoog om holisties sorg te gee aan elke aspek van 'n pasiënt se wese (Louw, 2008; Swinton, 2001; Winiarski, 1997, Engels, 1977).

1.4 Probleemstelling, navorsingsvraag en doel van ondersoek

Die stigma wat mediese studente jeens psigiatriese pasiënte het, is 'n groot struikelblok om die las van pasiënte met psigiatriese steurings te verlig. Uit die literatuur blyk dit dat daar nie groot sukses behaal is in die destigmatisering van studente se persepsies nie, veral nie blywend nie. Heelwat aanbevelings word in die literatuur gemaak hoe om hierdie uitdaging aan te spreek.

Aan die hand van dié aanbevelings is die vraag wat hierdie studie wou beantwoord: wat was die invloed van 'n diensleerbenadering op die destigmatisering van mediese studente se persepsies teenoor psigiatriese pasiënte?

Die volgende subvrae het tydens die ontwerp van die studie na vore gekom:

- Watter positiewe veranderinge het 'n diensleerbenadering, indien enige, tot studente se persepsies ten opsigte van psigiatriese pasiënte teweeggebring?
- In watter mate was die moontlike nie-stigmatiserende persepsies wat 'n diensleerbenadering tot gevolg kon hê, steeds na 'n jaar teenwoordig?

Met hierdie vrae in gedagte was die oorhoofse doel van hierdie studie dus om te bepaal wat die invloed van 'n diensleerbenadering was, indien enige, op die destigmatisering van mediese studente se persepsies teenoor psigiatriese pasiënte, en in hoe 'n mate moontlike nie-stigmatiserende persepsies, indien enige, steeds na 'n jaar teenwoordig was.

Na aanleiding van hierdie probleemstelling, navorsingsvraag en doel van die studie, word daar vervolgens kortlik bespreek wat die metodes is wat in die ondersoek gebruik is (dit word volledig in Hoofstuk 3 bespreek).

1.5 Navorsingsontwerp

Om antwoorde op die navorsingsvraag te kry, is ondersoek ingestel na die persepsies van studente wat die hersiene MKRP deurloop het. Die hersiene MKRP is vier weke lank en honderden-tagtig mediese studente roteer daardeur in groepies van ongeveer vier-en-twintig tydens die vierde of eerste helfte van die vyfde jaar van die voorgraadse M.B.,Ch.B-program van die FGGW (US). Die MKRP is in 2010 aangepas toe gemeenskapdiensleeraktiwiteite deel van die leeraktiwiteite gemaak is.

Gedurende Februarie en Maart 2010 het twee groepe mediese studente (vyfde- en vierdejaar onderskeidelik), van vier-en-twintig lede uit elke jaargroep, die MKRP deurloop. Hierdie twee groepe van altesaam agt-en-veertig studente was die studie-populasie. Uit elk van dié twee groepe is daar 'n steekproef van agt studente doelgerig (*purposive*) geselekteer sodat diversiteit verseker kon word in terme van kultuur, taal en geslag. Die steekproef het dus uit 'n totaal van sestien studente bestaan, dit wil sê drie-en-dertig persent (33%) van die agt-en-veertig studente.

Die navorsing het 'n fenomenologiese denkrigting gevolg in 'n interpretatiewe paradigma met 'n kwalitatief-induktiewe benadering (Nieuwenhuis, 2010). In-diepte onderhoude met die twee fokusgroepe het geskied by wyse van semi-gestruktureerde vrae wat as stimulering vir die gesprek gedien het.

Alle response was anoniem en is digitaal opgeneem, waarna dit onafhanklike en volledig getranskribeer is. 'n Ontleding van hierdie tekste is gedoen deur gebruik te maak van Atlas.ti- en Microsoft OneNote-sagteware ten einde kodes, kategorieë en temas te genereer. Dit het as basis vir die afleidings en gevolgtrekkings gedien waaruit aanbevelings gemaak is.

Studente se refleksies is op soortgelyke wyse ontleed om die data uit fokusgroeponderhoude te verryk. Studente moes drie gestruktureerde refleksies indien: op die tweede dag van die rotasie, na drie en 'n half weke, en direk na die rotasie.

Die fokusgroeponderhoude het direk na die afloop van die hersiene MKRP plaasgevind om te bepaal watter positiewe veranderinge die diensleerbenadering, indien enige, tot studente se persepsies ten opsigte van psigiatriese pasiënte teweeggebring het. Die herhaling van die fokusgroeponderhoude 'n jaar later wou bepaal in watter mate die moontlike nie-stigmatiserende persepsies wat 'n diensleerbenadering tot gevolg kon hê, steeds na 'n jaar teenwoordig was.

Goedkeuring vir die studie is van die Etiekkomitee oor Gesondheidsnavorsing (US) verkry (verwysingsnommer: N09-11-320) alvorens die projek in aanvang geneem is. 'n Volledige ingeligte toestemmingsproses tot deelname aan die studie is gevolg.

1.6 Belang van studie

Wêreldwyd is die stigmatiserende persepsies van mediese studente teenoor psigiatriese pasiënte 'n uitdaging in GBO, meestal as gevolg van invloed van die media, kulturele persepsies en die houdings van mediese opvoeders (Doori, Lim & Chung, 2011; Gelder, 1998; Sinclair, 1997).

Die resultate van hierdie studie het getoon dat 'n diensleerbenadering 'n wesenlike bydrae gelewer het in die destigmatisering van mediese studente se persepsies teenoor psigiatriese pasiënte in die MKRP. Die nie-stigmatiserende persepsies wat tydens die module ontwikkel het, was groten-deels na 'n jaar steeds teenwoordig. Alhoewel die resultate as gevolg van die kwalitatiewe aard van

hierdie studie nie veralgemeen kan word nie (Ng, Pearson, Chen & Law, 2010; Patton, 2001), regverdig dit verdere ondersoek in verskeie kontekste en aan verskeie instansies.

'n Verdere belang van die transformatiewe leer wat tydens die MKRP plaasgevind het, is die moontlikhede wat 'n diensleerbenadering kan bied om maatskaplike verantwoordbaarheid te ontwikkel sodat graduandi effektief die gesondheidsuitdagings van die een-en-twintigste eeu kan help aanspreek (Frenk, Chen, Bhutta, Cohen, Crisp, Evans, Fineberg, et al. 2010; Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools (GCSA), 2010).

Hierdie studie maak nie net 'n bydrae tot die FGGW (US) om moontlik ander kurrikula in ooreenstemming te bring met Frenk et al. (2010) se pleidooie vir die hervorming van GBO nie, maar mediese skole wêreldwyd kan kennis neem dat 'n diensleerbenadering 'n bydrae kan lewer om volhoubare, nie-stigmatiserende persepsies onder mediese studente te kweek ten opsigte van psigiatriese pasiënte.

1.7 Aanbieding van werkstuk

In Hoofstuk 2 word 'n literatuuroorsig gedoen van die uitdagings wat GBO in die een-en-twintigste eeu in die gesig staar, veral die vakgebied van Psigiatrie. Die stigmatiserende persepsies van studente teenoor psigiatriese pasiënte word bespreek en aanbevelings wat in die literatuur gemaak word om die dilemma aan te spreek. Daarna word daar spesifiek gekyk na die potensiaal van diensleer as 'n opvoedkundige benadering in die destigmatisering van studente se persepsies en om nie-stigmatiserende persepsies teenoor psigiatriese pasiënte te ontwikkel.

Die ontwikkeling van die navorsingsraamwerk en metodologie wat kortliks in hierdie oorsig beskryf is (sien 1.4, bl. 7), word in Hoofstuk 3 verder toegelig en gemotiveer. Daar word uitgebrei oor die proses van datagenerering deur kodering en hoe op kategorieë en temas besluit is.

In Hoofstuk 4 word die data wat verkry is, geanaliseer, gevolg deur 'n bespreking van die resultate in Hoofstuk 5. In Hoofstuk 6 word die implikasies van die studie krities bespreek en aanbevelings word gemaak.

2 Literatuuroorsig

In hierdie hoofstuk word die uitdagings wat GBO in die gesig staar bespreek, naamlik om studente op te lei om effektief gesondheidsbehoefte aan te spreek deur pasiënte se gesondheid te verbeter en gesondheidsisteme te versterk (Frenk et al., 2010). Binne hierdie konteks word 'n verdere uitdaging wat psigiatrie opleiding moet oorkom, toegelig naamlik die stigmatiserende persepsies wat studente het jeens psigiatriese pasiënte.

Die betekenis van stigma word uitgeklaar en watter stigmatiserende persepsies daar by mediese studente wêreldwyd gevind is, word bespreek. Daarna volg 'n oorsig van pogings wat al aangewend en voorstelle wat gemaak is om die probleem aan te spreek. Verder word gemotiveer waarom 'n diensleerbenadering moontlik 'n bydrae kan lewer tot die destigmatisering van studente se persepsies.

Ten slotte word 'n oorsig gegee van die psigiatrie kurrikulum wat gebruik is om te bepaal wat die invloed van 'n diensleerbenadering was op die destigmatisering van mediese studente se persepsies teenoor psigiatriese pasiënte.

2.1 Die uitdagings vir gesondheidsberoep-onderwys in die een-en-twintigste eeu

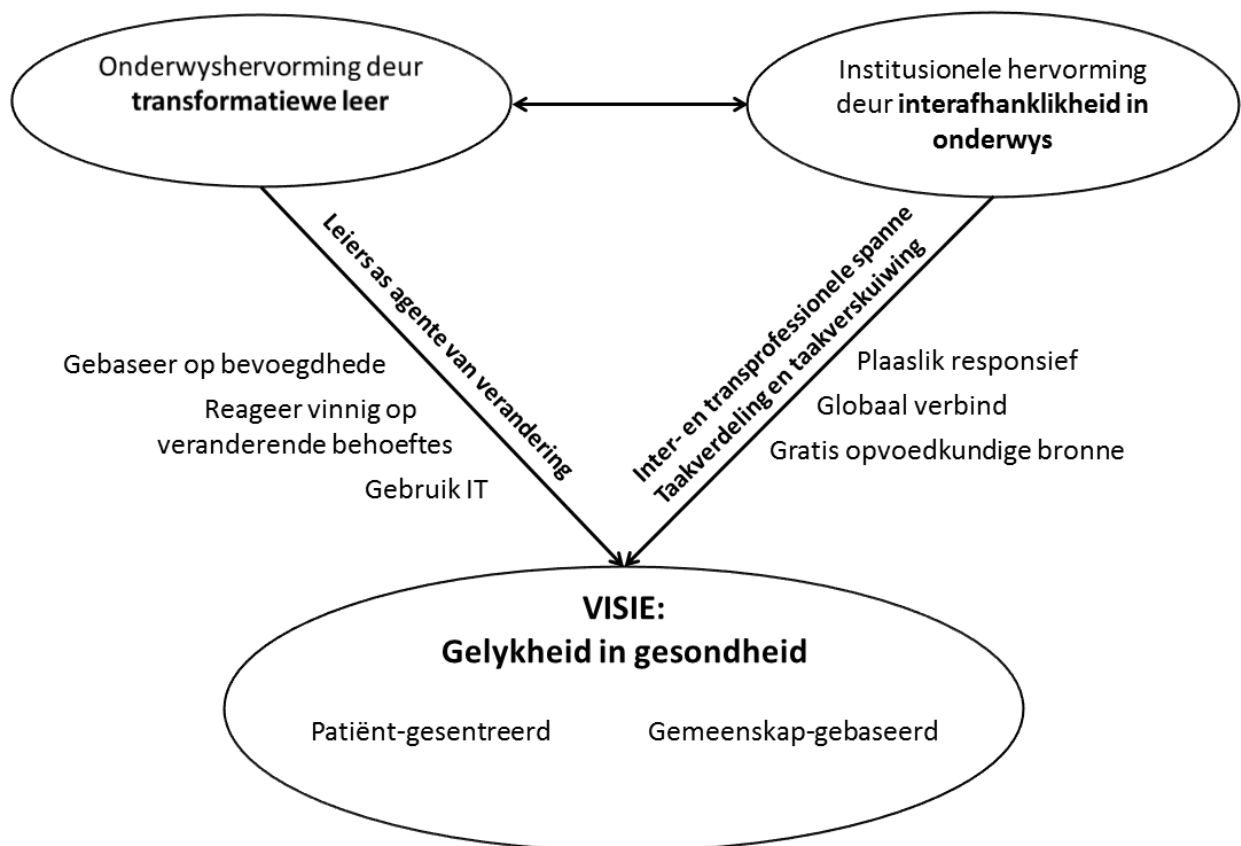
Wêreldwyd sien meer as 'n biljoen mense nooit in hulle leeftyd 'n gesondheidswerker nie. Die WGO beskou dit onaanvaarbaar, omdat die gevolge hiervan duur is, dit mense se geleentheid in die lewe beperk en die ontwikkeling van gemeenskappe vertraag. Hierdie ongelykheid in die voorsiening van gesondheidsorg werp 'n skadu op die deurbrake wat daar die afgelope eeu gemaak is in gesondheid en op die wyse waarop gesondheidsberoepslui opgelei word (Frenk et al., 2010; Save the Children Fund, 2011; WGO, 2008).

GBO het nie tred gehou met uitdagings om gelyke gesondheidsorg vir almal (*equity in health*) te lewer nie en ook nie met die feit dat nuwe infeksies en omgewings- en gedragsrisiko's dreig om almal se gesondheid in gevaar te stel nie. Hierdie probleem in GBO is sistemies om die volgende redes: studente ontwikkel nie genoegsame bevoegdheid om die gesondheidsbehoefte van pasiënte en die samelewing aan te spreek nie; daar is swak spanwerk; daar is 'n eng tegniese fokus sonder 'n wyer verstaan van pasiënte en die gemeenskap se konteks; tydens opleiding is daar episodiese blootstelling aan pasiënte in plaas van aaneenlopende versorging; opleiding geskiet oorwegend in akademiese hospitale tot nadeel van primêre gesondheidsorg; en daar is swak leierskap om gesondheidsisteme te verbeter (Frenk et al., 2010).

GBO staan dus by 'n kruispad en reuse-paradigmaskuiwe is nodig om gesondheidsberoepslui op te lei om gesondheidsbehoefte effektief aan te spreek in 'n tyd wat gekenmerk word deur vinnige demografiese en epidemiologiese verskuiwings.

Verskeie inisiatiewe het daarom sedert 2010 prominensie gekry in pogings om wêreldwyd institusionele en opvoedkundige benaderings te transformeer. Die doel hiervan is om mediese skole in staat te stel om gesondheidsberoepslui te lewer wat bevoeg is om huidige en toekomstige gesondheidsbehoefte en -uitdagings effektief aan te spreek. Hierdie inisiatiewe sluit in 'n onafhanklike kommissie wat deur die Lancet aangestel is, THEnet (Towards Health Equity Network) en 'n vennootskap wat deur die WGO geïnisieer is, die sogenaamde Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools (GCSA) (Training for Health Equity Network, 2011).

In Suid-Afrika is die Raad vir Gesondheidsberoepslui besig met 'n strategie om uitvoering te gee aan die aanbevelings wat deur die Lancet, GCSA en THEnet gemaak is (Raad vir Gesondheidsberoepslui van Suid-Afrika, 2011). Die strategie bestaan uit twee komponente, naamlik transformatiewe leer en interafhanklikheid in onderwys (sien Figuur 1).



Figuur 1. Die strategie in GBO om gelykheid in gesondheid te bereik.

In Frenk et al. (2010) se Lancet-verslag word transformatiewe leer beskou as die verlangde uitkoms van onderwys hervorming. Dit behels dat studente die nodige bevoegdheid tydens hul studies moet ontwikkel om as graduandi effektiewe verandering binne die gesondheidstelsels te bewerk. Vir transformatiewe leer om plaas te vind sal kurrikula vinniger aangepas moet kan word

om op die veranderende behoeftes van die gemeenskap te reageer. Daar word ook aanbeveel dat informasie-tegnologie meer effektief ingespan word (sien Figuur 1).

Interafhanklikheid in onderwys is die strategie om institusionele hervorming te bereik. Frenk et al. (2010) beklemtoon 'n sisteem-gebaseerde benadering sodat daar effektiewe wisselwerking kan wees tussen die onderwys- en gesondheidsisteme, wat grotendeels steeds in isolasie funksioneer (sien Figuur 1). Dit is binne hierdie konteks van GBO waarin psigiatrie-kurrikula moet aanpas en hervorm.

2.2 Die uitdaging vir psigiatrie-opleiding: die destigmatisering van mediese studente se persepsies

Buiten hierdie uitdagings vir GBO, soos hierbo beskryf, is daar 'n verdere faktor wat die effektiewe opleiding van mediese studente in psigiatrie bemoeilik. Dit is die stigmatiserende persepsies wat studente, gesondheidsberoepslui en die gemeenskap het jeens psigiatrisie pasiënte, psigiatrisie steurings, psigiaters en psigiatrie as vakgebied (Sartorius et al., 2010; WPA & WFMO, 1999; Gelder, 1998).

Stigma is die grootste struikelblok in die behandeling en herstel van psigiatrisie pasiënte. Dit ontnem pasiënte van hulle waardigheid en belemmer volle deelname in die gemeenskap (Wahl, Susin, Kaplan, Lax & Zatina, 2011; Verenigde State van Amerika (Departement van Gesondheid en Menslike Dienste), 1999). Die uitwerking van stigma lei verder tot sosiale isolasie, beperkte kans in die lewe, die huiwering om na vore te kom vir hulp en om eerder in stilte te ly. Die negatiewe impak van stigmatiserende persepsies op die familie van psigiatrisie pasiënte en die mense wat na hulle omsien, is deel van hierdie benadeling (Quinn et al., 2011; Ben-Zeev, Young & Corrigan, 2010; Cutler et al., 2009). Persepsies vorm die basis van aksies. Negatiewe persepsies kan dus lei tot 'n afname in die kwaliteit van sorg wat psigiatrisie pasiënte ontvang. Dit kan ook ander pasiënte benadeel wat buiten hulle presenterende klagte (bv. maagpyn) ook 'n psigiatrisie probleem het.

Die meeste studente het voor hulle eerste blootstelling aan psigiatrie dieselfde stigmatiserende persepsies as die breë gemeenskap. Hulle meen ook dat dit onaangenaam is om met psigiatrisie pasiënte te werk (Cutler et al., 2009). As studente nie stigmatiserende persepsies oorkom nie, sal pasiënte nie optimaal behandel kan word nie en sal stigma versterk word (Cutler et al., 2009; Kuhnigk et al., 2009; Feldman, 2005).

Hierbenewens voel baie medici ongemaklik en oneffektief om met psigiatrisie pasiënte te kommunikeer (Ng et al., 2010). Dit is kommerwekkend, want medici in primêre sorg en in ander mediese spesialisvelde sal toenemend verantwoordelikheid moet neem vir pasiënte met psigiatrisie simptome. Dit is as gevolg van die groterwordende las wat psigiatrisie pasiënte op gesondheid-

sisteme en gemeenskappe plaas weens 'n wêreldwye toename in die voorkoms van psigiatriese steurings en 'n afname in die aantal psigiaters. Die WGO (2011) beraam dat daar sowat vyfhonderd miljoen mense wêreldwyd aan psigiatriese steurings ly. Verder is mense met psigiatriese steurings se lewensverwagting gemiddeld agt tot sewentien en 'n half jaar minder as die algemene bevolking (Chang, Hayes, Perera, Broadbent, Fernandes, Lee, Hotopf & Stewart, 2011) en is toegang tot lewensreddende intervensies swakker vir psigiatriese pasiënte (Kassam, Glozier, Leese, Loughran & Thornicraft, 2011).

Hierdie uitdaging het die WPA en WFMO (1999) genoop om 'n kernkurrikulum vir psigiatrie voor te stel en in 2010 het die WPA 'n verslag vrygestel met voorstelle hoe om stigmatisering hok te slaan (Sartorius et al., 2010).

2.2.1 Stigma

Stigma is nie 'n nuwe verskynsel nie. In die Bybel word persone met melaatsheid en geestessteurings reeds as onrein en uitgeworpenes gestigmatiseer. Dit het Jesus gekos om met begrip, deernis, aanvaarding en 'n sin van verantwoordelikheid die "onreines" te gedestigmatiseer deur hulle aan te raak (Die Bybel, 1983).

Goffman (1963:3) se perspektief oor die konsep van stigma is dat "[it] reduced [the stigmatised] in our minds from a whole and usual person to a tainted, discounted one". Elders beskryf hy stigma as die verhouding tussen die eienskap wat die gediskrediteerde het en die stereotipering van daardie eienskap.

Die geneigdheid wat egter ontstaan het om die oorsaak van stigma by die individue en kognitiewe prosesse te soek, het kritiek uitgelok omdat dit nie die fokus geplaas het op die diskriminasie en uitbuiting wat die gestigmatiseerde persoon ervaar nie. Dit het daartoe gelei dat die konsep van stigma verder ontwikkel het deur dit as oorkoepelende begrip te beskryf aan die hand van ses konsepte: naamlik etikettering, stereotipering, kognitiewe skeiding (ons versus julle), verlies van status, diskriminasie en emosionele reaksie (Link, Yang, Phelan & Collins, 2004; Link & Phalen, 2001). In Tabel 1 word hierdie konsepte verder toegelig.

Link en Phalen (2001:376) het ook die gevolgtrekking gemaak dat stigma volledig afhanklik is van mag. So byvoorbeeld kan psigiatriese pasiënte nie die "sosiale, kulturele, ekonomiese en politieke mag hê om hulle belewenisse en gedagtes met mediese personeel te deel sonder ernstige diskriminerende gevolge nie".

Tabel 1. Verduideliking van die ses konsepte van die stigmatiseringsproses¹

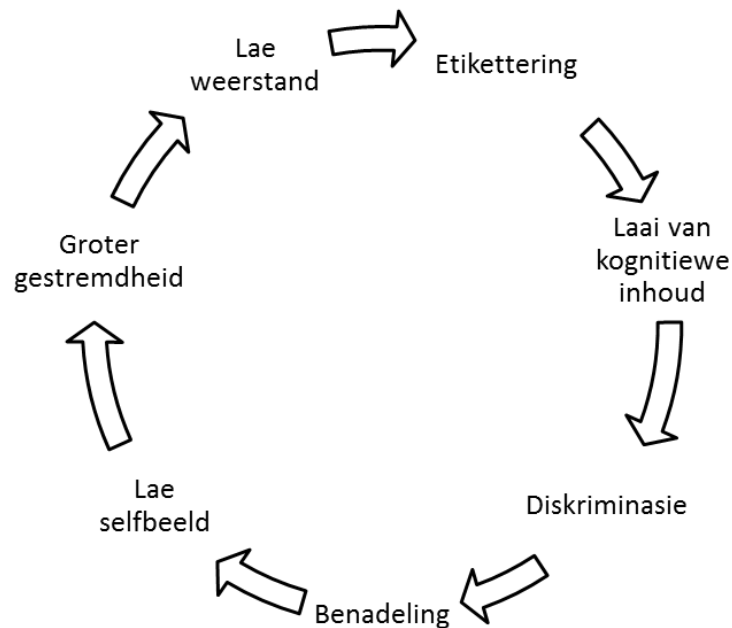
KONSEP	VERDUIDELIKING
Etiketterming	Aansienlike ooreenvoudiging is nodig om groepe te onderskei en verskille te artikuleer.
Stereotipering	Daar word geglo dat alle lede van 'n groep (bv. psigiatriese pasiënte) dieselfde – meestal ongewenste – eienskappe openbaar, terwyl slegs sommige lede van die groep dit besit. Dit kom voor as die geëtiketteerde verskille wat verbind word met stereotipes.
Kognitiewe skeiding (ons vs. hulle)	Dit vind plaas as sosiale etikettering veroorsaak dat ons (stigmatiseerders) van hulle (gestigmatiseerdes) ondergeskei word.
Verlies aan status	Die persoon of groep wat die ongewenste eienskappe het, word in die oë van die stigmatiseerder gering geskat in status, wat tot gevolg het dat die persoon se deelname in die gemeenskap beperk word (<i>participation restriction</i>).
Diskriminasie	Negatiewe stereotipering en 'n verlies aan status is bronne van diskriminasie of onregverdigde praktyke wat daaruit voortspruit. Dit kan voorkom op individuele vlak deur persoonlike interaksies (individuele diskriminasie) of op die vlak van maatskaplike strukture deur onregverdigde beleide, praktyke en wette (strukturele diskriminasie). Die bekragtiging van stigma (<i>enacted stigma</i>) is die werklike ervaring van diskriminasie. Self-stigma is die vrees om teen gediskrimineer te word met gepaardgaande skaamheid, geheimsinnigheid en onttrekking. Die gevolg van negatiewe stereotipering is die verlies van selfaanvaarding, selfwaarde en selfvermoë.
Emosionele reaksie	Emosionele reaksie is krities om die gedrag van die stigmatiseerder en gestigmatiseerde te verstaan. 'n Emosionele respons is eerstens iets wat waargeneem kan word – sodoende kan die persoon wat gestigmatiseer word agterkom dat hy/sy as "anders" beskou en hanteer word. Tweedens kan dit ook die gedrag van ander persone negatief beïnvloed ten opsigte van hulle siening van die gestigmatiseerde.

Die effek wat stigmatiserende persepsies op psigiatriese pasiënte het, is deur Sartorius en Schulze (2005) as 'n bouse kringloop beskryf (sien Figuur 2). Die kringloop impliseer dat daar 'n etiket (*label / marker*) (sigbare abnormaliteit) teenwoordig moet wees wat maak dat die gestigmatiseerde persoon geïdentifiseer kan word. Dit lei tot die laai van negatiewe kognitiewe inhoud by die stigmatiseerder deur die assosiasie van vorige kennis, inligting wat deur die media en fliëks oorgedra is of wat in die gemeenskap gehoor is. Sodra 'n etiket gelaai is, word dit 'n stigma – en elkeen met dié etiket word gestigmatiseer.

Etiketterming het dikwels tot gevolg dat persone met psigiatriese steurings die impak van stigma probeer vermy deur nie hulp by gesondheidsdienste te soek nie. Etiketterming lei tot negatiewe diskriminasie omdat hulle dikwels swak deur gesondheidsberoepslui behandel word. Die benadeling van pasiënte veroorsaak dat 'n diens van laer standaard gelewer en die effektiwiteit van openbare gesondheidsprogramme verswak word (Kassam et al., 2011; Ben-Zeev et al., 2010; Van Brakel, 2006; Sartorius & Schulze, 2005).

Herhaalde terugslae tas die pasiënt se selfbeeld aan en dit lei tot onnodige stres wat die individue se toestand mag vererger. Hierdie groter gestremdheid (*disability*) lei tot 'n laer weerstand wat 'n versterking van die etiket tot gevolg het. Dit beteken dat psigiatriese pasiënte juis meer uitstaan en gestigmatiseer word (Kassam et al., 2011; Sartorius & Schulze, 2005).

¹ Tabel saamgestel uit die volgende bronne: WGO, 2011; Ben-Zeev et al, 2010; Sartorius et al, 2010; Van Brakel, 2006; Link, Yang, Phelan & Collins, 2004; WGO, 2001; Link & Phalen, 2001.



Figuur 2. Die effek wat stigmatiserende persepsies op psigiatriese pasiënte het: 'n bose kringloop.²

Die uiteinde is dat psigiatriese pasiënte verstoot word en ly as gevolg van sosiale vervreemding wat geskep word deur depersonalising, verwerping en ontmagtiging. Hierdie gevolge noem Goffman die afwaartse spiraal van 'n geskende identiteit (*spoiled identity*): die gestigmatiseerde se menswees word afgebreek en word daarom van minder waarde geag as "normale" mense (Pilgrim, 2009; Dovidio, Major & Crocker, 2000; Goffman, 1963). Stigma het ook 'n negatiewe impak op die gesonde interpersoonlike verhoudings, op die funksionering van 'n familie en op die persone wat help met die versorging van psigiatriese pasiënte.

Teen die agtergrond is dit duidelik waarom die volhoubare destigmatisering van mediese studente se persepsies jeens psigiatriese pasiënte belangrik is sodat hulle as agente van verandering 'n omkeer kan bewerk op die impak wat psigiatriese steurings het (WPA & WFMO, 1999).

Vervolgens gaan die stigmatiserende persepsies wat by mediese studente wêreldwyd gevind is bespreek word en daarna pogings wat al aangewend is in die destigmatisering van mediese studente se persepsies.

2.2.2 Mediese studente se stigmatiserende persepsies jeens psigiatriese pasiënte en steuring

Die persepsies wat mediese studente teenoor psigiatriese pasiënte, psigiatriese steurings, psigiatrie en psigiaters het – veral voor hulle eerste kliniese blootstelling aan psigiatrie – stem baie ooreen met die persepsies wat daar onder die algemene publiek heers (Fernando et al., 2010; Cutler et al., 2009). Tabel 2 bevat 'n omvattende lys van hierdie persepsies wat toegeskryf word

² Bron: Sartorius & Schulze, 2005.

aan verskeie faktore. Die grootste faktor is die boodskap wat in die media en fliks uitgebeeld word, naamlik dat psigiatriese pasiënte feitlik almal gewelddadig is; met “straight jackets” toegesluit word in “malhuise”; psigiatrie nie wetenskaplik gegrond is nie (*not real medicine*); en die skewe uitbeelding van elektrokonvulsiewe terapie en psigoanalise. Die negatiewe houding van studente se families speel ook 'n rol, veral omdat psigiaters nie hoog aangeslaan word nie (Sartorius et al., 2010).

Tabel 2. Stigmatiserende persepsies van mediese studente teenoor psigiatriese pasiënte, psigiatriese steurings, psigiatrie en psigiaters³.

<p>'n Persepsie van vreesagtigheid wat in die volgende terme beskryf word:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vrees • Mag nie naby my bly nie (<i>not in my backyard</i>) • Onvoorspelbaar • Gevaarlik • Gewelddadig • Aggressief • Wreed • Prikkelbaar • Verneder ander <p>Karakterswakheid:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Moeilik om van te hou en oor die weg te kom • Sal onwaarskynlik ooit produktief in gemeenskap wees • Onintelligent / Dom • Irriterend • Spraaksaam • Aanhoudend • Disrespekvol teenoor ander • Onverdraagsaam • Onaan treklik • Minderwaardig • Lae wilskrag • Swak verantwoordelikeheidsin • Veeleisend • Onbekwaam • Onvriendelik • Swak higiëne / vuil • Wantrouig • Geslote • Lui • Agterdogtig • Onbetroubaar • Swak selfbeeld – ontevrede met hulself 	<p>Moeilike kommunikasie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Moeilik om mee te praat • Sosiale onvermoë van psigiatriese pasiënte • Handhawing van afstand deur psigiatriese pasiënte • Andersheid – lyk en tree anders op <p>Hantering van die psigiatriese pasiënte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hopeloosheid a.g.v. psigiatriese pasiënte se persoonlikheid en omgewing waaruit hulle kom • Het toestand oor hulself gebring / moet die blaam dra vir hulle toestand • Werk nie saam nie (<i>non-compliant</i>) • Moet hulleself net regruk • Behoort hulle te skaam – ook na ontslag uit hospitaal • Luister nie vir dokter nie • Vermy hulle a.g.v. vrees, hulle morbiede gedagtes en swak karaktereenskappe <p>Persepsies van psigiatrie as vakgebied en psigiatriese steurings:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beeld van psigiatriese hospitale as “malhuise” • Behandeling word bevraagteken / sal nie verbeter op behandeling / behandeling oneffektief • Ongeneeslik • Nie wetenskaplike gronde (<i>not real medicine</i>) • Nie intellektuele uitdaging • Nie eksakte vakgebied • Te stadig – studente soek aksie <p>Siening van Psigiaters</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ander dokters sien hulle as buitestaanders tot mediese beroep • Psigiaters word nie hoog aangeslaan • Psigiaters moet “mal” wees om met “malles” te werk
---	--

Vorige blootstellings van studente aan psigiatriese pasiënte (bv. hulle eie familie) kan egter 'n merkbare positiewe houding tot gevolg hê (Sartorius et al., 2010). Aan die ander kant kan studente se blootstelling tydens ander kliniese rotasies (bv. kardiologie en chirurgie) aan pasiënte met psigiatriese steurings negatiewe persepsies versterk dat dit onaangenaam is om met psigiatriese pasiënte te werk (Cutler et al., 2009). Dit is veral te wyte aan die houding wat ander gesondheidsberoepslui jeens psigiatriese pasiënte en psigiaters het. Ander dokters – wat ongemaklik en

³ Die lys stigmatiserende persepsies is saamgestel uit die volgende bronne: Kassam et al., 2011; Quinn et al., 2011; Fernando et al., 2010; Sartorius et al., 2010; Cutler et al., 2009; Kuhnigk et al., 2009; Pilgrim, 2009; Mori, Panova, & Zelida, 2007; Yang et al., 2007; Wear, Aultman, Varley & Zarconi, 2006; Dovidio, Major & Crocker, 2000; Crisp, Gelder, Rix, Meltzer, & Rowlands, 2000; Sivakumar, Boey, 1985; Wilkinson, Toone & Greer, 1983.

oneffektief voel om psigiatriese pasiënte te hanteer, te behandel en moeilik empatie en begrip toon – sien psigiaters grotendeels as buitestaanders wat nie regtig deel van die gesondheidsorgspan is nie. Die siening het nie net 'n negatiewe invloed op die effektiewe behandeling van psigiatriese pasiënte nie, maar ook op ander pasiënte wat bo en behalwe hulle presenterende klagte (bv. kanker), ly aan 'n psigiatriese steuring (Ng et al., 2011; Sartorius et al., 2010; Brog & Guskin, 1998). Dit is ook 'n ontstellende bevinding dat die meerderheid van dosente in GBO nie met psigiatriese pasiënte wil werk nie en hulle verantwoordelikheid teenoor dié pasiënte vermy of afskuif op ander (Fernando et al., 2010).

Opsommend blyk dit dat studente se stigmatiserende persepsies dié van vrees vir psigiatriese pasiënte is en dat dit moeilik is om met hulle oor die weg te kom. Die redes wat hiervoor aangevoer word, is pasiënte se sogenaamde swak karaktereienskappe en dat dit moeilik is om met hulle te kommunikeer weens hulle sosiale onvermoë en hulle andersheid (sien Tabel 2) (Pilgrim, 2009). Hierdie vooraf-stigmatiserende persepsies maak dit moeilik om studente op te lei om psigiatriese steurings te herken en effektief te behandel (Feldmann, 2005).

Studente se blootstelling tydens kliniese rotasies in psigiatrie dra egter by tot die destigmatisering van studente se persepsies. Daar is meestal gunstige veranderinge direk na die afloop van 'n rotasie waarneembaar, maar die veranderinge is grotendeels tydelik en die stigmatiserende persepsies keer meestal binne 'n jaar weer terug (Sartorius et al., 2010; Cutler et al., 2009; Kuhnigk et al., 2009; Kerby et al., 2008; Sinclair, 1997; Sivakumar et al. 1986; Augoustinos et al., 1985; Burra, Kalin, Leichner, Waldron, Handforth, Jarret & Amara, 1982).

Die positiewe verandering in persepsies aan die einde van 'n rotasie kan grotendeels toegeskryf word aan die kennis wat verwerf is om onkunde teen te werk. Dit het daartoe gelei dat studente meer biomedies georiënteer was en die wetenskaplike begroning van psigiatrie beter begryp het. Studente het ook beter begrip gehad van die biologiese en sosiale oorsake van psigiatriese steurings en het tot insig gekom dat interpersoonlike probleme en lewenstyl 'n rol speel in die ontwikkeling daarvan. Die onderskeie verantwoordelikhede van die gesondheidsorgspan én van die pasiënt in die behandelingsproses, is ook beter begryp. Studente het die belangrike rol wat psigiatriese hospitale speel besef en was eenstemmig dat die fondse wat aan psigiatriese dienste spandeer word, die moeite werd is (Galka, Perkins, Butler, Griffith, Schmetzer, Avirappattu & Lafuze, 2005; Virtala et al., 1998; Augoustinos et al., 1985). Die klem wat die biomediese model op die kuratiewe plaas, is vir die WPA en WFMO (1999) 'n bron tot kommer, aangesien die organisasies wil sien dat meer klem gelê word op gesondheidsvoorkoming en -bevordering, iets wat slegs 'n randeierstatus in konvensionele kurrikula het (WFMO, 1988).

Ten spyte van die meestal positiewe veranderinge in persepsie direk na 'n psigiatrie-rotasie het studente steeds angstig gevoel en 'n onvermoë ervaar om psigiatriese pasiënte te help. Hulle het, soos voor die rotasie die geval was, nie die belangrike rol wat die familie speel in die behandeling

en herstel van die pasiënt, van waarde geag nie. Veertien persent van studente het byvoorbeeld steeds geglo dat psigiatriese steurings ongeneeslik is, nie hulle huis aan 'n psigiatriese pasiënte sal verhuur nie en nie hulle dogter sal toelaat om met so 'n persoon te trou nie (Virtala et al., 1998). Daar was ook 'n groter negatiewe houding teenoor pasiënte met skisofrenie en steurings as gevolg van substansmisbruik. Studente het dit as 'n mors van tyd beskou om dié pasiënte te behandel (Fernando et al., 2010; Galka et al., 2005).

Soos reeds genoem, was die positiewe verandering in persepsies wat in verskeie studies direk na die blootstelling aan 'n kliniese rotasie in psigiatrie waargeneem is, grotendeels tydelik en het negatiewe stigmatiserende persepsies na 'n jaar teruggekeer. Daar is bevind dat studente dit mettertyd weer stresvol, uitputtend, frustrerend, ontstellend en oorweldigend gevind het om met psigiatriese pasiënte te werk. Studente het dit ook moeilik gevind om van psigiatriese pasiënte te hou en om empatie te toon. Die impak wat die stigmatiserende houdings en optrede van ander dokters (bv. tydens chirurgie- en interne geneeskunde-rotasies) teenoor psigiatriese pasiënte en psigiaters het, het hiertoe bygedra (Cutler et al., 2009; Wilkinson et al., 1983). So ook die galge humor en spot wat met psigiatriese pasiënte gedryf is (Wear et al., 2006). Cutler et al. (2009) skryf die hernieude stigmatisering toe aan die stereotiperende siening van ander gesondheidsberoepslui dat psigiaters "mal" sal raak omdat hulle met "malles" werk (*working with 'crazies will make you 'crazy'*).

Die groot pasiëntlading waarmee studente in ander kliniese dissiplines gekonfronteer is, was 'n ander bydraende faktor tot die stigmatisering. Daar is nie voldoende tyd om aandag te gee aan 'n pasiënt se addisionele psigiatriese klagtes as daar met ander klagte gepresenteer word nie (bv. maagpyn). Baie meer tyd is nodig om aan so 'n pasiënt te spandeer en dit plaas ekstra druk op die student, dokter en sisteem as daar 'n wagkamer vol pasiënte is. Psigiatriese pasiënte ontvang dus meestal nie die holistiese sorg wat verwag word nie. Die gevolglike gebrek aan respek wat pasiënte dan teenoor gesondheidsberoepslui openbaar lei tot verdere agitatie teenoor dié pasiënte (Cutler et al., 2009).

Daar is ook bevind dat studente psigiatriese pasiënte steeds fassinerend gevind het, maar dat die stres en frustrasie wat studente ervaar, dit oorskadu het. Verder het die positiewe rolmodellering van psigiaters tydens kliniese rotasies daartoe bygedra dat studente agtergekom het as stigmatiserende persepsies met verloop van tyd by hulle teruggekeer het (Cutler et al., 2009; Wilkinson et al., 1983).

2.2.3 Destigmatisering van studente se persepsies: pogings wat al aangewend is

Min navorsing is nog gedoen oor die evaluering van intervensies wat al gepoog is om studente se persepsies jeens psigiatriese pasiënte volhoubaar te destigmatiseer (Sartorius et al., 2010). Van

die pogings wat wel geëvalueer is, toon soms uiteenlopende resultate. Sartorius et al. (2010) het bevind dat daar geen verskil is ten opsigte van die persepsies van studente of daar nou 'n tradisionele- of probleemgebaseerde kurrikulum gevolg word nie. In teenstelling is bevind dat sisteemgebaseerde onderrig, probleem-gebaseerde leer, praktiese en kennisgedrewe ondervinding, en die identifisering van areas vir kwaliteitsverbetering, matig voordelig was om positiewe persepsies te help vestig (Socallingham et al., 2010; Kuhnigk et al., 2009; McParland et al., 2003).

Inisiatiewe waar studente op selfgedrewe leer aangewese was, deur byvoorbeeld op artistieke wyse hulle ervarings met psigiatriese pasiënte uit te beeld en te verduidelik, het 'n groot positiewe verandering teweeggebring. So ook studente se verbale en skriftelike refleksie oor hulle ervarings. Selfgerigte rolspel het 'n positiewer houding teenoor depressie tot gevolg gehad. 'n Ander positiewe invloed was as psigiatriese pasiënte gehelp het om vir studente klas te gee. Dit het veroorsaak dat pasiënte minder gestigmatiseer voel, meer hoop op herstel het en dat hulle betrokkenheid by studente help om die negatiewe invloed van die media op studente te balanseer (Kassam, 2011; Rong, Glozier, Luscombe, Davenport, Huang & Hickie, 2011; Dogra et al., 2008; Melrose & Shapiro, 1999).

Die onderrig van feitelike inhoud en persoonlike getuienisse van psigiatriese pasiënte het gelei tot 'n verbetering van kennis, maar nie tot die van houdings en optrede nie (Kassam et al., 2011). In teenstelling het Sartorius et al. (2010) bevind dat daar wel 'n verbetering in houdings is as studente meer feitelike kennis het, die potensiaal van psigiatriese behandeling begryp en daar meer direkte kontak met pasiënte is.

Meer direkte betrokkenheid by pasiëntsorg en meer sosiale kontak met psigiatriese pasiënte help stigma verminder (Kassam et al., 2011; Sartorius et al., 2010; Cutler et al., 2009; Kuhnigk et al., 2009; Kerby et al., 2008; Yang et al., 2007; Feldman, 2005; McParland et al., 2003; Melrose & Shapiro, 121999). In teenstelling daarmee het Boey (1985) bevind dat studente na 'n rotasie in 'n psigiatriese hospitaal minder welwillend, meer outoritêr en sosiaal afsydig was in hulle houding jeens psigiatriese pasiënte. Daar is ook bevind dat studente se stigmatiserende persepsies vererger as hul aan komplekse en ekstreme psigiatriese gevalle blootgestel word wat tersiêre of kwaternêre sorg vereis (Kassam et al. 2011).

Didaktiese lesings en nie-interaktiewe video's was nie suksesvol om stigma teë te werk nie. So ook het pogings om aspekte van studente se gedrag aan te spreek deur kommunikasievaardighede met rolspel te oefen geen invloed gehad om studente se persepsies te verander nie (Roberts, Wisikin & Roalfe, 2008).

Daar is gevind dat die rolmodellering van dosente belangriker is om studente se persepsies te vorm as hulle psigososiale oriëntering (Augoustinos et al. 1985) en dat dosente se bevestigende, formatiewe terugvoer aan studente 'n groot impak op destigmatisering het (Cutler et al., 2009).

Buiten hierdie enkele lesse wat uit die literatuur geleer kan word, is heelwat aanbevelings ook gemaak hoe om die probleem aan te spreek.

2.2.4 Aanbevelings wat gemaak is om studente te destigmatiseer

Die aanbevelings wat die WPA en WFMO (1999) in hulle kernkurrikulum gemaak het, word almal vervat in Frenk et al. (2010) se omvattende voorstelle vir GBO in die breë, met die uitsondering van 'n paar spesifieke komponente wat op psigiatrie van toepassing is. Die WPA en WFMO beklemtoon dat die destigmatisering van studente se persepsies van primêre belang is en dat dosente hierdie doelwit voortdurend in gedagte moet hou tydens interaksie met studente. Een van die aspekte wat benadruk word, is dat dosente nie slegs klem moet lê op dissiplinêre kennis en vaardighede nie, maar ook op die ontwikkeling van ander generiese kernbevoegdhede (*graduate attributes*). Die WPA en WFMA se voorgestelde kernbekwaamhede stem baie ooreen met dié wat die Raad vir Gesondheidsberoepes van Suid-Afrika (2011) en die Kanadese CanMEDS-model (Frank, 2005) vir mediese skole voorskryf. Elke mediese skool word aangemoedig om 'n duidelike plan te hê wat verseker dat studente oor hierdie kernbevoegdhede beskik as hulle afstudeer.

Die belangrikste kernbevoegdhede waarop daar in aanbevelings klem gelê word, is die ontwikkeling van kommunikasievaardighede met die oog op gesondheidsbevordering en siektevoorkoming. Die vestiging van houdings van waardering, aanvaarding en verdraagsaamheid teenoor pasiënte, veral gesien in die lig dat studente eendag in 'n primêre gesondheidsorgomgewing met psigiatrisse pasiënte gaan werk, is van net so belangrik. Daar is voorgestel dat goeie verhoudings en respek gekweek moet word teenoor psigiatrisse pasiënte, psigiatrisse steurings, psigiaters en psigiatrie as vakgebied, aangesien dit eienskappe is wat kan help om stigma te verminder. Studente moet aan verskillende kruis-kulturele situasies blootgestel word om te begryp hoe mense uit verskillende kulture stigma ervaar. Dit is van belang dat studente hierdie houdings nie slegs verbaliseer nie, maar ook internaliseer deur refleksie (Frenk et al., 2010; Yang et al., 2007; WPA & WFMO, 1999; Virtala et al., 1998; WFMO, 1988; Boey, 1985).

Deur refleksie moet studente gelei moet word om hulself beter te ken sodat hulle meer realisties en minder idealisties kan raak; hulle emosies kan herken en beheer; en om 'n beter begrip vir psigiatrisse pasiënte te ontwikkel. Daar word verder voorgestel dat refleksie die wyse kan wees waarop studente hulle respons tot psigiatrisse pasiënte en psigiatrisse steurings kan internaliseer en gehelp kan word om hulle vrees en persepsie van onvermoë te oorkom. Verder kan refleksie help om onderliggende faktore wat aanleiding gee tot stigmatiserende gedrag en persepsies te identifiseer en aan te spreek deur krities te dink en konstruktiewe selfkritiek te lewer (Cutler et al., 2009; WPA & WFMO, 1999; Melrose & Shapiro, 1999; Virtala et al., 1998).

Ng et al. (2010:248) beveel aan dat die kennis wat studente verwerf “kwantitatiewe en kwalitatiewe data” moet insluit, waarmee bedoel word dat humanistiese faktore ingeskerp moet word deur

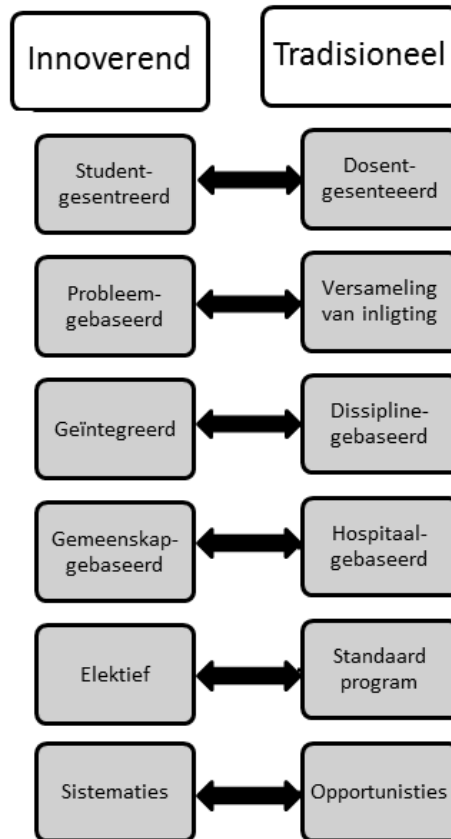
aktiewe kontak met pasiënte. Die WPA en WFMO (1999:206) beskryf dit as die “integreer van die wetenskaplike, humanistiese en tegnologiese aspekte van kennis”. Die bereiking van die balans tussen die biologiese en psigodinamiese perspektiewe bly egter ’n uitdaging omdat dit moeilik en onseker is hoe hierdie openheid by studente gekweek kan word solank daar binnegevegte tussen psigiater is oor die biologiese versus die psigodinamiese benaderings tot psigiatriese steurings (Brog & Guskin, 1998). Kuhnigk et al. (2009) stel voor dat hierdie openheid bereik kan word as geïntegreerde mediese sorg psigiater se primêre doelwit raak.

Die terugkeer van stigmatiserende persepsies kan gekeer en positiewe veranderinge in persepsies bewerk word as studente meer kontaktyd met pasiënte het, groter direkte betrokkenheid het by pasiëntsorg, geleentheid geskep word om meer in-diepte verhoudings met pasiënte te bou, studente blootgestel word aan pasiënte wat gunstig reageer op behandeling en aan pasiënte wat herstel het (Cutler et al., 2009; Kerby et al., 2008; Yang et al., 2007; McParland, 2003). Daar word aanbeveel dat studente blootstelling moet hê aan ’n wye spektrum van pasiënte in ’n verskeidenheid omgewings, byvoorbeeld in die gemeenskap, in ’n primêre gesondheidsorgomgewing en in psigiatriese hospitale. Die primêre gesondheidsorgkonteks raak al hoe belangriker en studente moet die bevoegdhede ontwikkel om toepaslike diagnoses in hierdie konteks te kan maak. Daarmee saam mag kontak met psigiatriese pasiënte in die gemeenskap (bv. ondersteuningsgroepe) ’n wyse wees om stigma te verminder, veral as daar geleentheid geskep word om self-gedrewe in die gemeenskap te leer en daar in spanne gewerk word wat ook uit nie-mediese personeel bestaan (Fernando et al., 2010; Frenk et al., 2010; Yang et al., 2007; WPA & WFMO, 1999; Boey, 1985).

Dit word aanbeveel dat studente tuisbesoeke by pasiënte doen en deelneem aan gemeenskapsprojekte wat pasiënte met psigiatriese steurings ondersteun. Dit is in teenstelling met tradisionele lesings, kort rotasies in ’n psigiatriese hospitaal en die blootstelling aan pasiënte wat komplekse patologie het en kwaternêre sorg verlang (Yang et al., 2007; WPA & WFMO, 1999; Boey, 1985). Begrip en deernis kan by studente geskep word deur families en pasiënte te betrek as fasiliteerders van leer omdat hulle ervaring het van psigiatriese steurings, die effek van die behandeling beleef en die invloed van die gemeenskap se stigmatiserende optrede aan hulle lyf voel. (Ng et al., 2010; Dogra et al., 2008; Yang et al., 2007).

Meer kontaktyd met dosente word ook aanbeveel, aangesien aanmoedigende, formatiewe terugvoer van psigiater en eweknieë positiewe veranderinge kan bewerk om stigmatiserende persepsies teë te werk (Cutler et al., 2009; McParland, 2003; Melrose & Shapiro, 1999; WPA & WFMO, 1999). Daarmee word ook voorgestel dat kliniese rotasies ten minste agt weke lank moet wees en dat studente opgelei word in vriendelike omgewings waar empatie deur alle lede van die gesondheidsorgspan getoon word, waar studente ondersteun word en waar stres nie vererger word nie (Cutler et al., 2009). Omgewings wat voorgestel word, is om in buite-pasiënte (in plaas

van binne-pasiënte) te werk, asook in 'n primêre gesondheidsorgkonteks en met NRO's in die gemeenskap (WPA & WFMO, 1999; Boey, 1985).



Figuur 3. Die SPICES-model van kurrikulum innovering.⁴

Die aanbevelings wat hierbo bespreek is, pas in by die SPICES-model wat Harden, Sowden en Dunn (1984) voorgehou het as 'n oorhoofse filosofie, die *raison d'être* en dryfkrag van 'n kurrikulum wat deur innovasie positiewe waardes, oortuigings en keuses by studente help ontwikkel. Die SPICES model (akroniem vir **S**tudent-centred; **P**roblem-based; **I**ntegrated; **C**ommunity-based; **E**lective; **S**ystematic) is 'n baie nuttige model om te bepaal hoe innoverend of tradisioneel 'n kurrikulum geïntegreer is. Die aanbevelings wat hier bespreek is, neig na die innoverende sy van die SPICES-kontinuum, naamlik dat die kurrikulum meer student-gecentreerd, probleem- en gemeenskapgebaseerd moet wees. Studente moet 'n keuse hê in watter gemeenskapomgewing hulle wil leer (elektief) en daar moet doelbewus en sistematiese pogings wees om studente se persepsies te destigmatiseer in plaas van die lukrake aangryp van opportunistiese geleenthede.

Die aanbevelings sluit nou aan by konsepte van transformatiewe leer en interafhanklikheid in onderwys wat Frenk et al. (2010) voorstel as oplossings om studente op te lei as agente van verandering (sien 0, bl. 10).

⁴ Bron: Harden et al., 1984.

Die aanbevelings wat gemaak is om te help met die volhoubare van studente se persepsies kan soos volg saamgevat word: studente moet minder kontaktyd met pasiënte buite tersiêre hospitale en kwaternêre eenhede hê; moet meer kontaktyd hê met pasiënte in 'n gemeenskapkonteks, wat ook sosiale interaksie insluit; moet generiese kernbevoegdhede aanleer wat persepsies kan help verander; en moet reflekteer om akademiese leer te versterk en persoonlike groei te bewerk. Hieruit kan die afleiding gemaak word dat diensleer 'n ideale metode van onderrig kan wees om uitvoering te gee aan die aanbevelings.

2.3 Diensleer as moontlike oplossing vir destigmatisering van mediese studente se persepsies

Daar word algemeen aanvaar dat daar vier komponente eie is aan diensleer: relevante en sinvolle diens met die gemeenskap, verhoogde (*enhanced*) akademiese leer; doelgerigte aanleer van sosiale verantwoordbaarheid; en gestruktureerde geleenthede vir refleksie (Smith-Tolken, 2010; HOKK, 2006a). Vervolgens word hierdie vier komponente verder toegelig en word daar uit die literatuur gemotiveer waarom 'n diensleerbenadering moontlik kan help met die destigmatisering van mediese studente persepsies jeens psigiatriese pasiënte. Dit sal gedoen word teen die agtergrond van die aanbevelings wat hier bo bespreek is (sien 2.2.4, bl. 20).

2.3.1 Relevante en sinvolle dienslewering

Die diens wat met diensleeraktiwiteite gelewer word, moet relevant en sinvol wees vir die gemeenskap en studente. Die diensleeraktiwiteite moet relevant wees deurdat daar gefokus word op die gemeenskap se behoeftes om sodoende hulle kwaliteit van lewe te verbeter; studente se leer-uitkomst bereik word; studente geïnteresseerd is die diens wat hulle lewer; en studente ervaar dat hulle 'n verskil kan maak met hulle vaardighede (Erasmus, 2011; Wee et al., 2011; Naude, 2007; HOKK, 2006a; Howard, 2001).

Die sinvolheid van die diens beteken dat daar met die gemeenskap onderhandel moet word en dat die gemeenskap die diens as die moeite werd en 'n noodigheid beskou. Verder moet die gemeenskap studente se belangstellings en vaardighede waardeer. Die wederkerigheid wat nagestreef word in die verhouding en diensleweringsooreenkomste met gemeenskapsvennote is meestal nie teenwoordig nie en gemeenskapslede word dikwels nie betrek in die identifisering van plaaslike gesondheidsprioriteite nie. Dit is noodsaaklik om dié tendens te korrigeer as gesondheidsberoepslui effektief vir die een-en-twintigste eeu opgelei moet word (Hunt et al., 2011; Frank et al., 2010).

Die nastreef van wederkerigheid in die diens wat gelewer word, noodsaak studente om kommunikasievaardighede te leer; te kan onderhandel; verdraagsaam te wees; waardering en

aanvaarding te ontwikkel; goeie verhoudinge te bou; respek te toon; en kruis-kulturele vaardighede te openbaar.

Die beginsels van relevante en sinvolle dienslewering bied die geleentheid om van die aanbevelings vir die destigmatisering van persepsies te implementeer (sien 2.2.4, bl. 20). Dienslewering in die gemeenskap bied die geleentheid om aan 'n wyer spektrum psigiatriese pasiënte blootgestel te word en om pasiënte se konteks te leer verstaan. Daar behoort meer in en van die gemeenskap geleer te word om te begryp wat die funksionering van pasiënte, hulle families en die gemeenskap beïnvloed. Die belewenis van die stigma wat psigiatriese pasiënte en hulle families ervaar, sou beter begryp kan word en dieper verhoudings kan gebou word in 'n omgewing wat waarskynlik meer vriendelik en oop is.

Die belang en toepassing van die bio-psigo-sosiaal-spirituele model in die pasiëntgesentreerde en gemeenskapsgebaseerde hantering van psigiatriese pasiënte kan tydens dienslewering gemodelleer word in teenstelling met die biomediese benadering. Dienslewering bied die geleentheid vir spanwerk en inter- en transprofessionele leer en onderrig. Die werksaamhede kan taakverskuiwing (*task shifting*) en taakverdeling (*task sharing*) moontlik maak, nie net tussen studente van verskillende gesondheidsberoepes nie, maar ook saam met nie-mediese personeel in die gemeenskap.

Studente is telkens uit hulle gemaksone as hulle aan 'n gemeenskap blootgestel word (HOKK, 2006a). Hierdie dissonansie kan 'n geleentheid skep vir studente om sin te maak deur die realiteite wat in die gemeenskap ervaar word, hulle teoretiese kennis en hulle vorige kliniese ervarings te integreer.

2.3.2 Verhoogde akademiese leer

Diensleeraktiwiteite moet akademiese uitkomst help verbeter. Daar moet dus 'n duidelike verband wees tussen die leeruitkomst en die dienslewering. Die diens moet slegs oorweeg word as dit daartoe bydra dat leeruitkomst bereik kan word en dit aanvullend is tot bestaande hulpbronne vir leer. 'n Diensleerbenadering kan dieper leer as bloot die bemeesting van tradisionele inhoud-gebaseerde leer tot gevolg hê deurdat studente nuwe maniere van dink en optrede kan ontwikkel wat geïntegreer is met persoonlike waardes. Die dienskomponent kan moontlik help skep om bestaande leeruitkomst te verbeter as studente kennis kan toepas, dit kan bevraagteken en dit bronne van 'n tradisionele kursus kan aanvul (Naude, 2007; HOKK, 2006a).

Dit is nie net dissiplinêr-spesifieke uitkomst wat beter bereik kan word met 'n diensleerbenadering nie, maar ook generiese uitkomst om kernbevoegdhede van die gegradueerde te ontwikkel. Dit sluit in vaardighede ten opsigte van probleemoplossing, kritiese denke, onafhanklike leer, asook die toepassing en integrering van teorie in die werklike wêreld. Ander kernbevoegdhede soos spanwerk, leierskap, waardering van diversiteit en die begrip vir ander wêreldbeskouings, kan ook

bereik word. Verder kan gemeenskapsleer (soos leer oor die gemeenskap en maatskaplike probleme) plaasvind, asook die verkryging en integrering van inheemse kennis deur die interaksie met nie-mediese personeel en gemeenskapslede (Le Grange, 2005; Naude, 2007; Howard, 2001; Astin & Sax, 1998).

Die potensiaal wat 'n diensleerbenadering bied vir dieper akademiese leer – beide vir dissiplinêre en generiese kennis – kan 'n gunstige omgewing help skep om aanbevelings te implementeer vir die destigmatisering van studente se persepsies. Dit kan nie net help om teoretiese kennis van psigiatrie en die kliniese hospitaal-ervaring te integreer en te kontekstualiseer nie. Dit kan inheemse en generiese kennis uitbrei sodat studente beter begrip het vir psigiatrisse pasiënte, hulle families, die gemeenskap en om hulself beter te leer ken. Dit skep geleenthede vir meer formatiewe terugvoer, pasiëntkontak, en geleenthede om ander te leer (bv. deur gesondheidsvoorligting). Deur die ontwikkeling van kennis en vaardighede, asook die lewering van relevante en sinvolle diens, kan studente tot insig kom van hulle eie sosiale verantwoordbaarheid.

2.3.3 Doelbewuste sosiale verantwoordbaarheid

Boelen & Heck (1995) definieer sosiale verantwoordbaarheid vir mediese skole as volg:

The obligation of medical schools to direct education, research and service activities towards addressing the priority health concerns of the community, region or nation that they are mandated to serve. The priority health concerns are to be identified jointly by governments, health care organisations, health professionals and the public. (Boelen & Heck, 1995:3)

Howard (2001:28) definieer sosiale verantwoordbaarheid as “enige vorm van leer wat bydrae tot die studente se voorbereiding vir betrokkenheid by die gemeenskap of bevolking in 'n diverse demokratiese samelewing”; dit is waar “kennis, vaardighede en waardes 'n eksplisiete bydra maak om studente voor te berei vir aktiewe deelname in die samelewing”.

Diensleer word onderskei van ander vorms van ervaring- en gemeenskapgebaseerde leer deur die beklemtoning van *leer om te dien* as 'n aanvullende taak tot *dien om te leer*. Daarom bied diensleer 'n verstaan van hoe 'n akademiese kurrikulum gebruik kan word om 'n doelbewuste sin van sosiale verantwoordbaarheid by studente te kweek (Erasmus, 2011; Teacher Education Consortium in Service-Learning, 2003; Astin & Sax, 1998).

Bernancki en Jaeger (2008:13) het bevind dat 'n diensleerbenadering, in teenstelling met die tradisionele benadering, studente meer deernis en sensitiwiteit help ontwikkel, 'n groter begrip gee van en vermoë om maatskaplike probleme op te los, en dat hulle meer doeltreffend is om 'n positiewe verskil in die wêreld te maak. Daar is ook bevind dat diensleer stereotiperings verminder, kulturele begrip bevorder en 'n positiewe effek het op die sin vir sosiale verantwoordbaarheid en 'n verbintenis tot diens (Eyler et al., 2001). 'n Praktiese voorbeeld in 'n mediese konteks is die feit dat

diensleeraktiwiteite studente motiveer om in gemeenskappe te praktiseer en om meer betrokke te raak by gesondheidsbevordering en siektevoorkoming (Okayama & Kayii, 2011).

Soos voorheen genoem, is dit nie goed genoeg dat daar in GBO gefokus word op dissiplinêre kennis en vaardighede nie. Gesondheidsberoepslui van die toekoms moet die waardes hê – en die rol vervul – om wyer verantwoordelikheid te neem om die siektelas van die gemeenskap te help aanspreek en gesondheid in geheel te bevorder (Lindgren & Gordon, 2011; GCSA, 2010)). Dit geld vir die siektelas en stigma van psigiatriese steurings (WPA & WFMO, 1999).

Die aanname kan egter nie net gemaak word dat dienslewering per se help om 'n sin van sosiale verantwoordbaarheid te kweek nie (Erasmus, 2011). Vir hierdie transformiewe leer om plaas te vind, is internalisering van die diensleerervaring nodig deur gestruktureerde refleksie (Naude, 2007).

2.3.4 Geleentheid vir gestruktureerde refleksie

Bringle en Hatcher (1999:153) definieer refleksie as “die doelbewuste nadenke van 'n belewenis aan die hand van spesifieke leeruitkomst”, terwyl die Assosiasie van Europese Mediese Opvoeders refleksie as volg opgesom:

Reflection is a metacognitive process that creates greater understanding of self and situations to inform future action. Reflection has a variety of intended outcomes. Selfregulated and lifelong learning have reflection as an essential aspect, and it is also required to develop both a therapeutic relationship and professional expertise. (Sandars, 2009:685)

Refleksie is 'n kernkomponent van diensleer; dit is die noodsaaklike transformiewe skakel tussen die aksie tot diens en die idees en verstaan van wat geleer is; dit verbind die diensaktiwiteite in die gemeenskap met die akademiese inhoud van die kursus; dit lei die studente na 'n dieper verstaan van die verband tussen module-inhoud (dissiplinêre teorie en kliniese blootstelling) en die werklike wêreld (Sandars, 2009; Naude, 2007; Bringle & Hatcher, 1999).

Die dissonansie wat ontstaan as gevolg van studente se plasing in die gemeenskap, teenoor die kommervrye geïsoleerde wêreld waarin meeste studente lewe, lei tot spanning wat transformiewe leer bevorder lank na studente se deelname aan 'n diensleerprojek (Kiely, 2005). Dit is in hierdie konteks dat begeleide refleksie belangrik is met die ondersteuning, uitdaging en formatiewe terugvoer van 'n fasiliteerder van leer. Sodoende kan studente se onderliggende persepsies en vooroordele uitgedaag word. Studente is soms nie van hierdie persepsies en vooroordele bewus nie.

Gestruktureerde refleksie kan lei dat nuwe perspektiewe oorweeg word om te verander; om sosiale verantwoordbaarheid, etiese vaardighede en waardes te ontwikkel; om persoonlike relevansie in werk te vind; om nuwe interpretasies te gee aan gebeurtenisse waardeur diens aan die gemeenskap verbeter kan word; om beter en voortgeset te leer; en om persoonlik te groei na hulle

diensteer ervaring (Sandars, 2009; Epstein, 2008; Naude, 2007; HOKK, 2006a; RMC Research Cooperation, 2003; Rice, s.a.).

Refleksie kan dus geleentheid skep vir transformatiewe leer deur 'n proses wat verder gaan as net die verkryging van blote kennis, maar om as persoon betekenisvol te verander deur dit wat geleer is. Hierdie proses bied geleentheid om, wat uiteenlopende belewenisse kan wees, te integreer ter voorbereiding vir die lewe (Rice, s.a.).

Teen dié agtergrond kan daar gemotiveer word dat refleksie 'n bydrae sou kon lewer om agente van verandering op te lei deur transformatiewe leer. Die WPA en WFMO (1999) beveel in hulle kernkurrikulum aan dat studente reflektiewe vaardighede moet ontwikkel. Kognitief-affektiewe kritiese refleksie, binne 'n diensteerbenadering, sal studente kan help om hulle eie persepsies ten opsigte van psigiatriese pasiënte te identifiseer en die geleentheid te bied om nie-stigmatiserende persepsies en gedrag jeens psigiatriese pasiënte te ontwikkel en te openbaar.

Die vier komponente van 'n diensteer wat hier bespreek is, en die moontlike bydrae wat dit kan maak tot die destigmatisering van studente se persepsies, het as motivering gedien om 'n diensteerbenadering te gebruik in die hersiene MKRP, FGGW (US), wat in 2010 geïmplementeer is.

2.4 Oorsig van die Psigiatrie-kurrikulum wat ondersoek is

Psigiatrie-opleiding in die M.B.,Ch.B.-kurrikulum aan die FGGW (US) beloop altesaam veertien weke: twee weke teorie-lesings in die derdejaar; 'n vier wekelange kliniese rotasie in die vierde of eerste helfte van die vyfde jaar (Middel Kliniese Rotasie); en 'n sewe weke lange kliniese rotasie van die middel van die vyfde tot einde van die sesde jaar (Laat Kliniese Rotasie). Met die MKRP was daar agt rotasies per jaar met ongeveer vier-en-twintig studente per groep.

Die navorser is in 2009 gevra om die MKRP te hersien en om te help met die implementering daarvan ter aanvang van die akademiese jaar in 2010. Die kurrikulum het op daardie stadium bestaan uit 'n vier weke lange rotasie in Tygerberg Hospitaal (TBH), die akademiese hospitaal waaraan die FGGW gekoppel is. Studente is vir twee weke aan kinderpsigiatrie ('n subspesialiteit) en twee weke aan volwasse psigiatrie blootgestel. Tydens die rotasie deur volwasse psigiatrie het studente by diensgroepe ingeskakel met 'n fokus op komplekse eet- en neuropsigiatriese steurings. Tydens die rotasie het studente ook een dag deel gevorm van 'n liaisonpsigiatriespan wat pasiënte in die hospitaal evalueer na verwysings deur ander dissiplines. Studente se eerste kliniese blootstelling aan psigiatrie was dus aan pasiënte met komplekse kliniese diagnoses wat grotendeels kwaternêre sorg vereis het.

Die fisiese omstandighede en atmosfeer in TBH se psigiatrie-sale was neerdrukkend, kil, koud en onvriendelik; hoofsaaklik as gevolg van die hospitaal se uitleg en aangesien die sale in die

kelderverdieping geleë is sonder enige uitsig. Kliniese supervisie is grotendeels behartig deur kliniese assistente met 'n groot akademiese en werklading. Hulle het nie noodwendig belangstelling of vaardighede gehad om studente te fasiliteer nie. Daar was een psigiater per diensgroep wat studente een keer per week tydens saalrondes gesien het. Gesprekke tydens saalrondes was meestal op spesialisvlak, met die gevolg dat studente dikwels verlore gevoel het. Psigiaters en kliniese assistente het altesaam ses (meestal didaktiese) tutoriale tydens die rotasie aangebied.

Studente en dosente het negatiewe terugvoer oor die MKRP gegee, onder andere as gevolg van verwarrende logistieke reëlings, min kontaktyd met pasiënte, gebrekkige kliniese begeleiding, swak kommunikasie en die mors van tyd. Daar is bevind dat studente met die aanvang van hulle LKRP negatief ingestel was teenoor psigiatrie en al die stigmatiserende persepsies getoon het wat voorheen in die hoofstuk gesprek is (sien 2.2.2, bl. 15) (Snyman, 2009).

Met die hersiening van die MKRP is daar gepoog om haalbare aanbevelings van die WPA en WFMO se kernkurrikulum vir psigiatrie (1999) in te bou. Dit het die formulering en assessering van spesifieke dissiplinêre asook generiese leeruitkomste ingesluit; blootstelling aan psigiatrisse pasiënte in die gemeenskap; geleenthede om sessies aan te bied ter voorkoming van geestesiektes en bevordering van geestesgesondheid; inter- en transprofessionele spanwerk; meer kontaktyd met pasiënte wat meer algemene – en minder komplekse – psigiatrisse steurings het; student-gesentreerde leer; 'n vriendeliker leeromgewing; en meer kontaktyd met en formatiewe terugvoer van psigiaters.

Deel van die kurrikulumhervorming was om die blootstelling aan kinderpsigiatrie na die LKRP te verskuif en om studente vir vier weke deur volwasse psigiatrie te laat roteer. 'n Spesiale saalronde is weekliks met elke diensgroep se studente gehou en is deur 'n psigiater gelei. Studente het nou drie van die vier weke in TBH gewerk en vir een week in Lenteguur Psigiatrisse Hospitaal (LGH). In LGH is daar minder komplekse pasiënte; pasiënte met meer algemene psigiatrisse steurings; 'n meer holistiese biopsigososiale benadering tot pasiënt-gesentreerde sorg; studente het meer kontaktyd met pasiënte; daar is agt psigiaters wat studente kon fasiliteer, in teenstelling met twee in TBH; en studente het meer geleentheid gehad om formatiewe terugvoer van konsultante te ontvang. Die omgewing waar LGH geleë is, is ook baie vriendeliker met 'n landelike atmosfeer en oop ruimtes.

Tydens die plasing by TBH is daar agt interaktiewe tutoriale ingebou waartydens spesifieke onderwerpe bespreek is. Die doel hiervan was om onderwerpe wat fokus op die integrasie van teoretiese kennis wat in die derdejaar verwerf is, aan die hand van gevallestudies te bespreek.

Studente is een oggend per week by NRO's geplaas as deel van 'n diensleerprojek in die gemeenskap. Daar is samewerkingsooreenkomste aangegaan met elf NRO's, wat 'n uiteenlopende spektrum dienste gelewer het. Dit het ingesluit organisasies wat werk met hoërskoolleerders in gebiede waar hoë risiko gedrag volop is (bv. dwelmmisbruik, bendegeweld, tienerswangerskappe);

rehabilitasiesentra vir alkohol- en dwelmafhanglikheid; ondersteuningsgroepe vir psigiatriese pasiënte wat reeds in die gemeenskap geïntegreer is; sorgsentra wat poog om psigiatriese pasiënte na ontslag uit 'n psigiatriese hospitaal weer produktief in die gemeenskap te integreer; berading vir slagoffers van huishoudelike en seksuele geweld; tuisbesoeke aan psigiatriese en geriatrisse pasiënte saam met gemeenskapgesondheidswerkers; en 'n kankervereniging met die visie om die geestesgesondheid van kankerpatiënte en hulle families te bevorder. Deel van die ooreenkoms met die NRO's was die US se onderneming dat studente sinvolle en relevante diens sal lewer wat die organisasie geïdentifiseer het en wat terselfdertyd studente sal help om leeruitkomst te bereik.

Tydens die eerste oggend van die rotasie is studente deeglik georiënteer ten opsigte van die MKRP met spesifieke klem op die plasing by NRO's. Studente kon hulle eie spanne saamstel en aansoek doen om by 'n spesifieke organisasie diens te doen. As deel van die aansoek moes studente motiveer waarom hulle by die spesifieke NRO geplaas moet word en watter vaardighede hulle span kan bied om aan die behoeftes van die NRO te help voldoen. Die diens wat studente by NRO's moes lewer het ingesluit berading, die aanbied van opleidingsessies wat geestesgesondheid bevorder en geestessiektes help voorkom; die fasilitering van ondersteuningsgroepe; die versorging en opvolg van pasiënte deur tuisbesoeke; en die ontwerp en saamstel van databasisse om organisasies se skakeling met mekaar te vergemaklik. Studente moes verhoudings bou met pasiënte in die gemeenskap om begrip en deernis te ontwikkel en om tot die besef te kom wat die impak van swak sosio-ekonomiese omstandighede op die funksionering van pasiënte en die ontwikkeling van psigiatriese steurings is.

Met oriëntering is daar klem gelê op die belang van geleentheid vir refleksie. Studente is in hierdie sessie reeds die kans gegun om hulle vooraf ervaringe met psigiatriese pasiënte en psigiatriese steuring te bespreek, hulle vrese en verwagtinge te verbaliseer, en om na te dink oor hulle persepsies ten opsigte van psigiatriese pasiënte en -steurings. Buiten die groeprefleksie op die eerste dag, is daar wekeliks vergader sodat die groep oor hulle ervarings van die voorafgaande week kon reflekteer.

Studente moes drie gestruktureerde refleksies indien: op die tweede dag van die rotasie, na drie en 'n half weke, en direk na die rotasie. Die doel van hierdie skriftelike kognitief-afektiewe kritiese analises was om studente die geleentheid te gee om wat hulle in die gemeenskap beleef het, wat hulle teoreties geleer het, en in 'n kliniese omgewing beoefen het, te integreer. In Tabel 3 is 'n voorbeeld van die gestruktureerde vrae wat vir studente tydens die tweede refleksie gevra is.

Op die laaste dag is studente geassesseer deur die aflegging van 'n objektiewe gestruktureerde kliniese evaluering (OSKE). Dit is gevolg deur die voordragte van studente se diensleerprojekte. Tydens die voordragte het die onderskeie spanne vertel wat hulle geleer en gedoen het tydens hulle diensleeraktiwiteite in die gemeenskap. Voordragte is gevolg deur formatiewe terugvoer deur

eweknieë, dosente en die onderskeie gemeenskapsvennote. Die rotasie is afgesluit met 'n feesviering van verversings en saamkuier.

Tabel 3. Gestruktureerde vrae wat tydens die tweede skriftelike refleksie vir studente gevrae is.

1. Kies en beskryf kortlik 'n gevallestudie van 'n binnepasiënt wat verband hou met jou ervaring in die gemeenskap. Evalueer krities die verband tussen die binnepasiënt wat jy geassesseer het met jou plasing in die gemeenskap.
2. Bespreek jou verstaan van die rol van die interprofessioneel span in die langtermyn behandeling van bogenoemde pasiënt gesien in die lig van wat jy geleer het tydens jou gemeenskapsplasing.
3. Met spesifieke verwysing na jou pasiënt, jou gemeenskapservaring en relevante literatuur, met betrekking tot die spesifieke psigiatriese steuring / toestand / omstandighede, bespreek die invloed van die familie, gemeenskap en bevolking op geestesgesondheid.
4. Reflekteer krities hoe jy dink jy tot die gemeenskap en mense met wie jy in aanraking was, bygedra het tydens jou plasing in die gemeenskap. Reflekteer dan kognitief en affektief op die verskil wat dit gemaak het tot jou eie leer en persepsies: akademies, professioneel en persoonlik.

Dit is hierdie hervormde MKRP wat as grondslag gedien het om die navorsingsvraag te beantwoord: wat is die invloed van 'n diensleerbenadering op die destigmatisering van mediese studente se persepsies teenoor psigiatriese pasiënte? In die volgende hoofstuk gaan die navorsingsontwerp in meer detail bespreek en gemotiveer word.

3 Navorsingsontwerp

3.1 Inleiding

In hierdie hoofstuk word 'n uiteensetting gegee van die navorsingsontwerp en metodologie wat kortliks in Hoofstuk 1 genoem is (sien 1.5, bl. 7). Eerstens sal daar gemotiveer word waarom 'n fenomenologiese skool van denke gevolg is in 'n interpretatiewe paradigma met 'n kwalitatief-induktiewe benadering. Daarna volg 'n bespreking oor die tyd, plek en respondente van die studie, asook die proses van datagenerering en -analise. Maatreëls wat getref is om die data te verifieer word toegelig en etiese goedkeuring vir die studie word vermeld.

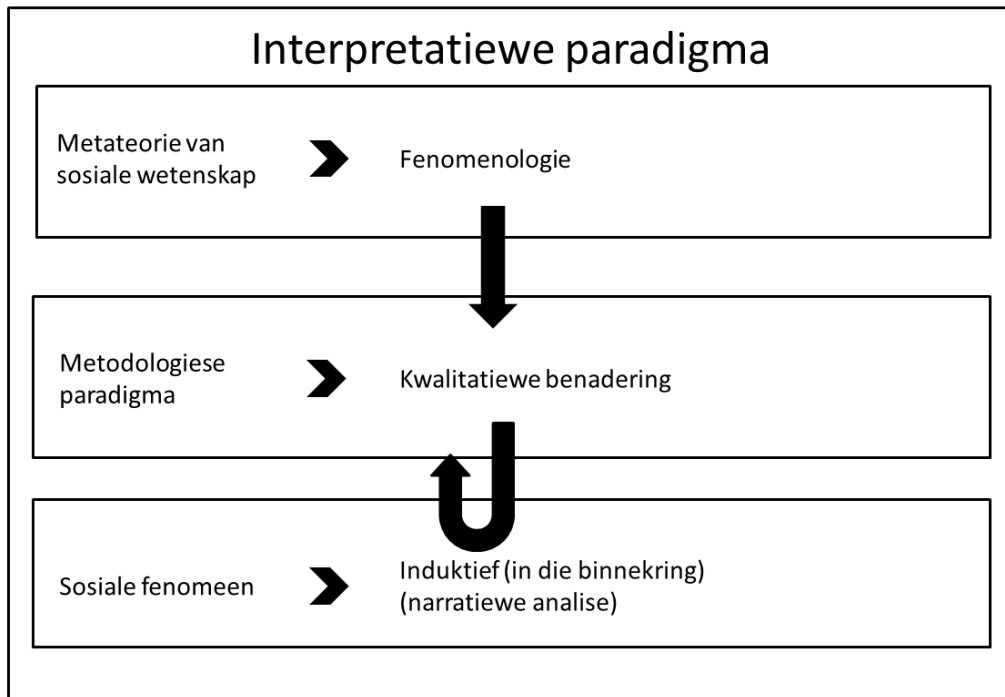
3.2 Interpretatiewe paradigma met 'n kwalitatief-induktiewe benadering

Die metodologiese paradigma van kwalitatiewe navorsing is geposisioneer binne die sosiale metateorie van fenomenologie. Hierdie metateorie van sosiale navorsing, in teenstelling met positivisme, plaas klem op 'n subjektiewe benadering in plaas van die objektiewe; beskrywing in plaas van analise; interpretasie in plaas van meting; en agentskap in plaas van struktuur. Babbie en Mouton (2001) beskryf 'n fenomeen as 'n geestelike (*mental*) metafoor, waar die mens se bewussyn (*consciousness*) sentraal staan en nie die mens as biologiese organisme nie. Met 'n fenomenologiese benadering word benadruk dat mens betrokke is in die proses om sin te maak van ons wêreld. Ons is voortdurend besig om te interpreteer, te skep, mening te gee, te definieer en ons optrede te regverdig en te rasionaliseer. Die fokus van 'n fenomenologiese benadering is dus om ondersoek in te stel hoe mens dieper sin maak uit ons ervarings en om dit te omskep in 'n bewustheid (Denscombe, 2007; Babbie & Mouton, 2001; Patton, 2001).

Die navorser het oor 'n tydperk van twintig jaar as beroepsgeneesheer, berader, opvoedkundige in gesondheidsberoepe en self as pasiënt, die effek van stigma as fenomeen herken en die impak daarvan eerstehands ervaar. As opleidingskoördineerder by die Departement Psigiatrie (FGGW, US) het die geleentheid voorgedoen om die MKRP te hersien. In hierdie proses kon die fenomeen van stigma geëksploreer word deur ondersoek in te stel hoe 'n diensleerbenadering stigmatiserende persepsies van mediese studente jeens psigiatrisie pasiënte kan verander.

Die fenomenologiese metateorie vorm deel van die interpretatiewe paradigma wat poog om perspektief op 'n situasie te gee, om die situasie wat ondersoek word te analiseer en om sodoende sin daaruit te maak. Hierdie paradigma is gebaseer op die aanname dat daar meer as een realiteit is. Interpretavisme is een van die sterkpunte van 'n kwalitatiewe benadering weens die rykheid en diepte van ondersoek en beskrywing (Nieuwenhuis, 2010; Patton, 2001).

In hierdie studie was die navorser in die binnekring (*insider*) 'n instrument in die proses van datagenerering en -analise deur die gebruik van induktiewe logika (sien Figuur 4). Die induktiewe data-analise het begin met spesifieke waarnemings en vandaar is algemene patrone gebou. Kategorieë van analise het uit die oop (*open-ended*) observasies ontvou soos die navorser patrone van die fenomeen wat ondersoek is, begin verstaan het (Nieuwenhuis, 2010; Babbie & Mouton, 2001).



Figuur 4. 'n Voorstelling van die interpretatiewe paradigma⁵.

Binne hierdie konteks kan 'n kwalitatiewe benadering dus beskryf word as navorsing wat poog om ryk, beskrywende data te genereer oor 'n spesifieke fenomeen sodat begrip daarvoor ontwikkel. Die fokus is op individue en groepe, hulle verstaan van die wêreld en die skep van betekenis uit hulle ervarings. Die doel van kwalitatiewe navorsing is om te beskryf en te verstaan, eerder as om menslike gedrag te verduidelik of te voorspel (Nieuwenhuis, 2010; Babbie & Mouton, 2001).

Daar is heelwat studies in die literatuur beskryf om die houdings en persepsies van studente jeens psigiatrie te identifiseer deur van gestandaardiseerde vraelyste gebruik te maak, soos die Attitude Towards Psychiatry (ATP-30) vraelys. Hierdie vraelyste is kwalitatief geanaliseer, maar data wat verkry is, het grotendeels net gehelp om persepsies of houdings te identifiseer en nie in-diepte redes te verskaf wat die persepsies, of die verandering in persepsies, veroorsaak het nie (Kassam et al., 2011; Galka et al., 2005; McParland et al., 2003; Al-Ansari & Alsadadi, 2002; Crisp et al., 2000).

In soortgelyke studies waar daar eerder van fokusgroeponderhoude en die ontleding van refleksies gebruik gemaak is, is ryker data verkry. Dit het navorsers in staat gestel om tot 'n dieper verstaan

⁵ Aangepas uit Babbie & Mouton, 2001.

te kom van die komplekse prosesse wat bygedra het tot die vorming van persepsies en die bewustheid en gedrag waartoe dit aanleiding gegee het (Adkoli, Al-Umran, Al-Sheikh, Deepak & Al-Rubaish, 2011; Meili, Fuller & Lydiate, 2011; Vivekananda, Marshall, Stark, McKendree, Sandars & Smithson, 2011; Ng et al., 2010; Cutler et al., 2009; Pharez, Wals, Roussel & Broome, 2008; Wear et al., 2006; Nieuhoff, Rademakers, Kuyvenhoven & Ten Cate, 2005; Thistlethwaite & Ewart, 2003). et al reeds uitgeskryf?

In hierdie studie is data gegenereer deur in-diepte fokusgroeponderhoude en studente se refleksies. 'n Narratiewe styl is gebruik om die data te analiseer en te beskryf. Daar is op hierdie metodiek besluit omdat ryk en beskrywende data verlang is om te kon begryp wat tot studente se stigmatiserende persepsies aanleiding gegee het en hoe 'n diensleerbenadering die persepsies verander het.

3.3 Tydperk en plek van studie

Die navorsing is beplan en etiese goedkeuring is gedurende 2009 verkry. Fokusgroeponderhoude is in Februarie en Maart 2010 gevoer met 'n steekproef van studente direk na die voltooiing van die MKRP. Opvolgonderhoude is 'n jaar later in Februarie en Maart 2011 gevoer. Die opnames is in die maand na elke onderhoud getranskribeer. Dié transkripsies en dieselfde studente se refleksies was teen Junie 2011 gekodeer, waarna daar begin is om die verslag te skryf (sien Tabel 4).

Tabel 4. Die skedule waarvolgens die studie onderneem is.

2009	
Januarie – Oktober	Herontwerp MKRP en beplan implementering; Identifiseer stigmatiserende persepsies van mediese studente jeens psigiatriese pasiënte wat die MKRP deurloop het
November	Verkry etiese goedkeuring vir studie
2010	
Januarie	Eerste groep MBChB IV studente deurloop die hersiene MKRP
Februarie	Eerste fokusgroeponderhoud en refleksies: MBChB V studente wat MKRP voltooi het in Februarie 2010
Maart	Transkribeer eerste fokusgroeponderhoud; Tweede fokusgroeponderhoud en refleksies: MBChB IV studente wat MKRP voltooi het in Maart 2010
April	Transkribeer tweede fokusgroeponderhoud
Mei – Desember	Analiseer eerste twee fokusgroeponderhoude en studente se refleksies
2011	
Februarie	Derde fokusgroeponderhoud: MBChB V studente wat MKRP voltooi het in Februarie 2010
Maart	Transkribeer derde fokusgroeponderhoud Vierde fokusgroeponderhoud: MBChB IV studente wat MKRP voltooi het in Maart 2010
April	Transkribeer vierde fokusgroeponderhoud
Mei – Junie	Analiseer derde en vierde fokusgroeponderhoude
Augustus	Begin met skryf van die verslag
2012	
September	Voltooi die verslag

Die studie het plaasgevind by die FGGW (US) te Tygerberg met studente wat die hersiene MKRP deurloop het. As deel van dié kliniese rotasie is studente geplaas in TGH en LGH asook by verskeie gemeenskapsorganisasies in Athlone, Landsdowne, Kraaifontein, Stellenbosch, Mitchells Plain en Observatory.

3.4 Respondente en steekproef

Mediese studente in hulle vierde en vyfde jaar van studie aan die US deurloop 'n rotasie van vier weke lank in Psigiatrie as deel van die sogenaamde Middel Kliniese Rotasies. Gedurende 'n kalenderjaar roteer daar agt groepe deur Psigiatrie, altesaam ongeveer honderd-en-tagtig studente. Elke groep bestaan uit twintig tot vier-en-twintig studente (sien Tabel 5).

Tabel 5. Die 2010 jaarprogram vir die MKRP met die aantal studente en respondente⁶.

2010	Januarie	Februarie	Maart	April	Mei	Junie	Julie	Augustus	September	Totaal
Jaargroep	MBChB IV	MBChB V	MBChB IV	MBChB V	MBChB IV	MBChB V	MBChB IV	–	MBChB IV	–
Aantal studente	24	24	24	22	23	20	24	0	22	179
Aantal respondente	0	8	8	0	0	0	0	0	0	16

Gedurende Februarie en Maart 2010 het daar twee groepe studente – vyfde- en vierdejaar onderskeidelik – van vier-en-twintig lede uit elke jaargroep, deur Psigiatrie roteer. Uit elk van dié groepe is daar 'n steekproef van agt studente doelgerig geselekteer. Die steekproef het dus uit sestien respondente bestaan (n=16) uit 'n studie-populasie van honderd-nege-en-sewentig studente (N=179). Babie en Mouton (2001:287) bevestig dat die steekproef voldoende is:

A general rule of thumb indication for a South African master's level study in the interpretative paradigm, is between five and twenty [respondents] . . .

Studente wat goed verbaal kon kommunikeer is doelgerig (*purposive*) geselekteer om tydens die fokusgroeponderhoude te deel in hoe 'n mate stigmatiserende persepsies jeens psigiatrisie pasiënte voor die MKRP by hulle teenwoordig was en hoe 'n diensleerbenadering bygedra het tot destigmatisering. As deel van doelgerigte stratifisering is daar gepoog om die diversiteit van die studie-populasie in elke fokusgroep te verseker in terme van kultuur, taal en geslag. Dit was egter nie 'n bepalende faktor in die analise van die data nie.

Studente wat geselekteer is, is mondelings uitgenooi en 'n inligtingstuk is verskaf wat studente kon lees (sien Addendum A: Deelnemerinligtingsblad en toestemmingsvorm, bl. 100). Daar is benadruk dat studente enige tyd kon onttrek sonder benadeling en dat hulle vrywillig aan die fokusgroepe

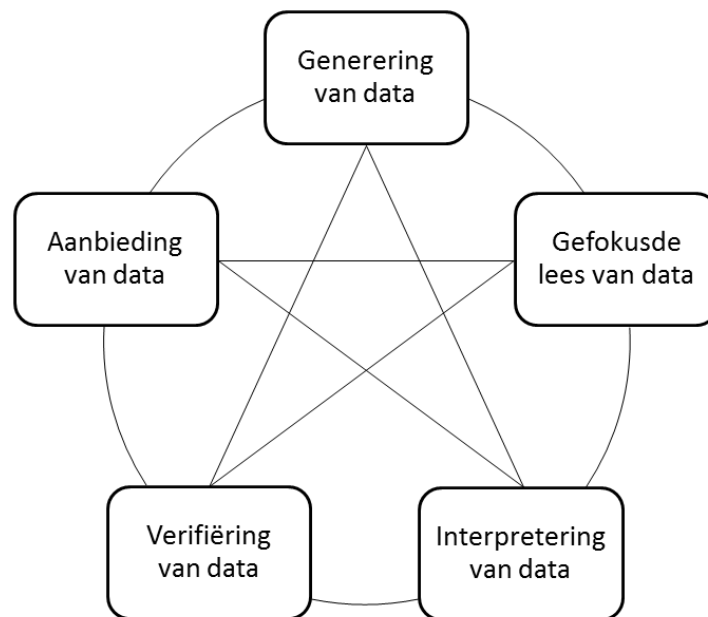
⁶ Bron: US, 2010b.

deelneem en hul refleksies beskikbaar maak vir ontleding. Van die sestien studente wat geselekteer is, wou een student nie aan die studie deelneem nie en 'n plaasvervanger is gekies.

Die navorsingspan het bestaan uit die navorser, mev. Martie van Heusden (fokusgroeponderhoude) en mev. Leigh Storey (transkribeerder).

3.5 Proses van datagenerering en -analise

Die datagenerering en -analise het die proses gevolg wat Denscombe (2007) en Babbie en Mouton (2001) aanbeveel, naamlik die (1) generering van die data, (2) gefokusde lees van data, (3) interpretering van die data deur die ontwikkeling van kodes, kategorieë, temas en konsepte, (4) verifiëring van data en (5) die aanbieding van data. Hierdie was nie 'n liniêre proses nie, maar eerder 'n iteratiewe proses wat Cresswell (1998) die "spiraal van data-analise" noem. Daar is heen-en-weer beweeg soos die navorser telkens terugkeer het na die rou data en meer insig verkry het (Denscombe, 2007; Babbie & Mouton, 2001). Vervolgens word die proses van datagenerering en -analise in meer detail bespreek aan die hand van hierdie iteratiewe proses (sien Figuur 5).



Figuur 5. Die iteratiewe proses van datagenerering en -analise

3.5.1 *Generering van data*

Die fokusgroeponderhoude is digitaal opgeneem en die deelnemers se anonimiteit is verseker deurdat hulle nie op hulle name genoem is nie – nommers is aan elke deelnemer toegeken waarmee daar in die onderhoud na hulle verwys is. Die aard van die onderhoude was semi-gestruktureerd (sien Addendum B: Vrae en aansporings vir fokusgroeponderhoude, bl. 105). Nie al die vrae wat gevrae is, het direk verband gehou met die navorsingsvrae nie. Vrae is ook gevra om

studente se algemene ingesteldheid beter te begryp, insig te verkry hoe hul generiese leeruitkomste bereik het en hoe hulle die organisering van die MKRP ervaar het.

Die onderhoude is gevoer deur 'n vaardige persoon wat nie enige verbintenis met die deelnemers of die Departement Psigiatrie (FGGW, US) gehad het nie. Klankopnames is binne 'n maand na die onderhoude deur 'n onafhanklike persoon getranskribeer. Harde kopieë van die transkripsies is gedruk en duidelik gemerk.

Al die studente het hulle refleksies op die US se leerbestuurstelsel (Blackboard™ se WebStudies) gelaai. Studente wat aan die fokusgroeponderhoude deelgeneem het, se refleksies is op die navorser se rekenaar afgelaai en harde kopieë is gedruk. Elektroniese kopieë van die klankopnames, transkripsies en refleksies is op die navorser se rekenaar gestoor en as voorsorgmaatreël ook op die US se rekenaarnetwerk geplaas.

3.5.2 Gefokusde lees van data

Die transkripsies en refleksies is aanvanklik vier keer gelees sodat die navorser deeglik vertrouwd kon raak met die data. Daar is 'n gevoel ontwikkel vir die data soos die navorser homself verdiep het in die fynste detail van wat gesê en geskryf is.

Die navorser was voorts vir 'n tydperk van twee jaar ten nouste betrokke (*engaged*) by studente tydens die MKRP. In die tydperk is baie notas gemaak tesame met die voortdurende observasies, formatiewe assessering en gesprekke met studente en dosente. Dit het die navorser gehelp om met beter insig en begrip die data te interpreteer en om soms tussen die lyne te lees en te weet wat geïmpliseer word.

3.5.3 Interpretering van die data

Kodering van data

Die refleksies en transkripsies van die fokusgroeponderhoude is geanaliseer deur gebruik te maak van Atlas.ti-sagteware (weergawe 6.2), Microsoft se OneNote (weergawe 2010). Potlood en papier is gebruik om 'n konsepkaart saam te stel. Atlas.ti stel navorsers in staat om komplekse fenomene wat in tekste en multimedia versteek is, sistematies te analiseer en te ontdek. Die program verskaf instrumente waarmee bevindings in die primêre data opgespoor, gekodeer en geannoteer kan word. Atlas.ti kan dokumente help konsolideer en hou tred van notas, annotasies, kodes, kategorieë, temas, konsepte en memo's in alle velde wat bestudeer en geanaliseer word.

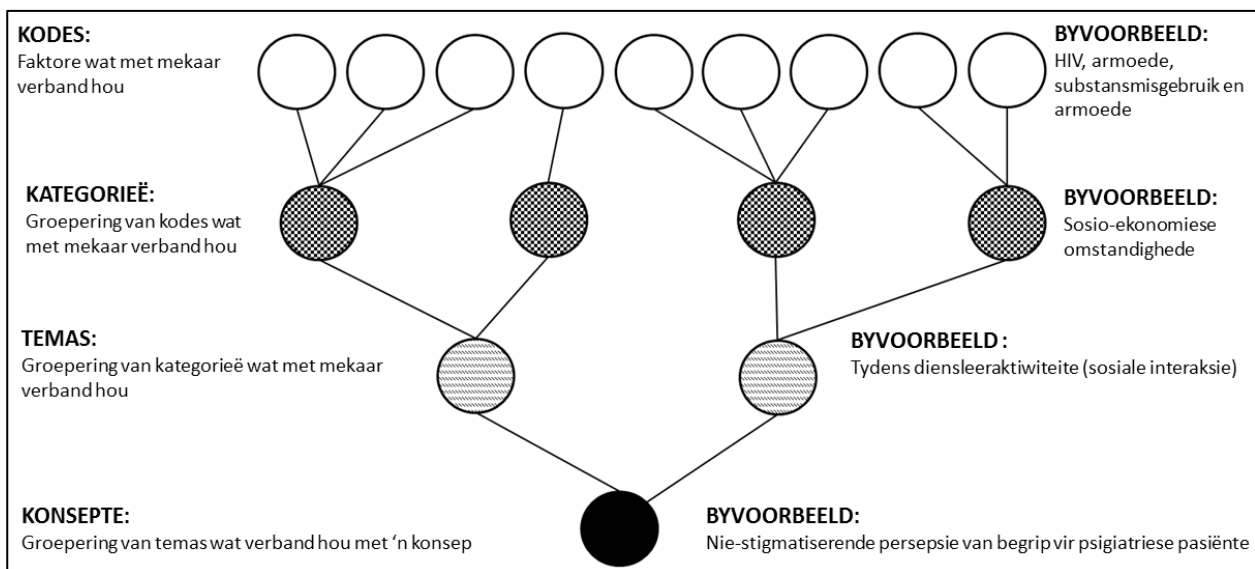
Die kodes wat die navorser in Atlas.ti genereer het, is gebruik om dele van die teks wat verband hou met 'n spesifieke idee aan mekaar te verbind (bv. die "impak van armoede") (Denscombe, 2007; Babbie & Mouton, 2001). Aan sommige dele van die teks is meer as een kode toegeken (bv. "impak van armoede", "misdaad").

Kategorisering van data

Kodes wat aan mekaar verwant was, is daarna gekategoriseer. So kon kodes soos “impak van armoede”, “misdaad”, “geweld” en “dwelmmisbruik” as “impak van sosio-ekonomiese omstandighede” gekategoriseer word.

Identifisering van konsepte, temas en verwantskappe tussen kodes en kategorieë

Soos die proses iteratief ontwikkel het, kon die navorser patrone, temas en konsepte begin herken (sien Figuur 6). Dit het duidelik geword hoe kodes en kategorieë met temas en konsepte verband hou en wat die komplekse wisselwerking is (Denscombe, 2007).

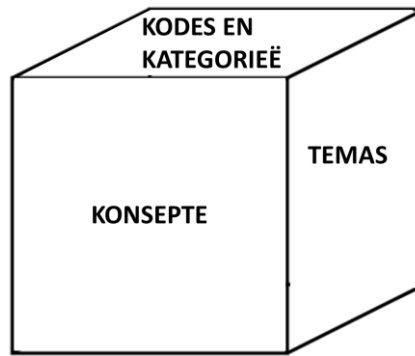


Figuur 6. Die verwantskap tussen kodes, kategorieë, temas en konsepte.

Die aantal kodes en kategorieë is verminder deur dié wat nie met die beantwoording van die navorsingsvraag verband gehou het nie, in 'n argief te plaas (van hierdie data sal later bespreek word as relevante addisionele bevindinge (sien 4.12, bl. 75).

Op daardie stadium is alle relevante data wat op Atlas.ti gekodeer en gekategoriseer is, na Microsoft se OneNote uitgevoer, waar dit makliker gemanipuleer kon word om 'n drie-dimensionele matriks (sien Figuur 7)) saam te stel. In die matriks is die verband tussen kodes, kategorieë, temas en konsepte aangetoon. Dit het daartoe aanleiding gegee dat 'n verdere aantal kodes, kategorieë, temas en konsepte saamgevoeg is soos insig verdiep het en 'n konsepkaart vorm aangeneem het (Denscombe, 2007).

Deur die ontwikkeling van 'n konsepkaart het dit duidelik geword hoe sekere kodes, kategorieë, temas en konsepte mekaar beïnvloed. Dit het die navorser in staat gestel om 'n hiërargie van die kodes, kategorieë en temas te ontwikkel wat met 'n konsep verbind is. Dit het as basis gedien vir die afleidings en gevolgtrekkings wat gemaak is en op grond waarvan daar aanbevelings gemaak word (Denscombe, 2007).



Figuur 7. Driedimensionele matriks om verwantskappe tussen kodes, kategorieë, temas en konsepte voor te stel.

3.5.4 Verifiëring van data

Die verifiëring van kwalitatiewe navorsing is noodsaaklik omdat die navorser sy bevindinge as *waar* moet demonstreer anders is daar nie goeie rede waarom dit ernstig opgeneem moet word nie. In kwalitatiewe navorsing word verskillende terme gebruik – in teenstelling met kwantitatiewe navorsing – om begrippe wat betrokke is by die verifiëring van data, te beskryf (sien Tabel 6). Vervolgens word die verifiëring van die data in hierdie studie bespreek in terme van bevestigbaarheid (*confirmability*), geloofwaardigheid (*credibility*), oordraagbaarheid (*transferability*) en vertroubaarheid (*dependability*) (Babbie & Mouton (2001:276).

Tabel 6. Verskillende terme wat in kwalitatiewe en kwantitatiewe navorsing vir dieselfde begrippe gebruik word⁷.

KWANTITATIEWE NAVORSING	KWALITATIEWE NAVORSING
<ul style="list-style-type: none"> • Objektiviteit (<i>Objectivity</i>) • Interne geldigheid (<i>internal validity</i>) • Eksterne geldigheid / veralgemening (<i>External validity</i>) • Betroubaarheid (<i>Reliability</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> • Bevestigbaarheid (<i>Confirmability</i>) • Geloofwaardigheid (<i>Credibility</i>) • Oordraagbaarheid (<i>Transferability</i>) • Vertroubaarheid (<i>Dependability</i>)

Bevestigbaarheid

Babbie en Mouton (2001) meld dat die interpretasies van die navorser nie noodwendig in beton gegiet is nie en absolute objektiviteit nie moontlik is nie. In die interpretatiewe paradigma is die navorser deel van datagenerering. Die navorser kies wie en wat nagevors word. Voorts word die analise gedoen vanuit 'n sekere beroepsagtergrond, werkservaring en vooraf kennis. Daarom is dit meer toepaslik om in die geval van 'n kwalitatiewe paradigma te praat van bevestigbaarheid in plaas van objektiviteit, soos die geval is met kwantitatiewe navorsing. Bevestigbaarheid is die afwesigheid van vooroordeel (*bias*). Die navorser moet onpartydig, neutraal en regverdig wees in terme van die invloed wat hy uitoefen op die uitkoms van die studie (Babbie & Mouton, 2001).

⁷ Aangepas uit Babbie en Mouton, 2001:276.

Daarom het die navorser maatreëls in plek gestel sodat die data nie gemanipuleer is deur persoonlike oortuigings en vooroordele nie. 'n Onafhanklike persoon het die fokusgroeponderhoude afgeneem en 'n ander dit getranskribeer. Die navorser het alle data gekodeer, selfs data wat nie die navorsingsvraag help beantwoord het nie. Hierdie addisionele data het op die ou end 'n bydrae gelewer om beter insig te verkry.

Soms was daar tydens fokusgroep-onderhoude verskillende opinies en interessante debattering. Dit het die navorser genoop om verduidelikings te probeer vind vir die verskillende standpunte en om dit so te rapporteer. Die bevestigbaarheid is verder versterk deurdat die data wat uit die fokusgroeponderhoude verkry is, getrianguleer is met data verkry uit die refleksies.

Geloofwaardigheid

Die geloofwaardigheid van data is noodsaaklik in alle vorms van navorsing, of dit nou kwalitatief of kwantitatief van aard is. In hierdie studie is daar stappe geneem om die leser te oortuig dat die data waarskynlik akkuraat en toepaslik is (Denscombe, 2007; Babbie & Mouton, 2001).

Die geloofwaardigheid word bevestig deurdat die stem van die respondente gehoor is. Met die fokusgroeponderhoude kon deelnemers in dinamiese groepsverband hulle opinies verbaal lig en kon die onderhoudvoerder onsekerhede uitklaar. Aan die ander kant kon individue met die refleksies 'n in-diepte, persoonlike, skriftelike weergawe gee van hulle persepsies en die navorser kon hulle individueel opvolg om klarigheid te kry waar daar onsekerhede was. Die data verkry uit die fokusgroeponderhoude en refleksies is met mekaar getrianguleer.

Die navorser was voorts vir 'n tydperk van twee jaar ten nouste betrokke (*engaged*) by studente tydens die MKRP. In die tydperk is baie notas gemaak tesame met die voortdurende observasie, formatiewe assessering en gesprekke met studente. Dit het die navorser gehelp om met beter insig en begrip geloofwaardigheid aan die data te help verseker.

Die rol van opvoeder en dié van navorser moes geskei word. Die navorser moes sy eie ervarings en vermoedens op die agtergrond skuif en nie toelaat dat dit die resultate beïnvloed nie. Die data toegelaat om die resultate te bepaal.

Eweknieë met begrip vir die konteks van die studie, het ook waardevolle insette gelewer om meer geloofwaardigheid te verleen, hoewel hulle nie direk by die studie betrokke was nie.

Oordraagbaarheid

Oordraagbaarheid verwys na die mate hoe die bevindings in ander kontekste toegepas kan word. Anders as in die geval van kwantitatiewe navorsing is dit nie die rol van die kwalitatiewe navorser om te veralgemeen nie, die onus om die mate van oordraagbaarheid te bepaal berus by die leser (Denscombe, 2007).

Babbie en Mouton (2001) verwys dat Guba en Lincoln digte (*thick*) beskrywings en die doelgerigte (*purposive*) seleksie van deelnemers voorstel as strategieë om oordraagbaarheid te help verseker. In hierdie studie is daar gepoog om ryk en digte beskrywings te verkry en weer te gee. Die beskrywings het uit vele vlakke bestaan om die leser insig te gee oor 'n verskeidenheid van onderwerpe. Dit sal hopelik lesers in staat stel om 'n goeie oordeel te fel of die bevindings in hulle konteks van toepassing kan wees.

Die doelgerigte seleksie van deelnemers in hierdie studie het voorts gepoog om die persepsies van 'n wye spektrum van studente in terme van geslag (manlik en vroulik), taal (Afrikaans, Engels, Zoeloe, Xhosa en Sotho) en kultuur (Afrikaner, Kleurling, Zoeloe, Xhosa, Sotho, wit Engelse en dié met 'n Indiese en Maleier agtergrond) te kry. Dit kon die bevindings moontlik verryk sodat die oordraagbaarheid na ander kontekste meer waarskynlik is.

Vertroubaarheid

Vertroubaarheid beteken dat die ondersoek bewyse moet verskaf dat die navorsing met dieselfde of soortgelyke deelnemers, onder soortgelyke omstandighede, soortgelyke bevindings sou lewer. Babbie en Mouton (2001) stel die volgende argument:

According to Guba and Lincoln, since there can be no validity without reliability (and thus no credibility without dependability), a demonstration of the former is sufficient to establish the existence of the latter. If it is possible using the techniques outline in relation to credibility to show a study has that quality, it ought not to be necessary to demonstrate dependability separately (Babbie & Mouton, 2001:278).

Hierdie argument het baie kritiek uitgelok. Guba en Lincoln het gevolglik 'n ouditspoor voorgestel wat die navorsingprosedures en -besluite weerspieël sodat ander navorsers kan sien en evalueer in hoe 'n mate die prosedures vertroubaar en die besluite redelik is (Denscombe, 2007; Babbie & Mouton, 2001). 'n Volledige ouditspoor van hierdie navorsing is vir die leser beskikbaar. Atlas.ti-sagteware ken 'n unieke verwysing vir elke aanhaling toe, met die gevolg dat daar maklik terugverwys kan word na die kodering en die konteks van aanhalings. Alle notas en die proses waardeur die konsepkaarte ontwikkel is, is beskikbaar.

3.5.5 Aanbieding van die data

Kwantitatiewe navorsing gaan altyd gepaard met 'n verduideliking van statistiese tegnieke en die manipulering van data. Dit is egter nie so eenvoudig in die geval van kwalitatiewe navorsing nie, want die proses van analise is kompleks en "slordig" (Marshall & Rossman, 1999).

[Qualitative] data analysis is the process of bringing order, structure, and interpretation to the mass of data collected. It is a messy, ambiguous, time-consuming, creative, and fascinating process. It does not proceed in a linear fashion: it is not neat (Marshall & Rossman, 1999:150).

3.6 Etiese oorwegings

Hierdie navorsingsprojek is deur die Komitee vir Mensnavorsing van die Universiteit Stellenbosch (verwysingsnommer: N09-11-320) goedgekeur (sien Addendum 8.3, bl. 107). Dit is uitgevoer volgens die etiese riglyne en beginsels van die Internasionale Verklaring van Helsinki (Wêreld Mediese-vereniging, 2008) en die Etiese Riglyne vir Navorsing van die Mediese Navorsingsraad (Mediese Navorsingsraad, 2008).

'n Volledige ingeligte toestemmingsproses tot deelname aan die projek deur die respondente, is gevolg (sien Addendum A: Deelnemerinligtingsblad en toestemmingsvorm, bl. 100).

3.7 Samevatting

In hierdie hoofstuk is daar rekenskap gegee van die proses wat gebruik is om vanaf die rou data tot by die uiteindelijke bevindings te kom. Met die interpretatiewe paradigma wat gevolg is, het die navorser 'n rigtinggewende rol gespeel as data-analis. Oor 'n tydperk twee jaar kon die navorser indrukke by studente kry, saam met hulle ervarings meemaak en sien hoe hul persepsies verander. Dit het die navorser in staat gestel om met die nodige insig respondente te selekteer, data te genereer, te verifieer en te analiseer.

In die volgende hoofstukke word relevante data aangebied deur dit te analiseer, te interpreteer, bevindings te bespreek en gevolgtrekkings te maak.

4 Data-analise

In die vorige hoofstuk is die proses bespreek hoe die data gegeneer, geanaliseer en geïnterpreteer is deur die herkenning van patrone. Dit het gelei tot die definiëring van kodes, kategorieë, temas en konsepte (sien Figuur 6, bl. 37). Die konsepte wat geïdentifiseer is, kan in hierdie studie gedefinieer word in terme van stigmatiserende of nie-stigmatiserende persepsies. Hierdie persepsies word in Tabel 7 gelys en kortliks beskryf. Vir elke konsep is daar temas afgelei wat weer verband hou met die leergeleenthede of beginsels van diensleer wat bygedra het tot die ontwikkeling van die konsep. Die kodes en kategorieë wat ontwikkel is, definieer die belewenisse, ervarings, blootstellings, kennis en omstandighede waarbinne leergeleenthede plaasgevind het en wat bygedra het tot die vorming van persepsies.

Vervolgens gaan elkeen van die persepsies wat as konsep geïdentifiseer is, geanaliseer word aan die hand van die verwante temas, kategorieë en kodes. Die persepsie wat die studente teenoor psigiatriese pasiënte gehad het word geanaliseer soos dit gerapporteer is (1) voor hulle met die MKRP begin het, (2) direk daarna en (3) 'n jaar later.

Tabel 7. 'n Opsomming van die konsepte wat as stigmatiserende en nie-stigmatiserende persepsies geïdentifiseer is.

Persepsies	Stigmatisierend / Nie-stigmatisierend / Beide	Beskrywing (patroonherkenning)
Vreesagtigheid	Stigmatisierend	Studente is bang en vreesagtig vir psigiatriese pasiënte wat as gevaarlik beskou word, vermy hulle en wil hulle nie ondersoek en behandel nie.
Degradering	Stigmatisierend	Psigiatriese steurings is nie suiwer mediese toestande nie en psigiatrie as mediese vakgebied word betwyfel.
Objektiveer	Beide	Geobjektiveer as kliniese gevalle, soms interessant en snaaks. Daar word op patologie gefokus en die mens misgekyk. Nuuskierigheid dien soms as motivering om te leer en te ontdek.
Andersheid	Stigmatisierend	Andersheid waarmee daar nie geassosieer kan word nie; daar kan nie veel vir "mal mense" gedoen word nie; hulle moet eenkant gehou word; hulle is die verantwoordelikheid van slegs 'n klein groepie spesiale dokters.
Besetenheid	Stigmatisierend	Duiwelsbesete en bese geeste moet uitgedryf word om genesing te bring.
Irritasie	Stigmatisierend	'n Afkeur van irriterende, lastige pasiënte wat vermy moet word.
Hulpeloos- en magteloosheid	Stigmatisierend	Die chroniese aard van baie psigiatriese steurings laat studente hulpeloosheid en magteloosheid ervaar.
Begrip	Nie-stigmatisierend	Daar is 'n persepsie van insig en begrip vir psigiatriese pasiënte, psigiatriese steurings en die invloed wat dit op die individue, familie en gemeenskap (en vice versa) het.
Aanvaarding	Nie-stigmatisierend	Menswaardigheid van psigiatriese pasiënte word aanvaar.
Gemaklikheid, deernis en respek	Nie-stigmatisierend	Studente ervaar 'n persepsie van gemaklikheid in die teenwoordigheid van psigiatriese pasiënte asook deernis en respek.
Verantwoordelikheid	Nie-stigmatisierend	'n Onderliggende persepsie om te wil help en verantwoordelikheid te neem vir 'n psigiatriese pasiënt word ervaar en gedemonstreer.

4.1 Vreesagtigheid

Die persepsie van vreesagtigheid wat meeste studente voor die tyd teenoor psigiatriese pasiënte gehad het, is oorkom direk na die MKRP. Al die studente het gerapporteer dat hulle nie meer bang is vir dié pasiënte nie. 'n Jaar later het slegs twee studente weer 'n persepsie van vrees ontwikkel (sien Tabel 8).

Tabel 8. Die persepsie van vreesagtigheid.

Persepsie van vreesagtigheid	0 studente	1-4 studente	5-8 studente	9-12 studente	13-16 studente
Voor die tyd				x	
Direk na die tyd		x			
Een jaar later		x			

4.1.1 Vreesagtigheid: Voor die MKRP

Meeste studente [n=12] het 'n persepsie van vreesagtigheid gehad teenoor psigiatriese pasiënte voordat hulle met die MKRP begin het (sien Tabel 8 en Figuur 8). Die redes wat aangevoer is – en wat strook met internasionale bevindinge (WPA & WFMO, 1999) – is die beeld wat die media skep, enersyds in films en andersyds die stories wat in koerante verskyn van geweld wat gepleeg word en psigiatriese redes wat dan voorgehou word ter versagting. Die gevolg was dat studente bang was dat hulle iets aangedoen sou word tydens kliniese onderhoudvoering en daarom psigiatriese pasiënte wou vermy en nie wou ondersoek of behandel nie.

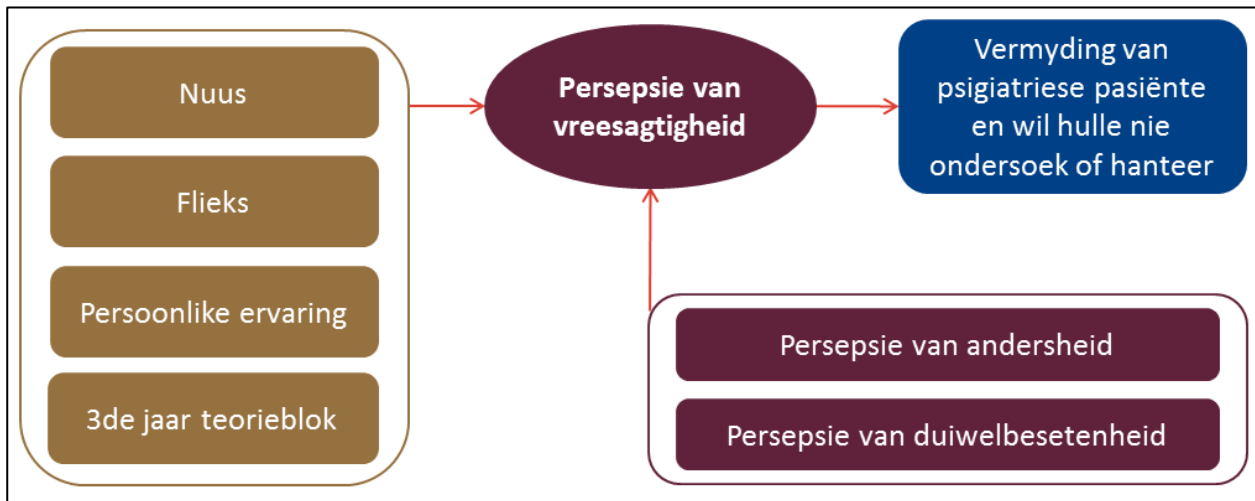
. . . the type of stuff that scares . . . is the fact that I sometimes tend to think that because there's a thing called psychiatry people tend to make too many excuses about the wrong things that happen in this world, and the whole violence behind it. Obviously all of it does come with stigma, but that was my main fear, or that is my fear of psychiatric patients, I'm afraid they will harm me if I am seeing them or something.

'n Ander rede waarom een student bang was, is as gevolg van persoonlike ervarings uit die verlede en hy sê: “[I stigmatise psychiatric patients] due to past experience, my uncle is schizophrenic, so he's always violent and aggressive”.

In hulle derde jaar het studente 'n Psigiatrie-teorieblok gehad, wat driekwart van studente [n=12] se vrees vir psigiatriese pasiënte vererger of bevestig het. Video's wat in die klasse vertoon is, het simptome en tekens in die ergste graad uitgebeeld. Daarom het studente gerapporteer dat hulle psigiatriese pasiënte probeer vermy.

Ander faktore wat aanleiding gegee het dat die persepsie van vreesagtigheid versterk is, was die persepsies van psigiatriese pasiënte se andersheid (sien 4.4, bl. 49) en dat hulle duiwelbesete is (sien 4.5, bl. 50). Een student het opgemerk:

I thought I would be working with these crazy people and it's going to be very difficult for me to interact with them and I need to be looking out for my back . . . it was a dangerous place . . . “



Figuur 8. Die persepsie van vreesagtigheid voor die aanvang van die MKRP.

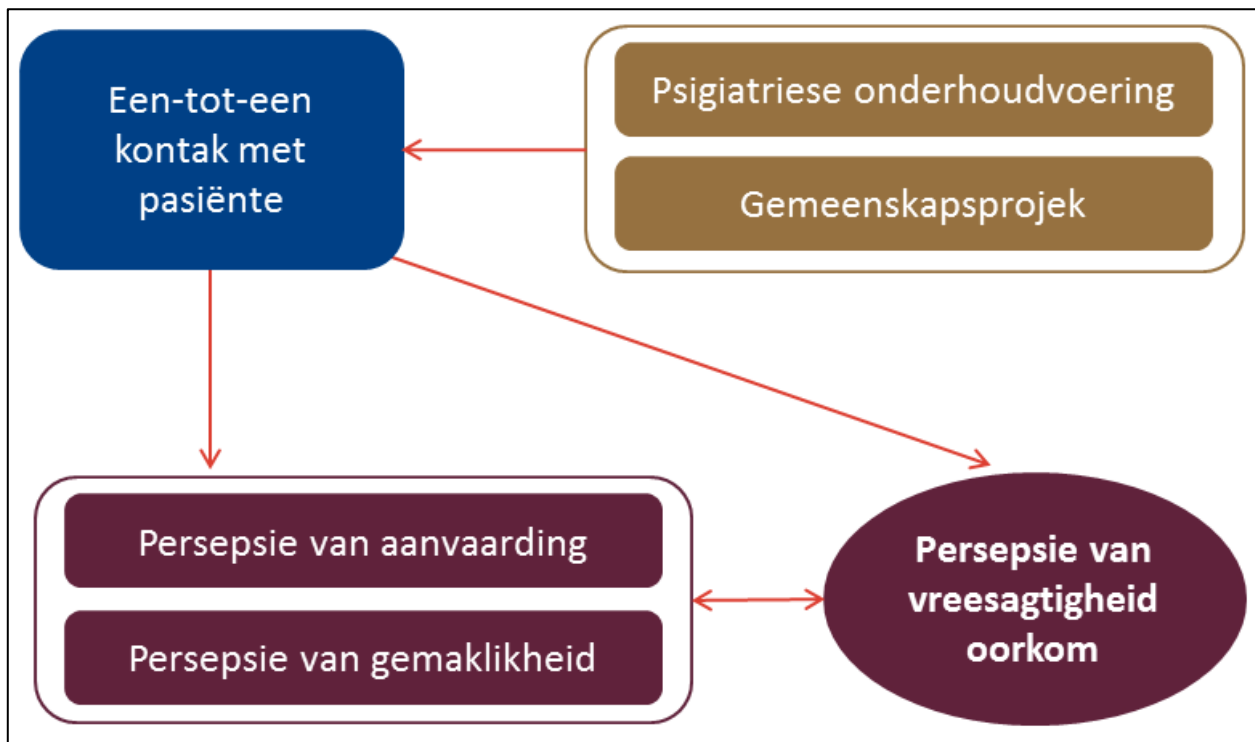
4.1.2 *Vreesagtigheid: Direk na die MKRP*

Direk na die MKRP het studente, met die uitsondering van een, hulle persepsie van vreesagtigheid oorkom. Die wye blootstelling aan psigiatriese pasiënte het bygedra dat studente nie meer bang was vir psigiatriese pasiënte nie (sien Figuur 9). Die interaksie met pasiënte buite die tersiêre omgewing het grotendeels hiertoe bygedra, veral om by pasiënte in die gemeenskap betrokke te wees en te hoor en te beleef hoe hulle hulle siekte ervaar. Die feit dat psigiatriese pasiënte in die gemeenskap en in LGH as baie meer normaal ervaar is – in teenstelling met die gekompliseerde gevalle wat in TBH gesien is – het hiertoe bygedra. Die geleentheid om weekliks in groepsverband hieroor te reflekteer sowel as die rolmodellering van die dokters by LGH, het verder gehelp om vrese te besweer. Die belangrikste aspek wat na vore gekom het, was dat studente so gou as moontlik hulle vreesagtigheid kan oorkom deur psigiatriese onderhoude op hulle eie te voer.

Die volgende opmerkings deur 'n studente het bevestig dat vrese besweer is:

I don't think every psych patient is going to jump and attack you . . . I got to actually do an interview by myself and I was very comfortable, I wasn't scared at all, and I could actually walk into the wards and not have a mini heart attack . . . I was starting to get comfortable . . . they are not necessarily very dangerous people that are going to harm you . . .

Die een-tot-een kontak wat studente met pasiënte gehad het, het die vreesagtigheid help oorkom en hulle het persepsies van gemaklikheid en aanvaarding teen oor pasiënte begin ervaar. By die een student waar daar steeds 'n persepsie van vrees was, is dit toegeskryf aan te min blootstelling aan pasiënte met minder gekompliseerde psigiatriese kondisies.



Figuur 9. Die persepsie van vreesagtigheid direk na die MKRP.

4.1.3 Vreesagtigheid: Een jaar na die MKRP

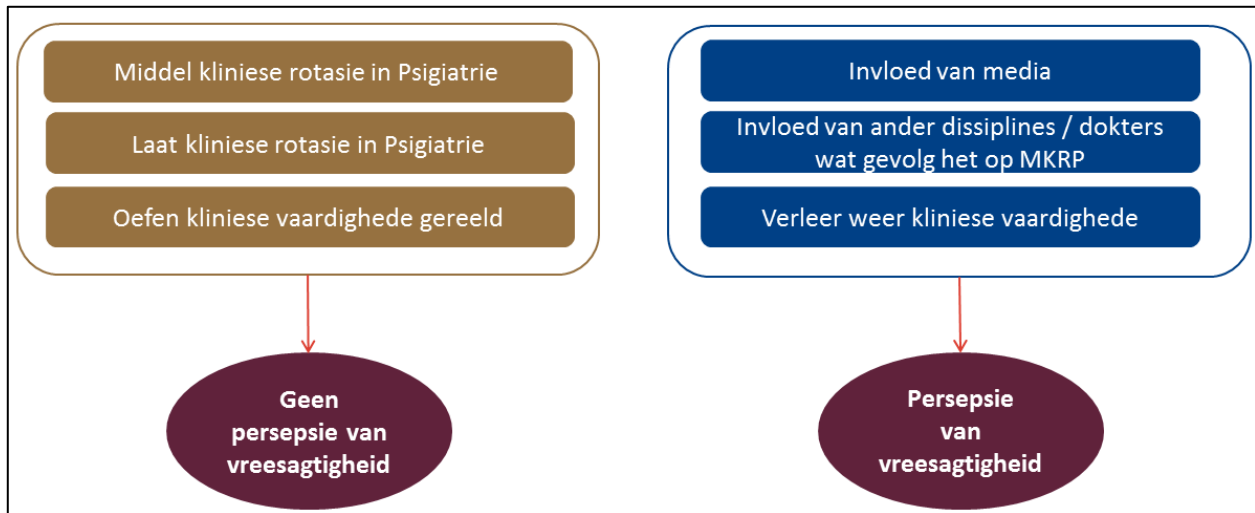
'n Jaar na die MKRP het slegs twee studente gerapporteer dat hulle weer 'n persepsie van vreesagtigheid ontwikkel het. Hulle het gesê die rede was die invloed van nuusrapportering en omdat hulle voel dat hulle nog nie genoeg kliniese vaardighede gehad het om psigiatriese pasiënte te hanteer nie. 'n Ander faktor wat hulle negatief en vreesagtig gestem het, was die gesindheid van sommige dokters in ander kliniese rotasies (sien Figuur 10).

Die ander studente het gedurende die jaar geleenthede gehad om hulle kliniese vaardighede te oefen deur psigiatriese pasiënte te ondersoek. Die blootstelling het gehelp dat vreesagtigheid nie weer ontwikkel het nie, soos uit dié student se opmerking blyk:

Personally I think I don't have a stigma against psychiatric patients. Like before, I was very scared of psych patients, I would never see a psych patient alone, but after I did the block, I feel much more confident. Like now in family medicine I had a psych patient, and I was actually confident about seeing them alone, and didn't fear them . . .

Die feit dat 'n sommige studente 'n jaar na die MKRP reeds vroeg in hulle sesde jaar die Laet Kliniese Rotasie in Psigiatrie (LKR) deurloop het, was onvoorsien en nie in die oorspronklike beplanning van die studie in berekening gebring nie. Dié rotasie vind plaas gedurende die student-internskap (die laaste agtien maande van die M.B., Ch.B-kursus). Dit het verder bygedra dat studente nie vreesagtig was nie. 'n Student sê:

But the more you're exposed to [psychiatric patients], as we were in the late rotation, the more comfortable you are and the more you realise that these people are actually sick. So there's no longer that sort of apprehension, that kind of fear that this person is going to jump [on you].



Figuur 10. Die persepsie van vreesagtigheid een jaar na die MKRP.

4.2 Degradering

'n Ander persepsie wat studente vooraf gehad het, buiten dié van vreesagtigheid, was die degradering van psigiatrie, psigiatrisse steurings en psigiatrisse pasiënte. Daar was twyfel of psigiatrisse steurings werklik wetenskaplik gegrond is, en of psigiatrie as vakgebied 'n mediese dissipline moet wees (sien Tabel 9). Die persepsie het tydens die MKRP verander en 'n jaar later het alle studente 'n persepsie van begrip getoon (sien 4.8, bl. 55).

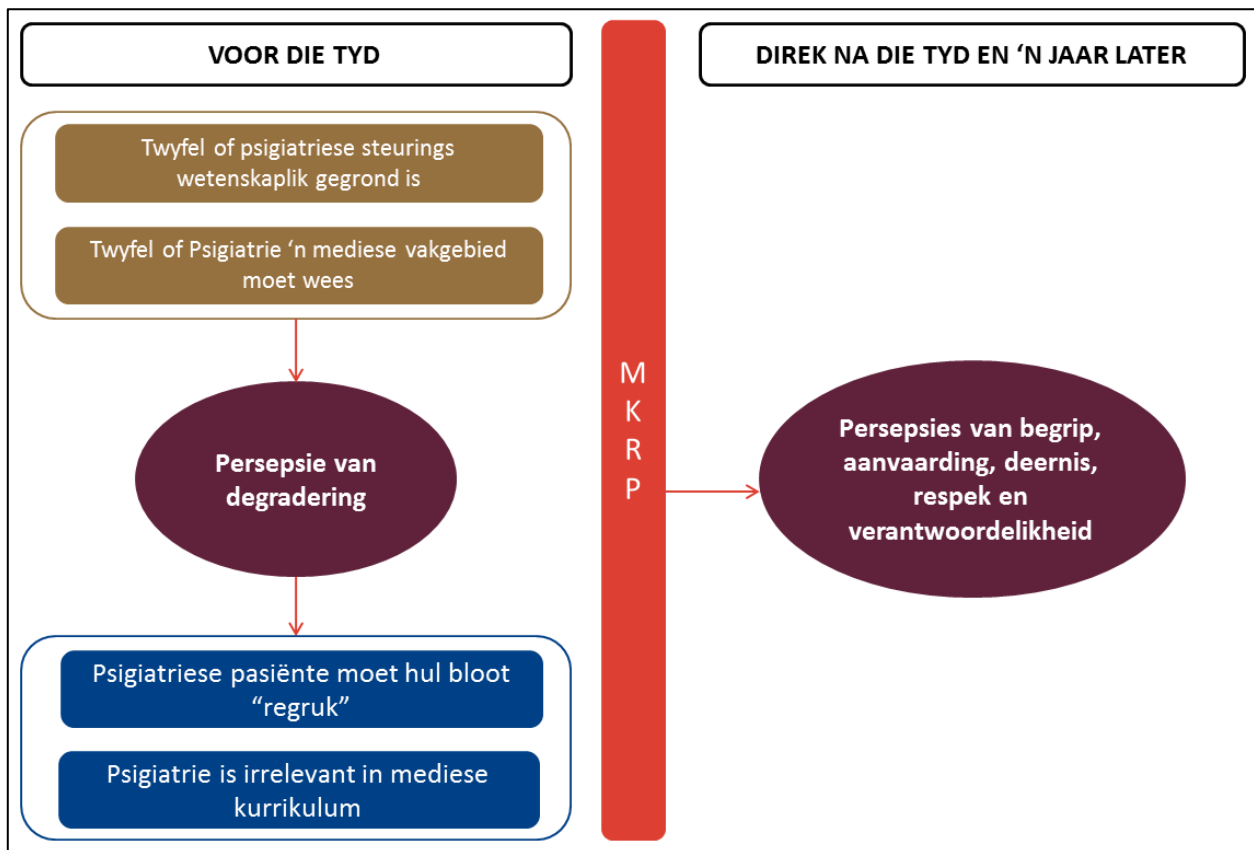
Tabel 9. Die persepsie van degradering.

Persepsie van ongegrondheid	0 studente	1-4 studente	5-8 studente	9-12 studente	13-16 studente
Voor die tyd		x			
Direk na die tyd	x				
Een jaar later	x				

4.2.1 Degradering: Voor die MKRP

Voor die MKRP het 'n kwart van die studente psigiatrisse steurings as suiwer mediese toestande met bewese breinpatologie betwyfel. Die persepsie was dat psigiatrisse pasiënte nie regtig siek is nie en hulle bloot moet regruk en persoonlike hanteringsvaardighede (*coping skills*) moet ontwikkel. So het een student dit verwoord:

[My perception] was why don't you just get over it basically, find some coping skills of your own, why do you need someone to be speaking to, and get over it . . . I am a person who wouldn't think about going [to a psychiatrist] and, if I had problems personally, I would try to solve them myself.



Figuur 11. Die persepsie van degradering.

Die persepsie wat Psigiatrie as vakgebied gedegradeer het deur dit nie as 'n mediese vakgebied te beskou nie, het bygedra dat psigiatriese steurings as wetenskaplik ongegrond en nie as siektetoestande gesien is nie. 'n Student het gesê: ". . . I thought no, psychiatry is like psychology, it's just a lot of talking and wish-wash, . . ."

Studente het die relevansie van Psigiatrie as vakgebied in die mediese kurrikulum betwyfel en so ook hulle toekomstige verantwoordelikheid teenoor psigiatriese pasiënte. Dié studente was afsydig, het psigiatriese pasiënte nie aanvaar nie en wou hulself distansieer. Sien Figuur 11.

4.2.2 Degradering: Direk na die MKRP en een jaar later

Studente het hierdie persepsie tydens die MKRP volhoubaar oorkom (sien Figuur 11) en data toon dat dié persepsie vervang is met nie-stigmatiserende persepsies van begrip, aanvaarding, verantwoordelikheid, deernis en respek (sien 4.10, p. 66).

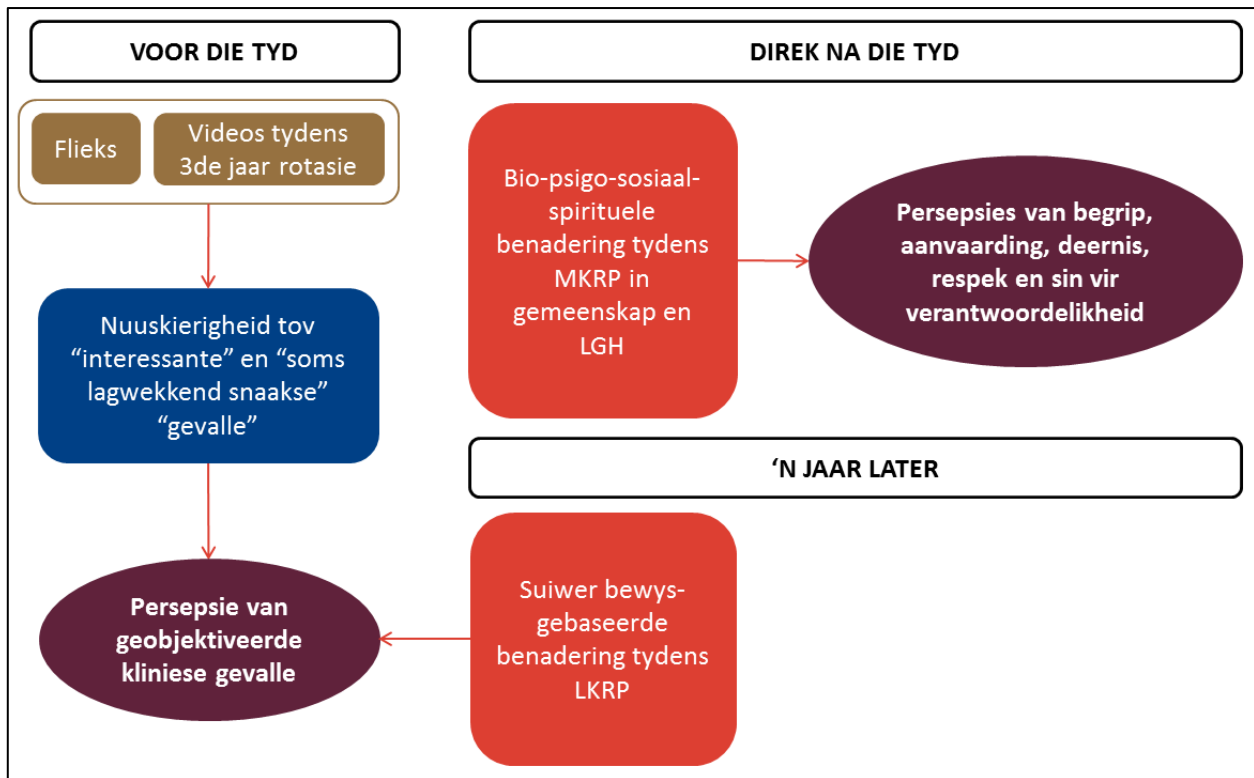
4.3 Objektivering

Die persepsie dat psigiatriese pasiënte geobjektiveerde kliniese gevalle is, het aanvanklik by bykans 'n derde van studente voorgekom. Studente het op die patologie gefokus en die mens agter die siekte misgekyk. Pasiënte is bloot as interessante en soms lagwekkende snaakse gevalle

beskou. Die persepsie was direk na die rotasie nie meer teenwoordig nie, en 'n jaar later het net een student weer so 'n persepsie openbaar. Sien Tabel 9.

Tabel 10. Die persepsie van objektivering.

Persepsie van objektivering	0 studente	1-4 studente	5-8 studente	9-12 studente	13-16 studente
Voor die tyd			x		
Direk na die tyd	x				
Een jaar later		x			



Figuur 12. Die persepsie van objektiveer as kliniese gevalle.

4.3.1 Objektivering: Voor die MKRP

Die invloed van die media en ekstreme kliniese gevalle wat in die derde jaar teorie-blok as voorbeelde gebruik is, het vir een student die teenoorgestelde effek as vrees gehad. Dié student se persepsie was dat psigiatriese pasiënte interessante gevalle is en was nuuskierig om psigiatriese gevalle in lewende lywe te sien. Dié student wou vaardighede ontwikkel om die gevalle te hanteer. Dit het hier egter meer oor nuuskierigheid as oor die pasiënte gegaan. Sien Figuur 12.

Die karikaturisering van psigiatriese pasiënte, waar kliniese manifestasies as snaaks en lagwekkende gesien is, was 'n ander vorm van hierdie vooraf persepsie. Dit het met verloop van die MKRP verbygegaan en 'n student kon verklaar:

I think that with psychiatry a lot of the things you use are funny if you should see it on the road or something and in the beginning I used to find it hard to contain myself when we were in

interviews and stuff. But I think with time, as the month went by, I actually gained a level of maturity.

4.3.2 *Objektivering: Direk na die MKRP*

Die volgende twee faktore het bygedra dat dié persepsie direk na die rotasie nie meer teenwoordig was nie: die blootstelling aan die menswees van die pasiënte tydens die gemeenskapsprojek en die kliniese blootstelling by LGH waar studente die bio-psigo-sosiale-spirituele benadering teenoor pasiënte eerstehands as deel van 'n span ervaar het (sien Figuur 12). Selfs studente wat hulself as gehard en koud beskryf het, het vertel hoe hulle verbaas was dat hulle nou die mens agter die siekte raakgesien het en tot 'n mate deernis en respek ervaar en openbaar het (sien 4.10, p. 66).

4.3.3 *Objektivering: Een jaar na die MKRP*

Buiten een student het al die ander studente 'n jaar later steeds nie hierdie stigmatiserende persepsie openbaar nie. Die wyse waarop daar soms op kil, kliniese wyse met feite omgegaan is tydens die LKRP, asof die mens agter die siekte nie so belangrik was nie, is as rede aangevoer. Sien Figuur 12.

4.4 Andersheid

Die persepsie dat psigiatriese pasiënte anders is, is nog 'n konsep wat studente se aanvanklike gevoel weerspieël het. Hierdie vooroordeel het na die MKRP verdwyn (sien Tabel 11).

Tabel 11. Die persepsie van andersheid.

Persepsie van <i>mal mense</i>	0 studente	1-4 studente	5-8 studente	9-12 studente	13-16 studente
Voor die tyd					✗
Direk na die tyd	✗				
Een jaar later	✗				

4.4.1 *Voor die tyd*

Hierdie persepsie het veroorsaak dat studente nie kon identifiseer met psigiatriese pasiënte nie. Daar is geglo dat studente hulle emosioneel moet distansieer en nie moet toelaat om affektief geraak te word nie. Die persepsie is versterk deur die idee dat psigiatriese pasiënte 'n "spul mal mense" is wat anders hanteer moet word. Gevolglik het studente geglo dat psigiatriese pasiënte die verantwoordelikheid van 'n klein groepie "weird" dokters is en dat studente eendag as dokters nie primêr vir sulke pasiënte verantwoordelikheid hoef te neem nie.

Die siening dat psigiatriese steurings ongeneeslik is en dat psigiatriese pasiënte grotendeels "weggesluit" moet word, is in dieselfde konteks genoem. Die persepsie is beïnvloed deur die

algemene stigmatiserende persepsies van die gemeenskap waarin studente grootgeword het. Die stigmatiserende siening van eweknieë en ander gesondheidswerkers waaraan studente gedurende vorige kliniese rotasies blootgestel was, het hierdie persepsies verder versterk.

Die persepsie dat mens bloot vir “mal gevalle”, soos een student dit genoem het, kan lag, vind aansluiting by die persepsie dat psigiatriese pasiënte bloot interessante gevalle is. Dit kan ook in verband gebring met die persepsie van vreesagtigheid soos ’n student dit stel: “I thought I would be working with these crazy people and it’s going to be very difficult for me to interact with them and I need to be looking out for my back, . . . it was a dangerous place”.

4.4.2 Direk na die MKRP en een jaar later

Die persepsie dat psigiatriese pasiënte anders is, was nie meer teenwoordig direk na die MKRP of ’n jaar later nie.

4.5 Besetenheid

Die stigmatiserende persepsie dat psigiatriese pasiënte duiwelbesete is, is tydens die MKRP besweer en ’n persepsie van begrip het posgevat ten opsigte van ’n gebalanseerde bio-psigo-sosiaal-spirituele siening van welwees (sien Tabel 12 en Figuur 13).

Tabel 12. Die persepsie van besetenheid.

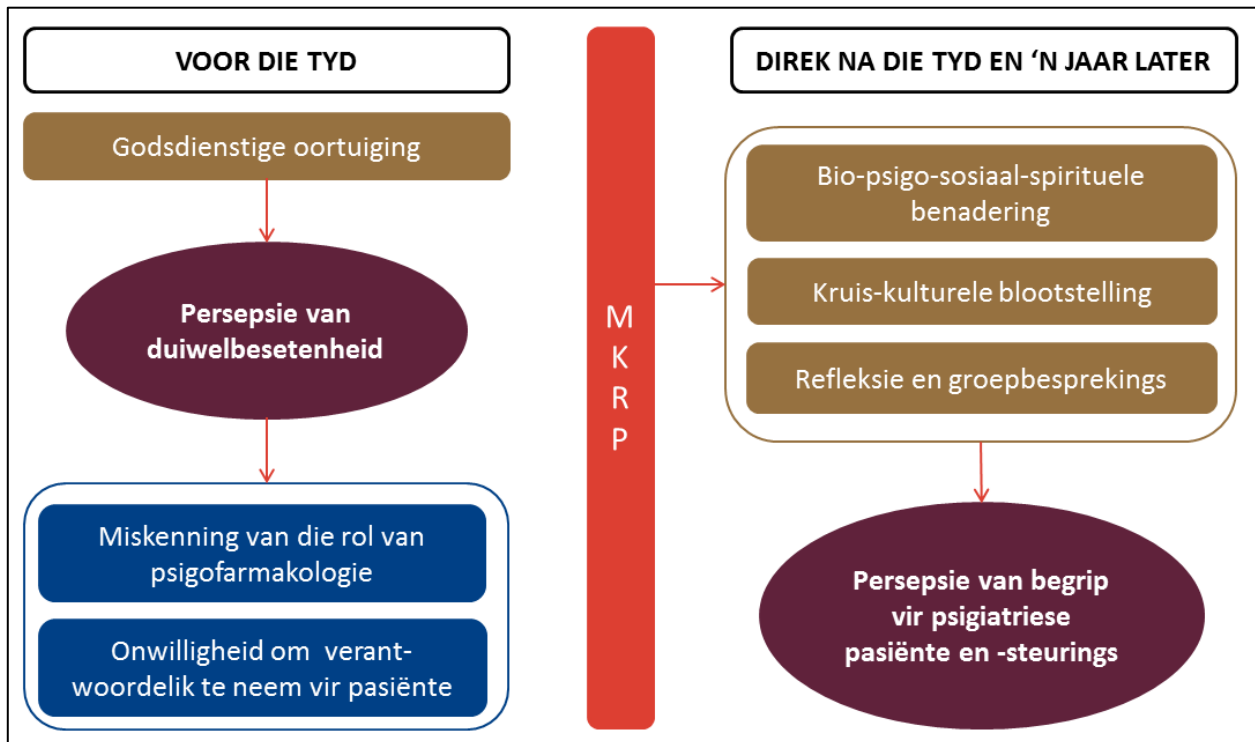
Persepsie van duiwelbesetenheid	0 studente	1-4 studente	5-8 studente	9-12 studente	13-16 studente
Voor die tyd		x			
Direk na die tyd	x				
Een jaar later	x				

4.5.1 Besetenheid: Voor die MKRP

’n Paar studente wat die persepsie gehad het dat psigiatriese pasiënte duiwelbesete is, het dit aanvanklik moeilik gevind om die bio-psigo-sosiale komponente van psigiatriese toestande te aanvaar. Hulle het primêr ’n oortuiging gehad dat die oorsaak van psigiatriese siekte bloot spiritueel is en dat psigofarmakologiese behandeling die manifestasie van bose geeste onderdruk. Wat pasiënte nodig het, is bevryding van bose geeste. ’n Student het dit só gestel: “Another prejudice I had, was that many psychiatric conditions have a very spiritual cause and maintenance and that treatment merely ‘sedates’ and depresses certain brain functions so much that the manifestation cannot come to the fore . . .”

Dié studente se vooroordeel teenoor pasiënte en die behandeling van psigiatriese steurings het tot gevolg gehad dat hulle niks met die pasiënte te doen wou hê of verantwoordelikheid vir hulle behandeling wou neem nie.

Meeste studente het glad nie vooraf aangedui dat hulle dink die spirituele het 'n invloed op geestessteurings nie (sien Figuur 13).



Figuur 13. Die persepsie van besetenheid.

4.5.2 *Besetenheid: Direk na die MKRP en een jaar later*

Direk na die MKRP en 'n jaar later, het studente 'n meer gebalanseerde persepsie gehad nadat hulle aan die rol van die spirituele – wat Swinton (2001) die vergete dimensie van versorging in geestesgesondheid noem – blootgestel was.

Die bio-psigo-sosiaal-spirituele benadering tot geestesgesondheid waarmee studente gedurende hulle gemeenskapsplasing kennis gemaak het, het hulle laat beseft dat die spirituele 'n invloed het op die welwees van psigiatriese pasiënte het. Hulle het ook beseft dat verantwoordelike ondersteuning wat pasiënte van geestelike leiers kry soms 'n groot rol speel in hulle genesingproses (sien Figuur 13).

Spanne waarin daar studente met verskillende wêreldbeskouings was, het interessante botsende opinies tot gevolg gehad. 'n Christen-student skryf:

My peers really wanted to visit a traditional healer while walking through Kayamandi. . . . He uses herbs and bones and funny mixtures and smoke to heal people . . . I felt very uncomfortable in the man's presence and I even felt myself getting really mad at the lies (that is

how I perceive it) that he is telling us. . . . I started feeling really sad for this man and the people that put their trust in him and his powers. Everything about him and his deeds contradicts my Christian faith and I perceive his work as being part of evil supernatural/spiritual hosts of wickedness.

Daarteenoor skryf 'n eweknie wat vanuit 'n tradisionele Afrika agtergrond kom die volgende oor dieselfde voorval:

It is here where I realised some of our own prejudice and the stereotypes we attach to certain people as professional health care providers. . . . I believe it is important to acknowledge our own cultures and beliefs but it will probably benefit us in future to refrain from being narrow-minded and having pre-conceived ideas about certain groups of people. . . . I have learnt that a person born and bred in Kayamandi may not necessarily interpret symptoms in the same way as a person from Bishop's Court would for a similar mental illness. For example there exists a concept of 'ukuthakatha'(witch-craft) amongst the African tribes which may sound taboo when trying to explain it in the Western setting.

'n Ander Christenstudent reflekteer dat "van die 30 000 inwoners in Kayamandi glo die oorgrote meerderheid steeds aan hulle voorvaders en bose geeste. Hulle verstaan nie sommer net 'n mediese verduideliking van 'n siekte nie – daar is altyd een of ander onderaardse geesteskomponent betrokke."

Hierdie ervaringe is tydens groeprefleksies en -fasilitering ontlont deur perspektief te gee op die siening van gesondheid en siekte in die tradisionele Afrika-konteks, veral met betrekking tot kultuur-gebonde sindrome (Hawkridge & Koen, 2005). Gesprekke rondom die rol van tradisionele genesers, soos beskryf deur Daniël Louw (2008), het ook gehelp om die studente perspektief te gee.

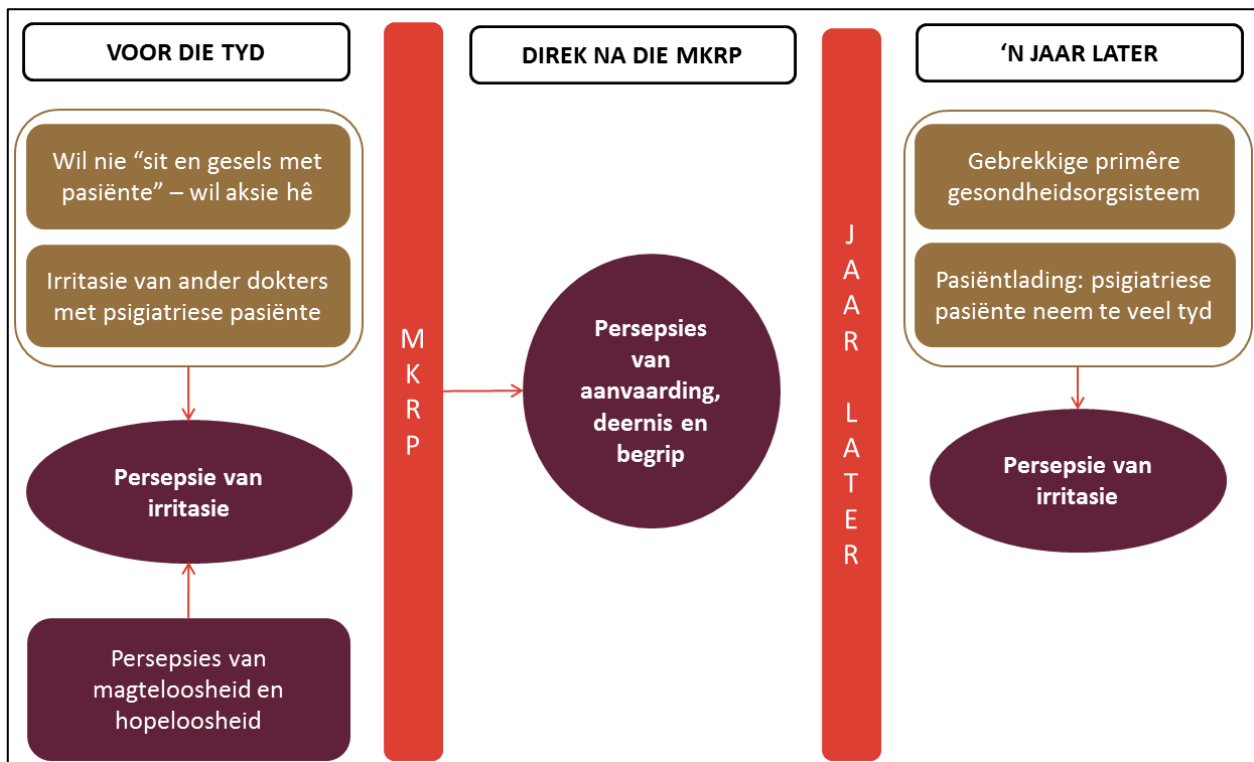
Studente het begin beseef dat die welwees van psigiatriese pasiënte nie net op die gebied van bewys-gebaseerde medisyne lê nie, maar in 'n holistiese, bio-psigo-sosiaal-spirituele en kultuur-sensitiewe benadering.

4.6 Irritasie

Studente het vooraf 'n persepsie gehad dat psigiatriese pasiënte irriterend is. Die persepsie het direk na die MKRP verdwyn, maar by een student na 'n jaar teruggekeer (sien Tabel 13 en Figuur 14).

Tabel 13. Die persepsie van irritasie.

Persepsie van irritasie	0 studente	1-4 studente	5-8 studente	9-12 studente	13-16 studente
Voor die tyd				x	
Direk na die tyd	x				
Een jaar later		x			



Figuur 14. Die persepsie van irritasie.

4.6.1 Irritasie: Voor die MKRP

Die ingesteldheid om vinnig resultate te wil sien, dra daartoe by dat studente nie net met pasiënte wil sit en praat nie. 'n Student sê: "I don't like to sit and talk to a patient the whole time, I'd rather do something". Gevolglik was die studente vooraf reeds geïrriteerd met psigiatriese pasiënte. Die persepsie is versterk deur die gevoel van magteloosheid omdat hulle geglo het dat meeste psigiatriese steuring ongeneeslik is. Sien Figuur 14.

4.6.2 Irritasie: Direk na die MKRP

Die persepsie van irritasie was nie na die MKRP by studente te bespeur nie (sien Figuur 14). Hulle houding het verander na 'n pasiënt-gesentreerde, nie-stigmatiserende persepsies van begrip, aanvaarding, deernis en respek (sien 4.8, bl. 55).

4.6.3 Irritasie: Een jaar na die MKRP

Die persepsie van irritasie het tot 'n mindere mate weer na 'n jaar teruggekeer (sien Figuur 14), hoofsaaklik omdat die primêre gesondheidsorgsisteem waarin die studente in 'n landelike gebied gewerk het nie gestruktureer was om psigiatriese pasiënte effektief te akkommodeer nie, soos blyk uit dié student se opmerking:

Na my Middel Rotasie [in psigiatrie] was ek eintlik baie meer geduldig . . . met psigiatrie pasiënte, maar ek werk [nou] in 'n vlak een hospitaal waar jy vyf tot tien minute het per pasiënt. .

. . Jy kan fisies nie méér tyd spandeer aan 'n pasiënt nie, want dan kom jy nie deur die 200 wat daar is nie. En psigiatriese pasiënte vat lank – dit vat 40 minute tot 'n uur om psigiatriese pasiënte te sien. Ek weet nie, dalk is dit net gevoelens wat ek opgetel het van mense wat op die algemene periferie werk. . . . maar selfs om psigiatriese pasiënte in 'n normale saal te moet hê vat jou omtrent 'n uur 'n dag net om al daardie vorms in te vul. . . . So, op die oomblik, definitief, baie irritasie, . . . wat nie daar was tydens my Middel Rotasie [in Psigiatrie] nie.

4.7 Hulpeloosheid en magteloosheid

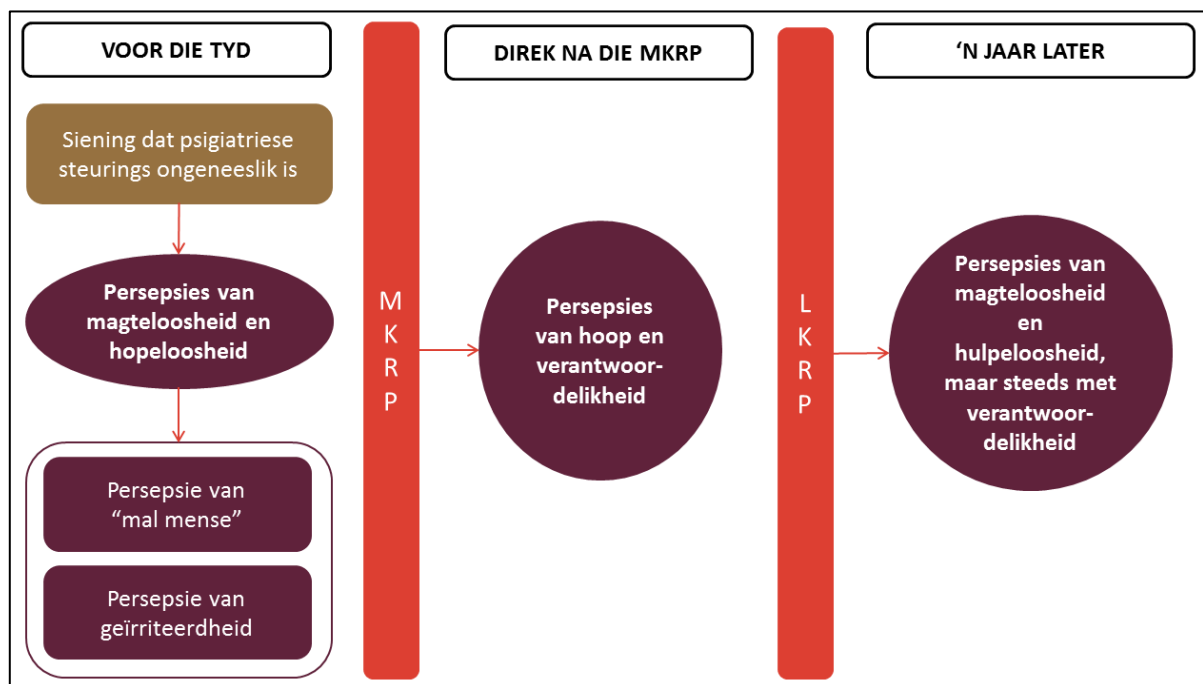
4.7.1 Hulpeloosheid en magteloosheid: Voor die MKRP

Die persepsie van hopeloosheid en magteloosheid wat studente vooraf teenoor psigiatriese pasiënte ervaar het, was hoofsaaklik veroorsaak deur die siening dat psigiatriese steurings ongeneeslik is (sien Tabel 14 en Figuur 15). Ander persepsies wat volgens studente 'n invloed op die persepsie gehad het, was dié van irritasie en dat psigiatriese pasiënte anders is (“spul mal mense”) (sien 4.4, bl. 49).

Tabel 14. Die persepsies van hulpeloosheid en magteloosheid.

Persepsie van hulpeloosheid en magteloosheid”	0 studente	1-4 studente	5-8 studente	9-12 studente	13-16 studente
Voor die tyd				x	
Direk na die tyd	x				
Een jaar later		x			

4.7.2 Hulpeloosheid en magteloosheid: Direk na die MKRP



Figuur 15. Die persepsies van hulpeloosheid en magteloosheid.

Die persepsie het na die MKRP verdwyn, hoofsaaklik as gevolg van die gemeenskapprojekte waar studente bemagtig is en kon sien dat hulle pogings 'n verskil maak, al was dit hoe klein (sien Figuur 15). Studente reageer só na die tyd:

. . . die gemeenskapprojek het . . . vir ons dokters wat in Suid Afrika opgelei word net gewys dat ons hier iets kan beteken.

“ . . . the tools we were creating is not only desperately needed, but extremely relevant. It gave me a sense of purpose . . . ”

4.7.3 *Hulpeloosheid en magteloosheid: Een jaar na die MKRP*

'n Jaar later het studente wat hulle LKRP voltooi het weer tot 'n mate magteloosheid en hopeloosheid gerapporteer (sien Figuur 15). Studente het geworstel met die chroniese aard van sommige psigiatriese steurings en die frustrasie dat daar nie kitsoplossings is nie – maar ten spyte daarvan wou hulle steeds pasiënte help na die beste van hulle vermoë.

Many times I felt like the patients had no hope and their prognosis did not seem good, which made me feeling helpless and hopeless too. I did not like this feeling and it often made me feeling down because there was nothing that I could do to help. This was something that I will still have to get used to and I am still not comfortable with just letting things go, but I do know that there comes a certain point where one needs to leave things and let it go. But until that point I am someone who will try anything or do whatever, no matter how small, just to try to make a difference.

4.8 Begrip

Tabel 15. Die persepsie van begrip.

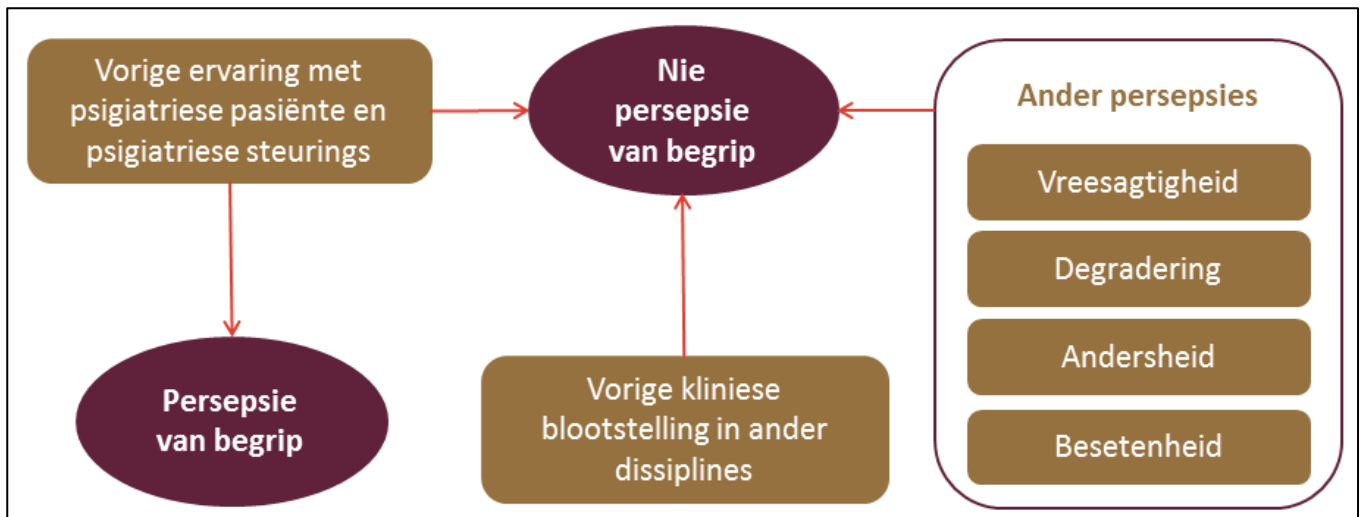
Persepsie van begrip	0 studente	1-4 studente	5-8 studente	9-12 studente	13-16 studente
Voor die tyd		x			
Direk na die tyd				x	
Een jaar later					x

4.8.1 *Begrip: Voor die MKRP*

Voor die MKRP het slegs een student, as gevolg van vorige ervaring in familieverband, 'n persepsie van begrip getoon vir psigiatriese pasiënte en die effek wat dit op die individu en familie het (sien Tabel 15 en Figuur 16). Die volgende kommentaar is gelewer:

I suppose for me it's a whole issue of stigmatisation. I have had family members, my grandparents, one side has suffered from mental illness and depression and I know I used to tell people that it's not such a [big] thing going on antidepressants. If you're depressed it's not something you have to be shameful about. It's just a chemical imbalance or whatever. It's one thing to say it and another thing to believe it.

Vorige ervarings uit die kinderjare het egter ook bygedra dat 'n eweknie juis nie 'n persepsie van begrip gehad het vir psigiatriese pasiënte nie. Die meeste ander studente het om ander redes nie begrip getoon nie. Een van die redes was die optrede – tydens situasies waaraan studente in vorige kliniese rotasies blootgestel is – van ander dokters en eweknieë en die wyse waarop hierdie kollegas sonder begrip, deernis en respek opgetree het teenoor psigiatriese pasiënte. Ander stigmatiserende persepsies wat studente vooraf gehad het, het ook bygedra dat daar nie begrip was nie. Dit het ingesluit persepsies van vreesagtigheid, degradering, andersheid en besetenheid.



Figuur 16. Die persepsie van begrip voor die MKRP.

4.8.2 *Begrip: Direk na die MKRP*

'n Persepsie van begrip vir psigiatriese pasiënte en die impak wat psigiatriese steuring op die gemeenskap het, is direk na die MKRP deur almal, behalwe een student, gerapporteer. Twee leergeleenthede het grotendeels hiertoe bygedra: die gemeenskapdiensleerprojek en kliniese blootstelling, hoofsaaklik die plasing by LGH. Sien Figuur 17.

Gemeenskapdiensleerprojek se bydrae om 'n persepsie van begrip te vestig

Studente se blootstelling aan die gemeenskap en hulle belewenis van die sosio-ekonomiese impak wat substansmisbruik, MIV, armoede en geweld op psigiatriese pasiënte en die gemeenskap het, het bygedra dat 'n persepsie van begrip ontwikkel het. Die studente het die rol van dié faktore in die ontwikkeling van psigiatriese steurings begin begryp.

. . . what I have learnt or that I will carry on for the rest of my life in South Africa, is what a big role psychiatry plays of what happens in the community, especially with HIV-related psychiatric disorders, substance abuse . . . and poverty . . .

Studente het telkens verwys na die positiewe rol wat die fasiliteerders van die onderskeie diensleerprojekte gespeel het om die persepsie van begrip te help ontwikkel binne die konteks van sosio-ekonomiese realiteite. Die begrip wat die fasiliteerders, as rolmodelle, teenoor psigiatriese

pasiënte getoon het, het 'n impak op meeste studente gehad. Hierdie realiteite het studente help begryp dat die subtiele begin van geestesiektes dikwels in die gemeenskap waargeneem kan word en dat slegs die eindresultaat en komplikasies van psigiatriese steurings pasiënte in die hospitaal laat beland. Die belang van gesondheidsbevordering en siektevoorkoming waarvoor studente begrip ontwikkel het, word so deur die studente uitgedruk:

If we want to treat disease we should aim at treating the cause and preventing the disease instead of just always trying to treat the disease. This will only be possible if we treat the community.

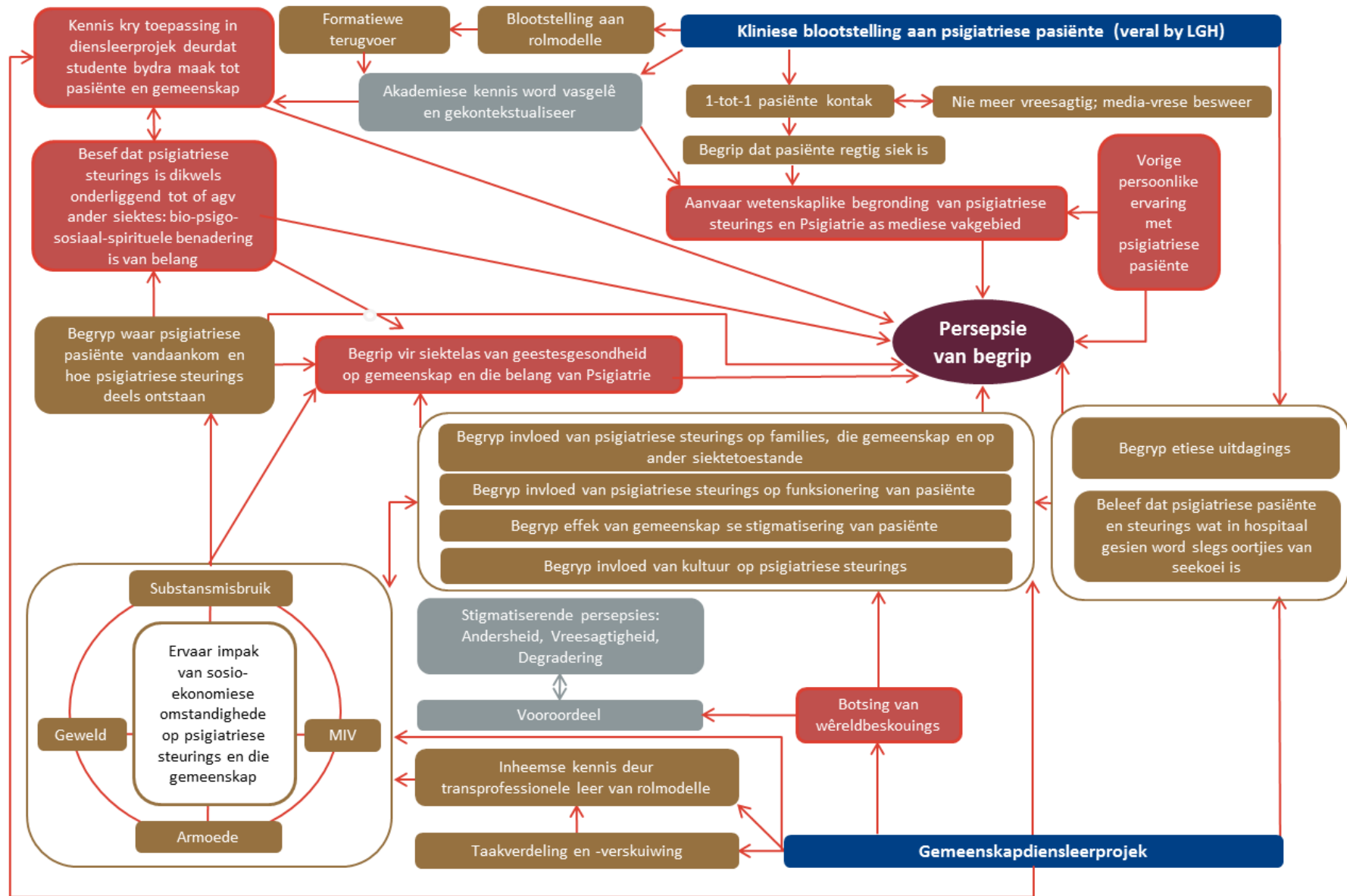
Die ervaring in die gemeenskap het daartoe gelei dat studente die siektelas wat psigiatriese steuring op die gemeenskap plaas, begryp het sowel as die belang van psigiatrie as mediese vakgebied.

I have also learnt that psychiatric illnesses are a reality and something that is growing more and more everyday in South Africa. Psychiatric illnesses are a huge burden on the patient, the families, the medical professionals, the community and even the country. They are not to be taken lightly and we should strive to our best to decrease the stigma that comes with psychiatric illnesses. One day as GPs a large portion of our patients will have psychiatric complaints and symptoms and it's very important that we be able to pick them up and be able to deal and refer when necessary.

Tydens die diensleerprojekte het studente take verrig wat nie tradisioneel die rol van 'n mediese dokter is nie, bv. die was van psigogeriatrisie pasiënte, oefen saam met verstandelik gestremdes, die berading van kliënte, die fasilitering van ondersteuningsgroepe, die insameling van demografiese data en die bou van databasisse. In hierdie proses van taakverskuiwing (*task shifting*) en taakverdeling (*task sharing*) (Frenk et al., 2010) het studente in inter- en transprofessionele spanne gewerk. Deur die blootstelling was studente bereid om uit die kennis en ervaring van rolmodelle te leer, waaronder arbeidsterapeute, beraders, gemeenskapontwikkelaars, gemeenskapgesondheidwerkers, gerehabiliteerde dwelmverslaafdes, jeugwerkers (waaronder 'n moordenaar wat sy tronkstraf uitgedien het), leerlinge, maatskaplike werkers, onderwysers, sielkundiges, verpleegkundiges en vrywilligers. Een student stel dit so:

While at the [the organisation] I often spoke to the carers as I felt that there was so much I could learn from them . . . It was such an eye opener for me as I realized there was so much more I could learn outside the hospital that would make me a better doctor.

Die rolmodelle het tydens die diensleerprojekte ook vir studente gemotiveer om verantwoordelikheid vir psigiatriese pasiënte te neem (sien 4.11, p. 70) en om 'n deernis en respek vir hulle pasiënte te ontwikkel (sien 4.10, bl. 66).



Figuur 17. Die persepsie van begrip voor die MKRP.

Die diensleeraktiwiteit en die rolmodellering van fasiliteerders het voorts bygedra dat begrip ontwikkel vir (1) die invloed van kultuur op diagnose van psigiatriese steurings en die impak wat kulturele vooroordele op die pasiënte het, (2) die effek van die gemeenskap se stigmatisering op pasiënte, (3) die effek van psigiatriese steurings op die funksionering van pasiënte, (4) psigiatriese steurings se impak op die familie, die gemeenskap, en (5) op ander siektetoestande.

Die invloed van kultuur op die diagnose van psigiatriese steurings en die impak wat kulturele vooroordele op die pasiënte het, is deur studente begryp. Studente het ook bewus geword van die stigmatisering en onkunde van die gemeenskap ten opsigte van psigiatriese steurings en die omvang van die uitdaging om dit aan te spreek, soos uit die volgende duidelik word:

. . . depression may be largely under-diagnosed in many of the indigenous ethnical groups, mainly due to the fact that [patients] may often present with atypical symptoms and hence the diagnosis may be missed. They usually cannot make sense of the symptoms of depression and may not even see it as an illness necessitating the need to see a doctor. It would also be a challenge trying to convince most traditional African people, especially men, to consider psychotherapy as form of remedy for their illness, simply because they don't really believe in such a form of therapy.

HIV/VIGS is die grootste oorsaak van geestessteuring in die gemeenskap. Baie mense ontwikkel 'n verdere demensie of delirium saam met hulle infeksie. Die mense van die gemeenskap verstaan dit nie, en skryf dit toe as die verdiende straf vir die slegte dade wat daardie persoon voorheen gedoen het. Wie wil nou in ieder geval naby 'n persoon kom wie deur 'n bose gees beset is?

Voorts het 'n persepsie van begrip ontwikkel vir die impak wat psigiatriese steuring op die alledaagse funksionering van 'n pasiënt kan hê. Studente kon in 'n nie-kliniese konteks pasiënte leer ken en sien hoe gewone mense rou en terneergedruk is. Studente kon beleef hoe mense in hulle alledaagse lewe met depressie leef en hoe hulle wil hê dokters moet hulle help.

Die effek wat psigiatriese pasiënte op die familie, lewensomstandighede, finansies en verhoudings het, het ook deur die diensleeraktiwiteit vir studente duideliker geword. Verder het begrip ontwikkel vir die moontlike onderliggende teenwoordigheid van psigiatriese steurings in pasiënte met ander siekte toestande:

However, what did change, and drastically changed, was how I view the mental health effects of cancer, both on the patient and the family. . . . you realise how real the disease is and how significant the mental impact is on the family structure . . . [and the] relationship between husband and wife . . .

Dit blyk uit die data dat die diensleeraktiwiteit begrip help ontwikkel het vir die groot siektelas wat geestesgesondheid op die gemeenskap plaas en vir die belangrike rol van Psigiatrie as vakgebied. Hierdie student verwoord dit so: “. . . psychiatric illnesses are a reality and something that is growing more and more everyday in South Africa. Psychiatric illnesses are a huge burden on the patient, the families, the medical professionals, the community and even the country”.

Die studente het begin begryp wat die etiese uitdagings rondom die hantering van psigiatriese pasiënte is, veral gesien in die lig van studente se vooroordele en eie wêreldbeskouings:

. . . there were many ethical issues that I had seen. These challenged me personally as to how I would act if I were to be the treating doctor. Often there were clashing concepts with regards to my own personal moral and religious beliefs and then the [contrasting] principles of [current] medical practice. The internal conflict as well as debates with others were a good learning experience for me, because it taught me how to look at situations from different angles and perspectives; then looking at the overall picture; then using all the information I had acquired and bringing them all together to form one well-balanced decision and view.

Die etiese kwessies is nie net tydens diensleeraktiwiteite geopper nie, maar ook in die hospitaal. Studente het tot insig gekom dat wat hulle in die hospitaal sien slegs die oortjies van die seekoeie is en nie die ware toedrag van sake weerspieël nie. Soos blyk uit die volgende student se opmerking, het die vraag ontstaan of die huidige kliniese blootstelling optimaal is om studente voor te berei as agente van verandering wat eendag die gesondheidsstelsel ten goede moet verander:

. . . when we work in the hospital we are not exposed to the truth and what we see in the hospital is just the tip of the iceberg. . . If we want to treat disease we should aim at treating the cause and preventing the disease instead of just always trying to treat the disease. This will only be possible if we treat the community.

Kliniese blootstelling aan psigiatriese pasiënte om 'n persepsie van begrip te vestig

Vorige positiewe ervarings met psigiatriese pasiënte en die kliniese blootstelling aan pasiënte tydens die MKRP, veral in LGH, het daartoe bygedra dat daar 'n persepsie van begrip ontwikkel het. Een-tot-een pasiëntkontak het studente laat besef dat hulle pasiënte regtig siek is. Die data dui daarop dat pasiëntkontak ook gehelp het dat persepsies van vreesagtigheid voorkom is (sien 4.1, p. 43) en dat die wanvoorstellings wat dikwels deur die media voorgehou word, nie die ware toedrag van sake is nie. Die gevolg was dat psigiatriese steurings se wetenskaplike gronding aanvaar is in gevalle waar daar vooraf twyfel bestaan het. Die rol van Psigiatrie as mediese vakgebied, is ook begryp.

I was looking at his head and I was thinking what is going on in there, and I realised that it is real biology, it's real pathology that is causing this guy to not understand what is going on around him.

Dit is nie net pasiëntkontak wat die wetenskaplike gronding en persepsie van begrip vir psigiatriese steurings bevorder het nie. Studente het ook gerapporteer dat die vaslegging en kontekstualisering van akademiese kennis wat kliniese blootstelling meebring, tot begrip bygedra het:

. . . dinge [is] vir my 'n bietjie in perspektief gesit . . . dat jy gaan nie altyd net met die persoon se liggaam . . . te doen kry nie. Dit het die veld weer oop gemaak vir my, dat dit wyer en groter is as net die tasbare goed.

Die kliniese plasing by LGH het 'n belangrike rol gespeel in die integrasie en kontekstualisering van studente se kennis. Die rolmodellering van die psigiaters en die wyse waarop hulle formatiewe

terugvoer aan studente gegee het, het 'n groot indruk op studente gemaak, so ook die vriendelike atmosfeer van die hospitaal soos uit die volgende aanhalings blyk:

I think the thing that impacted on me the most was the learning at Lenteguur, that interaction with the patient, one on one, and interaction with the doctor and him sharing his experience with us.

The correlation between textbook and what you saw there [LGH] was very evident. The little time we spent there was astronomical to our benefits.

Die kontekstualisering van hierdie kennis tydens die gemeenskapprojek en die kliniese plasing by LGH het nie net bygedra tot 'n persepsie van begrip vir psigiatriese pasiënte in 'n kliniese konteks nie, maar ook in terme van pasiënte se alledaagse funksionering.

4.8.3 Begrip: Een jaar na die MKRP

Studente het 'n jaar later steeds 'n persepsie van begrip getoon. Dieselfde faktore wat voorheen aangevoer is as redes, het daartoe bygedra. Sien Figuur 18.

Begrip vir die sosio-ekonomiese omstandighede waaruit pasiënte kom en die impak wat dit het op die ontwikkeling van geestessteurings het studente bygebly, so ook die impak van psigiatriese steuring op die alledaagse funksionering van pasiënte en hulle families, en die effek van psigiatriese steurings op ander siektetoestande. Die wete dat die gesondheidsstelsel slegs 'n fraksie van psigiatriese pasiënte hanteer en die gevolglike siektelas wat dit op die gemeenskap plaas, het 'n jaar later steeds 'n respons uitgelok:

We just sit in the hospital, and then as the patients come in, we sort of treat them, but when we went into the community, we saw how many patients there actually are at home who don't even get to come into the hospital. . . that gave me a shock, and that changed my whole perception of medicine and the average patient.

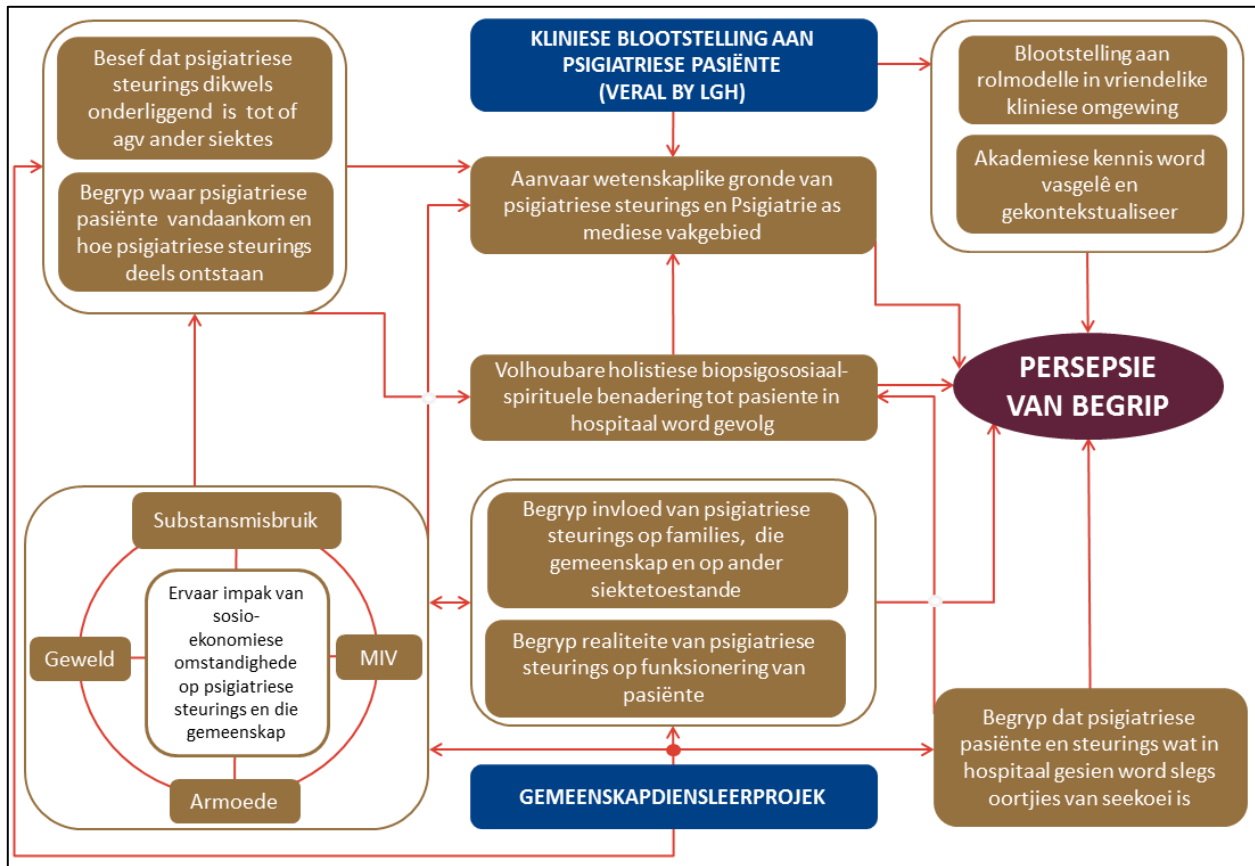
Die beter begrip van sosio-ekonomiese omstandighede het bygedra dat studente 'n jaar later steeds 'n bio-psigo-sosiaal-spirituele benadering gevolg het in die hantering van hulle pasiënte. Een student sê:

. . . [I'm now aware that with] depression and psychiatric illnesses [and] in patients with chronic illness . . . to be aware of the financial . . . social . . . and family implications . . . [This] is something that sort of manifested in my approach to the patient.

. . . the community project stood out for me and it's something that I'll take with me throughout my career. I feel that it equipped me with seeing a patient, because I was involved . . . working with . . . especially youth that were abusing substances and were involved in gang related issues. I must say, it definitely changed my perception on seeing the youth in a consultation setup. It definitely broadened my scope . . .

Die impak van die gemeenskapprojek het verder bygedra dat studente in hulle alledaagse praktykvoering begryp het dat psigiatriese steurings wetenskaplike gronde het:

. . . it was nice to see that there are all these risk factors [during the community activities], and all of these chances of these children ending up with a psychiatric condition, . . . and something goes wrong, something organic or huge psychological issues come up, and drugs.



Figuur 18. Die persepsie van begrip 'n jaar na die MKRP.

Studente het na 'n jaar gerapporteer dat dit nie net die gemeenskapsprojek was wat hulle gehelp het om steeds 'n beter begrip vir psigiatriese pasiënte en psigiatriese steurings te hê nie, maar ook hulle kliniese blootstelling by LGH. Die dosente en die vriendelike fisiese omgewing het LGH vir baie studente 'n onvergeetlike ervaring gemaak.

4.9 Aanvaarding

Voor die aanvang van die MKRP was daar net een student wat 'n persepsie van aanvaarding teenoor psigiatriese pasiënte gehad het. Direk na die rotasie en ook 'n jaar later het meeste studente terugvoering gegee dat hulle psigiatriese pasiënte aanvaar. Sien Tabel 16.

Tabel 16. Die persepsie van aanvaarding.

Persepsie van aanvaarding	0 studente	1-4 studente	5-8 studente	9-12 studente	13-16 studente
Voor die tyd		x			
Direk na die tyd					x
Een jaar later					x

4.9.1 Aanvaarding: Voor die MKRP

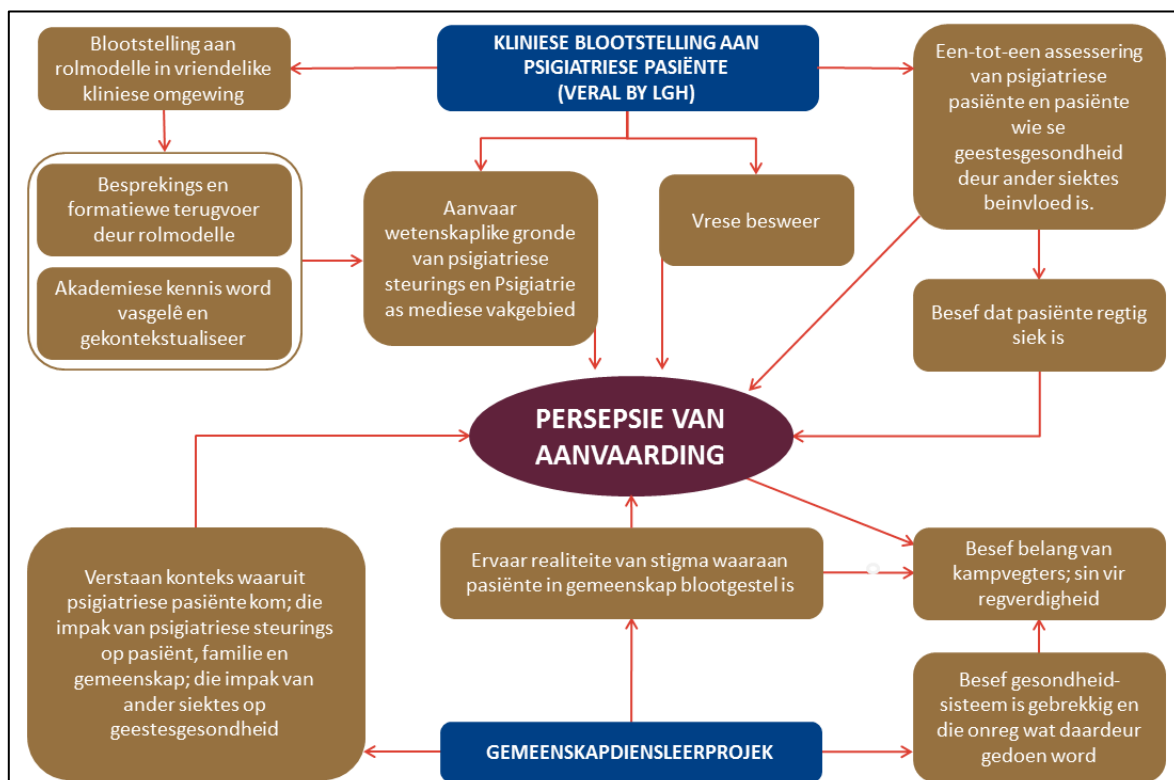
Die oorwegende rede wat studente aangevoer het waarom hulle nie vooraf 'n persepsie van aanvaarding gehad het nie was die vrees wat hulle ervaar het (sien (4.1, p. 43) en die gevolglike huiwering om psigiatriese pasiënte te ondersoek. Die ervaring wat hulle in vorige kliniese rotasies met psigiatriese pasiënte en psigiatriese steurings gehad het, so wel as die stigmatiserende houding van dosente, het tot die persepsie bygedra. Verder was daar die degraderende persepsie dat psigiatriese steurings nie wetenskaplike gronde het nie (sien 4.2, p. 46).

4.9.2 Aanvaarding: Direk na die MKRP

Soos in die geval van die persepsie van begrip, het die gemeenskapdiensleerprojek en die kliniese blootstelling by LGH bygedra dat 'n persepsie van aanvaarding na die MKRP by meeste studente teenwoordig was (sien Figuur 19).

Gemeenskapdiensleerprojek se bydra om 'n persepsie van aanvaarding te vestig

Deur die diensleeraktiwiteite kon studente pasiënte as gewone mense buite die hospitaalkonteks ervaar en die impak van psigiatriese steuring op hulle alledaagse funksionering beleef. Begrip vir die konteks en omstandighede het gehelp dat studente pasiënte kon leer aanvaar. Blootstelling aan pasiënte wat ander siektes of probleme gehad het (bv. kanker, dwelmafhanglikheid, dood in die familie, MIV) en die impak wat dit op pasiënte se geestesgesondheid het, het gehelp dat pasiënte makliker aanvaar en meer holisties benader is.



Figuur 19. Die persepsie van aanvaarding direk na die MKRP.

Die gemeenskapprojek het studente blootgestel aan die realiteite van stigmatisering en die verguising (*abuse*) wat psigiatriese pasiënte moet verduur. 'n Persepsie van aanvaarding het verder ontwikkel toe studente kon identifiseer met die swaarkry van pasiënte en eerstehands kon ervaar hoe gebrekkig die gesondheidsstelsel daarop ingestel is om hulle met menswaardigheid te behandel. Die wyse waarop NRO's, waarby studente geplaas is, opgetree het as kampvegters vir destigmatisering en geregtigheid, het tot 'n persepsie van aanvaarding bygedra.

Kliniese blootstelling aan psigiatriese pasiënte om 'n persepsie van aanvaarding te vestig

Die een-tot-een kontak met psigiatriese pasiënte (veral by LGH) en met pasiënte wat met ander primêre klagtes gepresenteer het (tydens liaisonpsigiatrie), was die grootste bydraende faktor in die ontwikkeling van 'n persepsie van aanvaarding. Studente se persepsie van vreesagtigheid is deur dié interaksie besweer en hulle kon beleef dat pasiënte regtig siek is. In die proses het hulle tot insig gekom van die wetenskaplike gronde van psigiatriese steurings en Psigiatrie as vakgebied.

Studente het aangedui dat die vriendelike atmosfeer, die besprekings en formatiewe terugvoer van psigiaters by LGH ook die persepsie van aanvaarding help vestig het. Dit het gehelp om die akademiese kennis wat studente gehad het te kontekstualiseer en vas te lê.

4.9.3 Aanvaarding: 'n Jaar na die MKRP

'n Jaar na die MKRP het meeste studente steeds 'n persepsie van aanvaarding teenoor psigiatriese pasiënte en psigiatriese steurings gehad (sien Figuur 20). Weer eens het studente gerapporteer dat twee aktiwiteite grotendeels hiertoe bygedra het, naamlik die gemeenskapdiensleerprojek en die kliniese blootstelling by LGH. Met verloop van tyd kon studente die kennis en ervaring wat hulle tydens dié leergeleentheid opgedoen het beter integreer en sin daaruit maak.

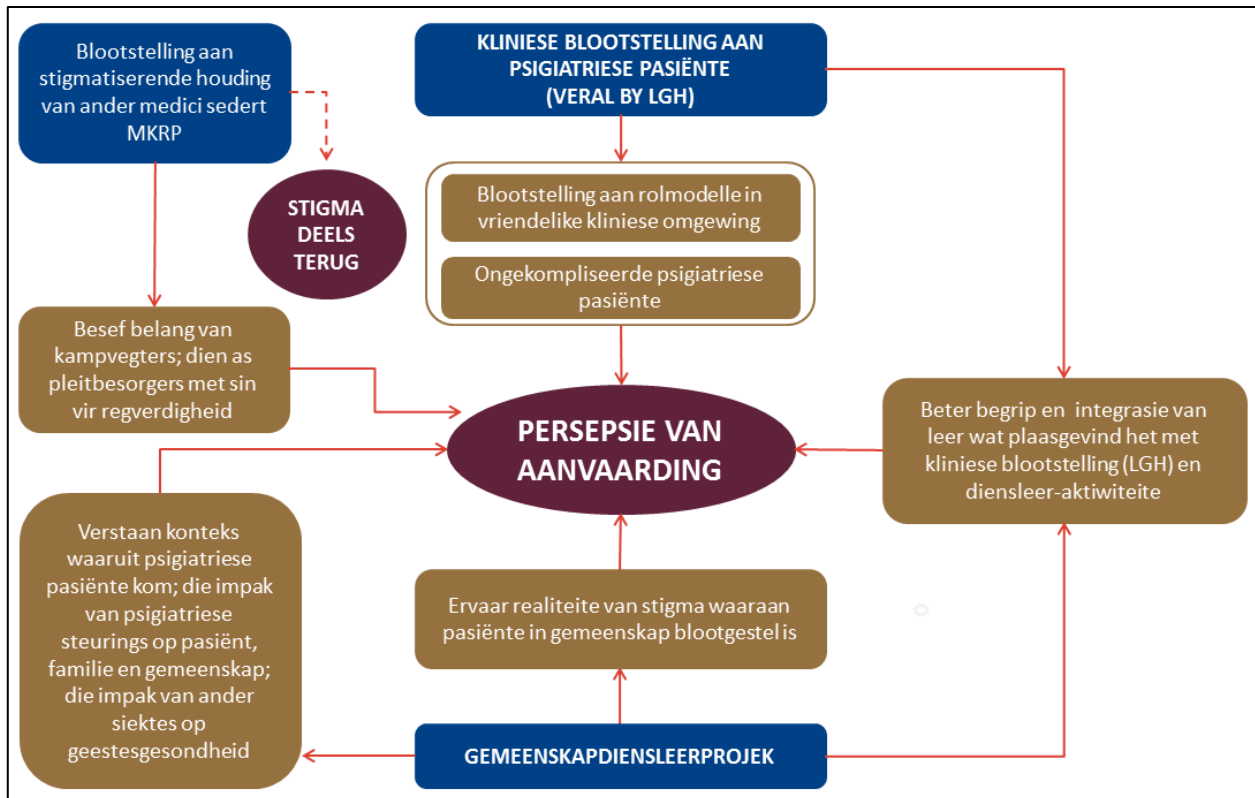
Die sin wat studente uit die ervarings gemaak het, het daartoe bygedra dat dié wat nie 'n voorliefde vir psigiatrie het nie maar van meer aktiewe betrokkenheid hou (bv. chirurgie) die persepsie van aanvaarding behou het. 'n Student sê:

I think Psychiatry Middle Rotation is probably the only block in middle rotation, to me, that considered the whole patient. I think it's from there that I really started realising that you are not just treating a sick liver, you're treating a sick patient.

'n Bydraende faktore van die diensleeraktiwiteite was die kontekstualisering van die omstandighede waaruit psigiatriese pasiënte kom en die impak wat psigiatriese steurings op die pasiënt, die familie en die gemeenskap het. Beter begrip vir die wêreldbeskouing van die gemeenskap het gehelp in die destigmatisering van studente se persepsies en om 'n persepsie van aanvaarding te bewerk soos uit die volgende blyk:

. . .it just kind of made it more real, and kind of made you realise that you know that these are actually people who do come from somewhere and something went wrong.

“Yes, it did help [to destigmatise] . . . in terms of worldview and the people and the community, great stuff. In terms of psychiatry, yes, if I had to say it in one word, yes, it did change stigmatisation and all those things”.



Figuur 20. Die persepsie van aanvaarding 'n jaar na die MKRP.

Die stigma waaraan pasiënte in die gemeenskap blootgestel word, het studente ook bygebly. Hulle het gerapporteer dat dit bygedra het tot die persepsie van aanvaarding. Die studente het sedert die MKRP dikwels ervaar dat eweknieë en dosente neerhalend opgetree het teenoor psigiatriese pasiënte weens die stigma verbonde aan hulle toestand. Die stigmatiserende houding van ander dokters het ongelukkig sommige studente negatief beïnvloed en 'n mate van stigmatisering het weer voorgekom. Dit was egter verblydend om te sien dat in sekere gevalle studente as pleitbesorgers vir die pasiënte opgetree het en selfs sover gegaan het om diesulkes op hulle stigmatiserende optrede te wys.

. . . [The MKRP made me] more aware of the stigma that is out there. Just yesterday I was speaking to somebody about this completely rigid idea regarding something as depression, saying no, it's something you should just snap out of, and I got so angry. It's not.

I feel it has somewhat come back. After the psychiatry block we've been exposed to many other disciplines, and the perceptions of those doctors sort of also rub off on you when you work with them, and that sort of stigmatisation from them as well, you sort of forget, not exactly what you have learnt, but your idea of psychiatry and the whole stigmatisation that doctors put on the psychiatric patients that we see, that we don't necessarily examine, and that they are just brush away so that the psychiatrists see them. I think it somewhat returned, yes.

Die blootstelling aan psigiaters by LGH het 'n groot invloed op studente gehad en bygedra dat hulle na 'n jaar steeds 'n persepsie van aanvaarding openbaar het. Buiten die invloed van dié rolmodelle het die ongekompliseerde gevalle waaraan studente by LGH blootgestel is dit makliker gemaak om psigiatrisie pasiënte te aanvaar. Die gekompliseerde gevalle wat by TGH gesien is en die onvriendelike omgewing van die hospitaal het nie aanvaarding bevorder nie, soos een student dit gestel het: "I think that the stigmatisation for middle rotation, [Lentegeur] did help a lot, but just Tygerberg, I think Tygerberg played a negative role in it".

Uit die data blyk dit dus dat meeste studente na 'n jaar, soos direk na die MKRP, psigiatrisie pasiënte aanvaar het ten spyte van blootstelling aan die stigmatiserende houdings van dosente en eweknieë.

4.10 Deernis, respek en gemaklikheid

Die persepsies van deernis (*compassion*), respek en gemaklikheid teenoor psigiatrisie pasiënte is saamgevoeg omdat dit baie ineengevleg is. Voor die aanvang van die MKRP was daar weinig van die persepsies teenwoordig, terwyl meeste studente direk na die rotasie – en 'n jaar later – dié persepsies openbaar het. Sien Tabel 17.

Tabel 17. Die persepsies van deernis, respek en gemaklikheid

Persepsies van deernis, respek en gemaklikheid	0 studente	1-4 studente	5-8 studente	9-12 studente	13-16 studente
Voor die tyd	x				
Direk na die tyd					x
Een jaar later				x	

4.10.1 Deernis, respek en gemaklikheid: Voor die MKRP

Studente het voor die MKRP min deernis en respek vir psigiatrisie pasiënte gehad het, want hulle nie gedink het die pasiënte regtig siek is nie. Die wetenskaplike gronde van psigiatrisie steurings is in twyfel getrek het (sien 4.2, bl. 46) en psigiatrisie pasiënte geobjektiveer as kliniese gevalle (sien 4.3, bl. 47).

4.10.2 Deernis, respek en gemaklikheid: Direk na die MKRP

'n Persepsie van deernis, respek en gemaklikheid het ontwikkel as gevolg van die voorbeeld wat gemeenskapsvennote (tydens die diensleerprojek) en psigiaters by LGH (tydens kliniese sessies) gestel het (sien Figuur 21). Die toegewydheid, liefde, entoesiasme, belangstelling en geduld van dié rolmodelle was eienskappe wat studente die meeste gehelp het om dié persepsies te ontwikkel. Hier is 'n student se kommentaar ter illustrasie van die punt:

I think what the carers showed me at [organisation] is how to be compassionate and how to feel for them [patients], although it is difficult for me and there is still a lot of internal work to do, but that's where I stand at this point in time.

Die volgende aanhaling uit die refleksie van 'n vyfdejairstudent weerspieël die verandering in persepsie wat gevolg het nadat daar saam met tuisversorgers gewerk is om 'n pasiënt met demensie te versorg:

. . . Mrs Johnson and I, got her ready for her wash. This included fully exposing the patient and laying her down on a layer of towels on her bed. We began washing her top half and conversation was rife about The Opera Show and various news headlines when all of a sudden this foul rotten smell filled the room. Ms Shan had messed herself with, might I add, very runny bowl movements. She let out a very embarrassed "jammer" and I just did not know what to do. Thoughts raced through my mind as whether to run and get some fresh air, or fetch some toilet paper and clean her up. But what I knew is that I didn't want to make her even more uncomfortable than she already was. Mrs Johnson and I replied almost jointly to the "jammer" with " Nee, Ms Shan this is alright, don't worry, we'll sort it out." I automatically followed the carers cue and left the room with her. We fetched a facecloth and toilet paper and cleaned her up. Thereafter we just continued as normal and finished the washing. It wasn't even spoken about or brought up at all. The doctor's hat went straight on and I wanted to ask, how long have your stools been like this? Have you eaten anything funny recently? How many times a day do you go to the toilet? and various other questions. I wanted these to be answered not only to try reason a cause, but to also break the silence and make the situation a little more bearable. But I realised this method of coping would have eased my uneasiness, but not necessarily the patient's. I remained silent. I had to take a step back and respect her as a fellow human being, not a patient. I realised this by following Mrs Johnson's cues, she truly taught me lessons that helped me grow.

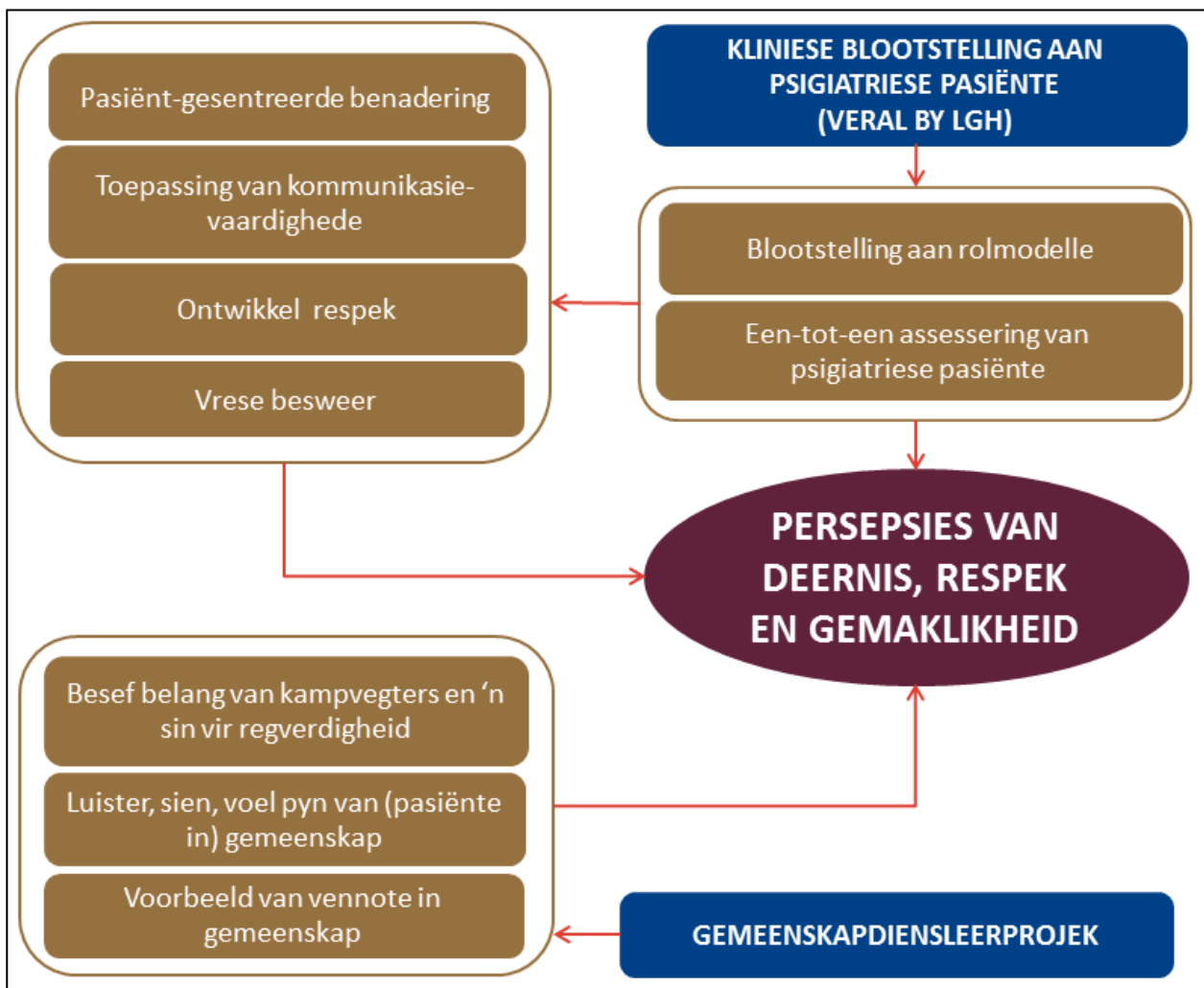
Die interaksie met individuele psigiatriese pasiënte in hulle konteks het studente genoop om te luister, te hoor, te sien, te ruik, te troos, te lag en om in hulle hartseer en vreugde te deel. Dit het studente ook laat besef hoe onregverdig die stigmatiserende houdings van die gemeenskap teenoor psigiatriese pasiënte is. Soos met die persepsie van aanvaarding (sien 4.9.1, bl. 63) het die diensleeraktiwiteite bygedra om die persepsies van deernis, respek en gemaklikheid te ontwikkel soos in die volgende verwoord word:

[The community service-learning activities] made me feel vulnerable, at times unsure of my feelings and emotions, but also open to change and suggestions. Seeing the raw pain of the people in this group initially made me a little uneasy, not sure what to say, but I drew from the communication skill we learned and told myself we have all lost and all have pain, after which it was much easier to interact and identify with these people. . . . Personally I grew immensely. Not only did this . . . turned out to be very much an active learning process for me, but I also learned more empathy and sympathy for people in times of need. This is something I never thought could be learned, but through [this service-learning] experiences, I was made aware of it.

Die gemeenskapsinteraksie het studente nie net met deernis vir individue en die gemeenskap gevul nie, maar hulle ook laat besef hoe die studente-leefwêreld hemelsbreed verskil van die werklikhede daar buite:

. . . You are here at Tygerberg, you study here, finish, six years done, boom, out into the world. You have to sort of step back and say well, there are people who are really suffering out there. .

. . we lose perspective of why we do this or why it helps other people, and then you know that that community is important.



Figuur 21. Die persepsie van deernis, respek en gemaklikheid direk na die MKRP.

Hierdie verandering is verder bevorder deur die deernis wat dosente in die kliniese omgewing by LGH openbaar het.

It was so amazing to watch these doctors. . . engage so well with these patients and they showed so much compassion and so much love to these patients. I think that is the most important thing that I learnt, . . . to show them that you are there for them. You are going to try to do the best that you can for them.

Die voorbeeld wat hierdie dokters gestel het, tesame met die een-tot-een blootstelling aan ongekompliseerde psigiatriese pasiënte veral by LGH, het bygedra dat studente respek vir psigiatriese pasiënte ontwikkel het. Sommige studente het met die ontwikkeling van respek en deernis, beseft dat dit die aanvanklike rede was waarom hulle medies kom studeer het.

What I've realised in psychiatry is that when I see a patient for the first time I need to re-visualise that idealistic opinion I had initially [when I started to study medicine] of making this patient at this specific moment the most important person in my life. Just for that little moment, so that I can listen . . . and do my examination and the work that I need to do on that person as importantly as possible, instead of just drifting off, and making that person less important.

Die vermoë om met deernis en respek gemaklik in 'n psigiatriese pasiënte se teenwoordigheid te wees, is nie altyd maklik nie. Die pasiënt-gesentreerde benadering wat aan studente in die gemeenskap en by LGH gemodelleer is, het gehelp dat studente die mens agter die pasiënt se toestand raak gesien het.

Uit die data blyk dit dat studente gemakliker was en hulle deernis toegeneem het namate hulle vrees vir psigiatriese pasiënte oorkom is. So ook het die doelbewuste toepassing van verbale en nieverbale kommunikasievaardighede wat tydens tutoriale met studente bespreek is, veral waar dit in die gemeenskapsprojek toegepas is, gehelp dat deernis ontwikkel het. Dit het studente die mens agter die siekte laat raaksien.

Deernis word dikwels in mediese onderrig nie as 'n deug gesien nie. Die volgende aanhaling uit 'n refleksie dui egter op die invloed wat die gemeenskapsprojek en LGH op 'n student gehad het in 'n besluit om homself te wees en om wel deernis te toon:

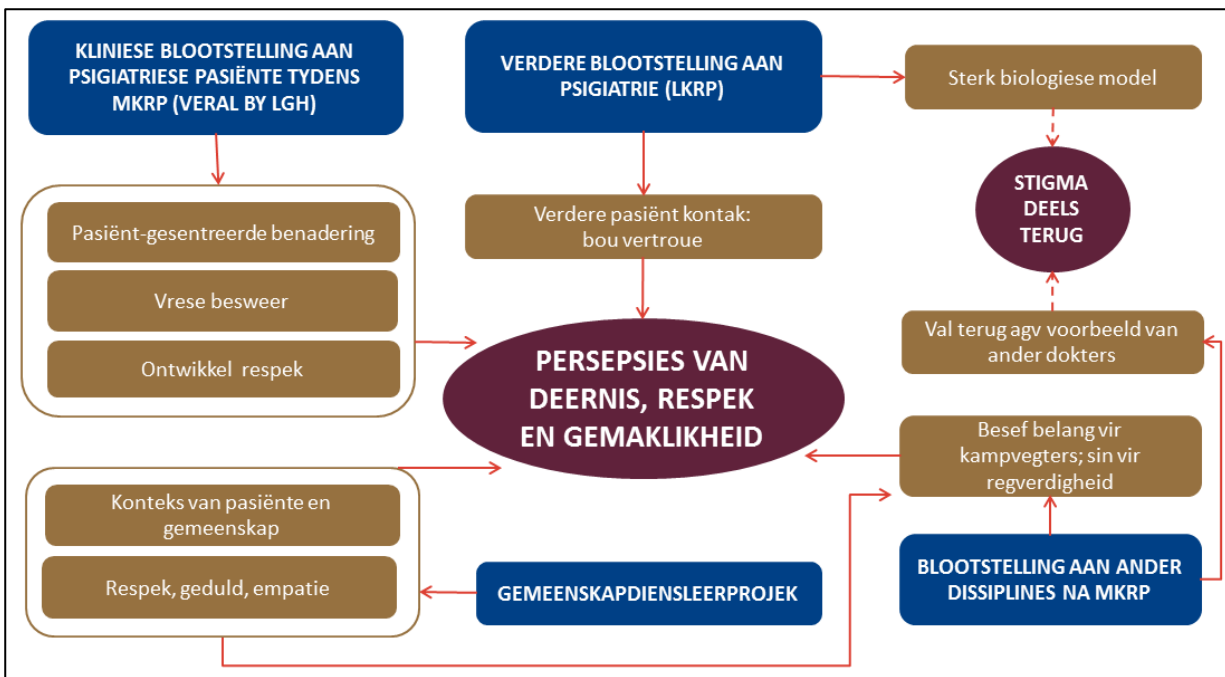
I think one of the things that I have always been told throughout my course is that we need to detach ourselves from our patients and don't get too attached, don't get too emotionally attached. That is something that I have been struggling with, but then after being on psychiatry I actually realised that there is no way that you can actually detach emotionally from them. . . . [You] sort of have to in a sense experience what they are experiencing and I think all of that sort of just made me human . . . It just makes me more human, and it actually helps me to give better care to my patients because I realise and I actually experience what they are going through.

4.10.3 Deernis, respek en gemaklikheid: 'n Jaar na die MKRP

Die persepsies van deernis en respek wat ontwikkel het as gevolg van die interaksie met psigiatriese pasiënte in die gemeenskap is as rede aangevoer waarom studente 'n jaar later steeds hierdie persepsies openbaar het (sien Figuur 22). Die pasiëntgesentreerde benadering by LGH het ook 'n blywende effek op meeste studente gehad deurdat hulle sedert die MKRP steeds dié persepsies openbaar het aan alle pasiënte, nie net teenoor psigiatriese pasiënte nie.

Die ervaring by ander dissiplines wat op die MKRP gevolg het en die effek van die gemeenskapsprojek het dié persepsies versterk deurdat studente in sekere gevalle opgestaan het vir die regte van pasiënte. Sommige het selfs die verantwoordelikheid van psigiatriese pasiënte op hulle geneem waar ander dokters van diesulkes weggeskram het of op hulle neergesien het.

Ander studente weer het gerapporteer dat hulle effens teruggeval het in terme van hulle deernis en respek vir psigiatriese pasiënte as gevolg van die ervaring in ander kliniese dissiplines sedert die MKRP.



Figuur 22. Persepsies van deernis, respek en gemaklikheid 'n jaar na die MKRP.

Ses studente het tydens die fokusgroeponderhoude 'n jaar later reeds die volgende kliniese rotasie in Psigiatrie deurloop: die sewe weke lange LKRPs as deel van hulle student internskap. Dit was nie aanvanklik in die studie-ontwerp voorsien nie. Drie van hierdie studente het rapporteer dat die sterk biomediese benadering wat tydens die LKRPs ervaar is, hulle killer teenoor psigiatriese pasiënte gemaak het. Die ander studente het weer gesê die LKRPs het bygedra tot 'n groter persepsie van gemaklikheid omdat hulle groter vertroue in hulle kliniese vaardighede gekry het.

4.11 Persepsie van verantwoordelikheid

Die persepsie van verantwoordelikheid en die begeerte en toewyding om 'n verskil te maak in die lewens van psigiatriese pasiënte was nie voor die MKRP teenwoordig nie. Met die uitsondering van vier studente het almal dié persepsie direk na die rotasie gehad. 'n Jaar later was daar dertien uit die sestien studente wat 'n nie-stigmatiserende persepsie van verantwoordelikheid geopenbaar het. Die rede van die drie studente waarom hulle nie 'n persepsie van verantwoordelikheid gehad het nie was die invloed van ander dokters se stigmatiserende gedrag tydens kliniese rotasie wat op die MKRP gevolg het. Studente het ook onervare gevoel om psigiatriese pasiënte effektief te assesser. Sien Tabel 18.

Tabel 18. Die persepsie van verantwoordelikheid.

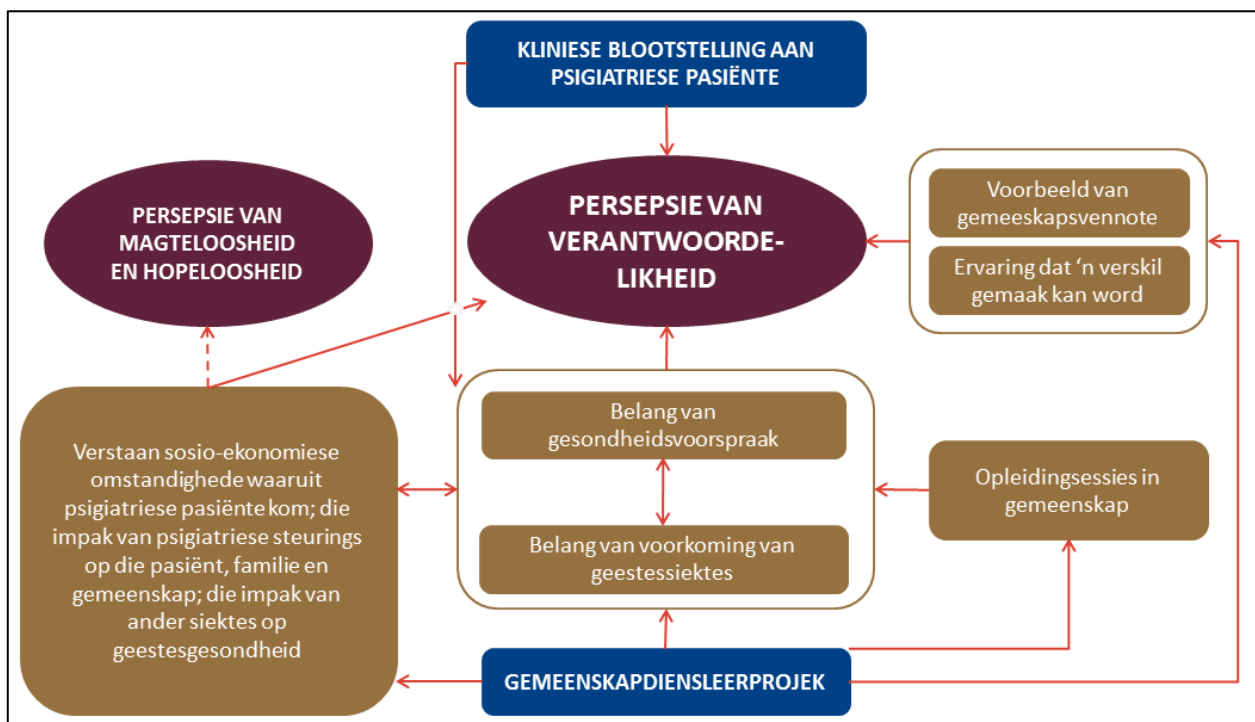
Persepsies van verantwoordelikheid	0 studente	1-4 studente	5-8 studente	9-12 studente	13-16 studente
Voor die tyd	x				
Direk na die tyd				x	
Een jaar later				x	

4.11.1 Verantwoordelikheid: Voor die MKRP

Die redes wat studente aangevoer het waarom hulle nie 'n persepsie van verantwoordelikheid vooraf gehad het nie is reeds bespreek onder die persepsies van vreesagtigheid (sien 4.1, bl. 43), degradering (sien 4.2, bl. 46), andersheid (sien 4.4, bl. 49), besetenheid (sien 4.5, bl. 50), magteloosheid en hulpeloosheid (sien 4.7, bl. 54).

4.11.2 Verantwoordelikheid: Direk na die MKRP

Tydens studente se terugvoer direk na die MKRP is gerapporteer dat diensleeraktiwiteite die grootste invloed gehad om studente 'n persepsie van verantwoordelikheid te gee (sien Figuur 23). Die ervaring van die hagleike sosio-ekonomiese werklikhede (bv. armoede, werkloosheid, MIV, dwelms, geweld) het hulle laat beseft dat die blote mediese behandeling van psigiatriese steuring nie die oplossing is nie. Daar moet tot die kern van die probleem gekom word, juis omdat maatskaplike probleme 'n groot rol speel in die ontwikkeling en suksesvolle hantering van psigiatriese steurings. Die bydrae wat studente tydens gemeenskapprojekte gelewer het, hoe klein ook al, en die aanmoediging en waardering van die gemeenskapsvennote het studente hoop gegee dat hulle wel 'n verskil kan maak.



Figuur 23. Die persepsie van verantwoordelikheid direk na die MKRP.

Die effek van die MKRP om 'n persepsie van verantwoordelikheid te vestig, en die selfinsig wat daarmee saamgaan, word goed deur die volgende aanhalings opgesom.

This learning matters because life is not just a bunch of materialistic things that we need to obtain before we die. Of course we need to live, but it is how we live that matters. It is so

important to know where you are heading and the goals you want to achieve in life. I feel it is imperative that I make a difference, teach someone something new and useful, help someone and go the extra mile for them. I want my life to have a reason, meaning and purpose.

Gemeenskapdiensleerprojek se bydra om 'n persepsie van verantwoordelikheid te vestig

Die blootstelling aan die gemeenskap het studente insig gegee van die reuse-siektelas wat psigiatriese steurings op die land plaas, en die begeerte gewek om eendag 'n verskil te help maak.

. . . psychiatric illnesses are a reality and something that is growing more and more everyday in South Africa. . . . They are not to be taken lightly and we should strive to our best to decrease the stigma that comes with psychiatric illnesses. One day as GPs a large portion of our patients will have psychiatric complaints and symptoms and it's very important that we be able to pick them up and be able to deal and refer when necessary.

This opportunity has made me regain my focus and passion in life and has made me rediscover what I have lost for so long. . . . This project has somehow matured me and made realise that possibilities are endless and that no matter how small anyone can make a difference if they want to.

'n Gevolg van die praktiese wyse waarop student in die gemeenskap betrokke was, veral waar hulle opleidingsessies behartig het, het studente laat besef hoe belangrik die voorkoming van psigiatriese steuring en bevordering van geestesgesondheid is. Dit gaan nie bloot net oor die biologiese behandeling van psigiatriese steurings nie. 'n Ander faktor wat die persepsie van verantwoordelikheid help skep het, is dat studente in 'n nie-kliniese omgewing kon sien hoe ander siektes (bv. kanker, MIV) pasiënte se geestesgesondheid beïnvloed.

Een student het gemeld dat die realiteit van die sosio-ekonomiese omstandighede en die impak van chroniese siektes persepsies van magteloosheid en hopeloosheid laat ontstaan het, maar dat ten spyte daarvan steeds gehoop is om 'n verskil te maak:

Many times I felt like the patients had no hope and their prognosis did not seem good, which made me feeling helpless and hopeless too. I did not like this feeling and it often made me feeling down because there was nothing that I could do to help. This was something that I will still have to get used to and I am still not comfortable with just letting things go but I do know that there comes a certain point where one needs to leave things and let it go but until that point I am someone who will try anything or do whatever no matter how small just to try to make a difference.

Kliniese blootstelling aan psigiatriese pasiënte om 'n persepsie van verantwoordelikheid te vestig

Die kliniese blootstelling aan pasiënte het ook gehelp om die persepsie van verantwoordelikheid te ontwikkel: aan die eenkant dat pasiënte met waardigheid en respek behandel moet word en dat daar 'n verantwoordelikheid is om genoeg hulpbronne beskikbaar te stel om psigiatriese pasiënte by te staan en psigiatriese steuring te voorkom.

[Psychiatric patients] aren't an unnecessary expense for us. We don't have other more important responsibilities to look out for. No one is exempted from this. No one is allowed to turn

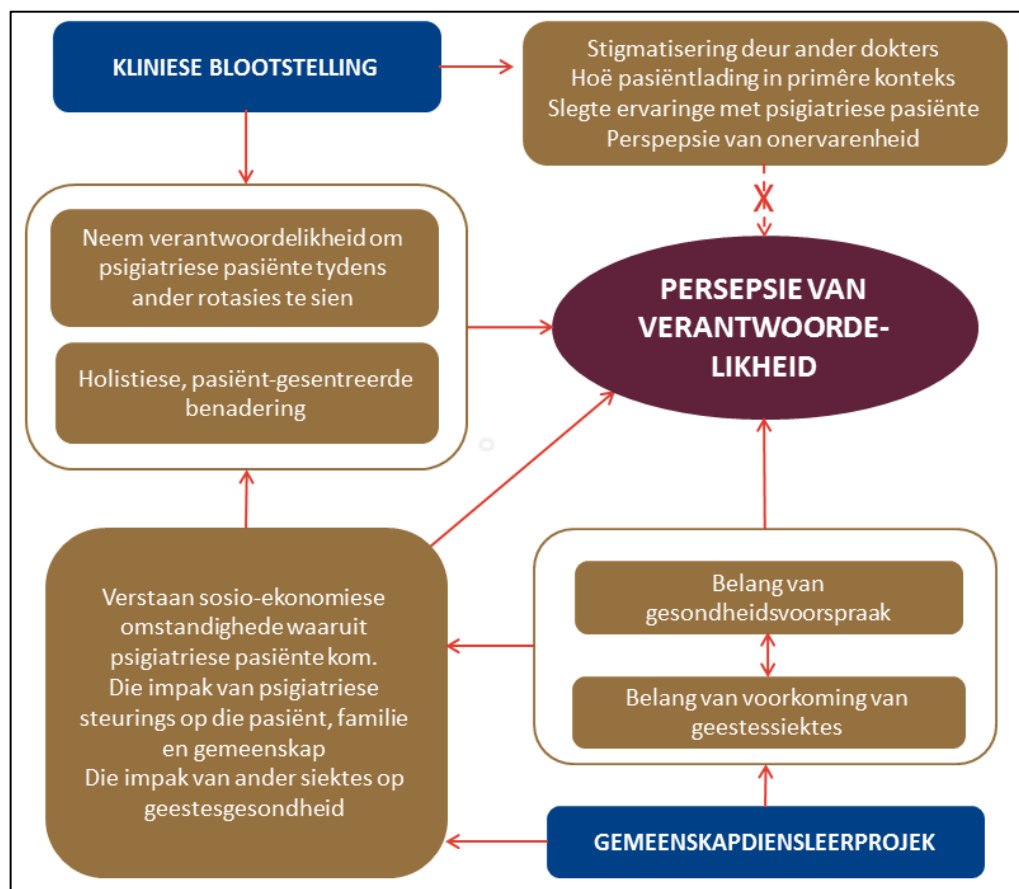
a blind eye and walk away telling themselves that (a) it will never happen to me, or (b) they're not my responsibilities, or (c) there's always someone else who's more equipped for that job. All [these] thoughts are wrong . . .

I think the thing that's going to stand out for me the most is that psychiatric patients are patients like other illnesses, and they need to be treated that way. These are people that actually have an illness and that can be treated. So, next time you see a psychiatric patient, just don't say well, that's a crazy person, lock them up or whatever. You know, treat them with respect and dignity, just like any other person.

4.11.3 Verantwoordelikheid: 'n Jaar na die MKRP

'n Jaar na die MKRP het die persepsie van verantwoordelikheid by vier studente afgeneem (sien Figuur 24). Een rede wat aangevoer is, is die stigmatiserende gedrag van dokters in ander dissiplines waaraan studente sedert die MKRP blootgestel was.

After the psychiatry block we've been exposed to many other disciplines, and the perceptions of those doctors sort of also rub off on you when you work with them, and that sort of stigmatisation from them as well, you sort of forget, not exactly what you have learnt, but your idea of psychiatry and the whole stigmatisation that doctors put on the psychiatric patients that we see, that we don't necessarily examine, and that they just brush away so that the psychiatrists see them.



Figuur 24. Die persepsie van verantwoordelikheid 'n jaar na die MKRP.

Voorts moes sommige studente, veral gedurende rotasies in primêre en sekondêre hospitale, psigiatriese pasiënte evalueer en hulle het onervare gevoel om dit te doen. Tydens die MKRP in TBH moes studente psigiatriese pasiënte evalueer aan die hand van 'n vraelys en hulle het nie geleer om 'n raamwerk en benadering vir hulself uit te werk nie. In perifere hospitale het studente nie die vraelys as riglyn gehad nie en het gevolglik onbekwaam gevoel om psigiatriese pasiënte te evalueer.

. . . I had a patient in [Place] and I was waiting for them to hand me a psychiatric evaluation book for me to go through everything as it is here in Tygerberg Hospital. . . I stood there and I thought to myself what do I ask this patient, because I didn't know anything. I asked her what she presents with, and she could tell me her hallucinations, auditory hallucinations and she is seeing things and stuff, but from there I didn't know where to go. . I wasn't able to apply any of it because I didn't have a breakdown in my head of what needed to be asked and what needed to be interpreted from that. I communicated this to the doctor and that's when he said well, that's why we need psychiatry here, because apparently it's only the psychiatrists, but it shouldn't be like that. We should have a set breakdown in our head of how this process should be handled.

'n Ander student het weer gerapporteer dat sy sedert die MKRP slegte ervarings met psigiatriese pasiënte gehad het. Dit het haar afsydig gemaak en sy wou nie verantwoordelik vir psigiatriese pasiënte neem nie.

Een student het haar internskap vir die hele jaar in 'n plattelandse hospitaal gedoen as deel van 'n longitudinale plasing. Direk na haar MKRP was haar nie-stigmatiserende persepsies teenoor psigiatriese pasiënte en psigiatriese steuring sterk teenwoordig. . Sy het gerapporteer dat die realiteite van die gesondheidsorgsisteem op primêre vlak tot gevolg gehad het dat sy weer persepsies van irritasie teenoor psigiatriese pasiënte ontwikkel het. Dit neem meer tyd in beslag neem om psigiatriese pasiënte te evalueer – en met 'n wagkamer vol nie-psigiatriese pasiënte wat wag, is dit nie haalbaar om die tyd af te staan nie.

Daar teenoor was die persepsie van verantwoordelikheid steeds teenwoordig 'n jaar later by meeste ander studente as gevolg van die blootstelling wat studente tydens hulle gemeenskapsprojek gehad het aan die sosio-ekonomiese realiteite van die gemeenskap en die impak wat psigiatriese steurings het op die individu, die familie en die gemeenskap. Die feit dat studente pasiënte op 'n nie-kliniese vlak kon leer ken, met hulle kon identifiseer en iets – hoe klein ook al – kon doen om te help, het die persepsie van verantwoordelikheid in stand help hou.

. . . it was nice to see psychiatric conditions in a non-clinical sense, where it was ordinary people suffering from bereavement, suffering from depression, and it was good exposure, rather than seeing them in hospital and having to do evaluations on them and things. So you can see how the everyday person can be depressed and how they handle it, and how you can go in there and help.

Die persepsie van verantwoordelikheid het nie net tot psigiatriese pasiënte en die gemeenskap gestrek nie, maar studente het ook gedeel hoe hulle na 'n jaar steeds as voorspraak vir psigiatriese pasiënte en geestesgesondheid optree.

. . . [Our] psychiatry [rotation] made me . . . more aware of the stigma that is out there. Just yesterday I was speaking to somebody about this completely rigid idea regarding something as depression, saying no, it's something you should just snap out of, and I got so angry. It's not.

Die kombinasie van die gemeenskapsprojek en kliniese blootstelling (veral by LGH) het studente toegerus om psigiatriese pasiënte meer holisties te sien – en daarmee saam die persepsie van verantwoordelikheid.

4.12 Relevante addisionele bevindings

Die ryk data het ook relevante addisionele bevindings opgelewer wat nie noodwendig verband hou met die verandering van persepsies nie. Dit het die navorser in staat gestel om dieper insig te kry en om sekere aanbevelings wat studente gemaak het om die MKRP te verbeter, te implementeer. Hierdie bevindinge word vervolgens kortliks gelys:

Die wyse hoe die diensleeraktiwiteite ontwerp, geïmplementeer en bestuur is, is positief deur studente ervaar: "My highlight is it is a very well coordinated block. Everybody is everywhere on time, you know exactly where you need to be, the administration is fantastic. It's better than any other block we've ever been on, and that really makes it pleasurable to be a part of". Die formatiewe terugvoer op die sukses van die projekte en die feesviering op die laaste dag van die rotasie saam met gemeenskapsvennote en dosente, het ook bygedra tot destigmatisering.

Studente het gerapporteer dat hulle tydens die MKRP nie altyd die sin van die gemeenskapprojekte ingesien het nie. Dit was veral die geval by organisasies waar studente nie primêr met psigiatriese pasiënte gewerk het nie, maar met kankerpatiënte en hulle families, die tuisversorging van psigogeriatrisiese pasiënte en met tieners wat hoë risiko gedrag openbaar. Net so kon studente ook nie die doel van gestruktureerde refleksies insien nie. 'n Jaar later kon studente egter terugkyk en sien hoe die twee aktiwiteite bygedra het om hulle persepsies te verander.

Now I see the benefit of them and I see the benefit of all the projects and the reflections we have to do in the Middle Rotation, but during that rotation, all I saw was just how many things I needed to hand in, which is like a typical student thing.

Die studente se terugvoer oor die positiewe bydrae wat die plasing by LGH gemaak het, is reeds gemeld asook hulle pleidooi dat hierdie kliniese plasing daar langer gemaak moet word. Die terugvoer wat egter oor die plasing van drie weke in psigiatrisale by TBH gekry is, was negatief en studente het dit as struikelblok gesien vir destigmatisering. Die grootste rede hiervoor was die neerdrukkende atmosfeer in TBH en die ekstreme, komplekse pasiënte waaraan studente blootgestel is. Die volgende aanhaling is verteenwoordigend van almal, met die uitsondering van een student:

I think the Tygerberg exposure actually stigmatised it more, because psychiatry is stigmatised in the world because of the movies you see and these guys walking around drooling. It actually does look a bit like that in Tygerberg, but that's just because it's really, really severe cases. So I think [regarding] destigmatising, Lentegeur [and] the community project worked the most. But I think Tygerberg actually did a bit more harm in terms of destigmatisation . . .

Die grootste kritiek wat studente gehad het oor die MKRP was die vol program wat grotendeels veroorsaak is deur die disproporsionele tyd wat studente aan hulle diensleerprojekte spandeer het. Beter leiding is sedertdien gegee sodat studente hul tyd beter kan balanseer en genoeg tyd het om ook te studeer.

Studente het kritiese insig getoon van die gevolge as GBO hoofsaaklik in 'n tersiêre hospitaal plaasvind. Hierdie aanhaling som die studente se opinies goed op:

. . . we sit here in our own world and stuff, studying our books and stuff, but then when you get out into the communities and you actually see what's happening It's like you were blindfolded into seeing what's actually happening in the communities. We just sit in the hospital, and then as the patients come in, we sort of treat them, but when we went into the community, we saw how many patients there actually are at home who don't even get to come into the hospital. So, what we are seeing is only the tip of the iceberg, and that gave me a shock, and that changed my whole perception of medicine and the average patient.

4.13 Samevatting

Ter opsomming het die data-analise in hierdie hoofstuk getoon dat 'n diensleerbenadering 'n bydrae gemaak het in die destigmatisering van studente se persepsies jeens psigiatriese pasiënte. Stigmatiserende persepsies wat voor die MKRP teenwoordig was, was direk na die rotasie meestal afwesig en is vervang met nie-stigmatiserende persepsies. Die blootstelling wat studente gehad het deur sinvolle dienslewering met die gemeenskap het die platform geskep vir persepsies om te verander. Die modellering van sosiale verantwoordbaarheid deur die fasiliteerders van leer het verder hiertoe bygedra, so ook die refleksies waardeur studente hul ervaringe krities kon evalueer en integreer om sodoende tot groter selfinsig te kom.

Buiten die bydrae van diensleer het die plasing van studente in 'n gunstige kliniese omgewing ook belangrike bydrae gelewer tot destigmatisering. 'n Jaar later is bevind dat die nuutverworwe nie-stigmatiserende persepsies steeds oorwegend teenwoordig was, alhoewel sommige negatiewe persepsies teruggekeer het.

5 Bespreking van resultate

Die resultate van hierdie studie (sien Hoofstuk 4) dui daarop dat die diensleerbenadering wat met die hersiene MKRP gevolg is, bygedra het tot die destigmatisering van mediese studente se persepsies teenoor psigiatriese pasiënte. Diensleeraktiwiteite in die gemeenskap in tandem met die plasing van studente in 'n gunstige kliniese omgewing, het nie-stigmatiserende persepsies van begrip, aanvaarding, gemaklikheid, deernis, respek en verantwoordelikheid teenoor psigiatriese pasiënte tot gevolg gehad. Meeste van die persepsies was 'n jaar na die MKRP steeds teenwoordig.

In hierdie hoofstuk word die resultate in oënskou geneem deur diensleerbeginsels en -aktiwiteite te bespreek wat tot nie-stigmatiserende persepsies aanleiding gegee het. Diensleerbeginsels is in Hoofstuk 2 bespreek (sien 2.3, bl. 23) en behels relevante en sinvolle diens in die gemeenskap, die bevordering van akademiese leer, doelbewuste pogings om sosiale verantwoordbaarheid te kweek en om studente se diensleerervaringe te integreer en te internaliseer deur gestruktureerde refleksie. Die bevindings sal verder toegelig word aan die hand van diensleerliteratuur en aanbevelings wat gemaak is vir die destigmatisering van studente se persepsies (sien 2.2.4, bl. 20).

Die sinergistiese bydrae wat 'n gunstige kliniese blootstelling het om studente te destigmatiseer sal ook bespreek word, asook die redes wat daartoe aanleiding gegee het dat sommige studente na 'n jaar weer stigmatiserende persepsies getoon het. Aanbevelings word gemaak hoe dit moontlik voorkom kan word.

Ten slotte gaan die beperkings en sterkpunte van die studie in oënskou geneem sowel as 'n bespreking van die implikasies van die studie-ontwerp. Aanbevelings vir toekomstige studies word ook gemaak.

5.1 Die bydrae van 'n diensleerbenadering tot die destigmatisering van studente se persepsies

Deur sinvolle dienslewering tydens die gemeenskapdiensleerprojekte het studente in kontak gekom met die leefwêreld van psigiatriese pasiënte wat reeds herstel het of in die proses was om weer in die gemeenskap geïntegreer te word. Studente het die impak van psigiatriese steurings op pasiënte en hulle families begin verstaan. Dié interaksies het bygedra dat studente na 'n jaar steeds nie-stigmatiserende persepsies getoon het. Uit die literatuur blyk dit dat meer sosiale kontak met psigiatriese pasiënte gehelp het om stigma te verminder (Kassam et al., 2011; Sartorius et al., 2010; Yang et al., 2007; Feldman, 2005). Die WPA en WFMO (1999) beveel juis

daarom in hulle kernkurrikulum vir psigiatrie aan dat sosiale kontak gebou word deur tuisbesoeke te doen. Die waarde van tuisbesoeke is bevestig deur 'n studie wat Wee et al. (2011) in Singapoer gedoen het om onder andere psigososiale aspekte aan te spreek. Giles en Eyler (1994) se bevinding bevestig dat 'n diensleerbenadering positiewe persepsies tot gevolg het teenoor mense aan wie studente 'n diens gelewer het.

Die een-tot-een kontak met pasiënte in die gemeenskap het direk na die MKRP tot gevolg gehad dat die persepsie van vreesagtigheid oorkom is en nie-stigmatiserende persepsies van deernis, respek, gemaklikheid en begrip is gerapporteer. Die affektiewe begrip wat studente deur gekontekstualiseerde persoonlike kontak ontwikkel het vir die lyding wat psigiatryse pasiënte en hulle families verduur, het help verseker die persepsies na 'n jaar grotendeels steeds teenwoordig was. Daarmee saam het begrip vir die invloed van psigiatryse steurings op die alledaagse funksionering van die pasiënte spesifiek aanleiding gegee tot volhoubare persepsies van aanvaarding en begrip. Dit het studente, soos Virtala et al. (1998) voorgestel het, gehelp om die mens en menswees agter die siekte raak te sien en nie net die diagnose nie.

Die volgende diensleeraktiwiteite is as redes aangevoer waarop studente na 'n jaar steeds 'n persepsie van verantwoordelikheid teenoor psigiatryse pasiënte gehad het: tuisbesoeke wat studente gebring het; die fasilitering van sessies om geestesgesondheid te bevorder en geestessteurings te voorkom; en berading van slagoffers van gesins- en seksuele geweld. Die aktiwiteite het hoop by studente geskep, omdat hulle gesien die diens wat gelewer word 'n verskil maak in die lewenskwaliteit van pasiënte en hulle families. Dit is 'n belangrike beginsel in die wederkerigheid van die dienslewering (Naude, 2007; HOKK, 2006a).

Buiten die interaksie met psigiatryse pasiënte se families tydens tuisbesoeke, het die fasilitering van ondersteuningsgroepe vir familieledes ook bygedra tot nie-stigmatiserende persepsies. Tydens die MKRP het studente 'n ondersteuningsgroep by 'n kankervereniging begin vir naasbestaendes wat 'n familielid weens kanker verloor het. Die ondersteuningsgroep gaan steeds voort en is al na vele kankerverenigings oor die land uitgebrei. Studente het familieledes begelei wat nie hulle verlies kon hanteer nie, in die rouproses vasgevang en neerslagtig of depressief was. Die betrokkenheid by familieledes het bygedra dat persepsies van begrip, aanvaarding en verantwoordelikheid na 'n jaar steeds teenwoordig was. Die persepsie was nie net teenoor pasiënte wat psigiatryse simptome gehad het nie, maar ook teenoor pasiënte wat met nie-psigiatryse klagtes gepresenteer het. Driscoll, Holland, Gelmon en Kerrigan (1996) het bevind dat studente se persepsie van verantwoordelikheid toeneem as hulle saam met die gemeenskap behoeftes kan identifiseer en aanspreek. In hierdie geval was dit families wat iemand met kanker aan die dood afgestaan het wat 'n ondersteuning verlang het. Deur refleksie het studente besef dat psigiatryse steurings dikwels sekondêr is tot ander presenterende klagtes. Hulle kon tot insig kom dat die familie van psigiatryse pasiënte soortgelyke probleme ervaar as 'n psigiatryse diagnose op 'n familielid gemaak word.

Deur diens in en saam met die gemeenskap te lewer, is studente blootgestel aan die totale mens en nie net die siekte nie, aan alledaagse mense wat psigiatriese simptome toon. Dié holistiese prentjie het aanleiding gegee tot 'n persepsie van verantwoordelikheid soos geblyk het uit 'n volgehoue bio-psigo-sosiaal-spirituele hantering tot pasiëntsorg 'n jaar na die voltooiing van die MKRP. Dit bevestig Eyler et al. (2001) se bevindings dat 'n diensleerbenadering stereotipering verlaag, 'n positiewe effek het op die sin van sosiale verantwoordbaarheid en 'n verbintenis tot diens. Die persepsie van verantwoordelikheid is verder gedemonstreer deur studente se bereidheid om na 'n jaar dokters en eweknieë te konfronteer wat teenoor psigiatriese pasiënte diskrimineer. Voorts het studente steeds 'n sterk begeerte uitgespreek om geestesgesondheid te bevorder en psigiatriese steuring te help voorkom. Die interaksie wat studente tydens die MKRP met pasiënte gehad het deur die fasilitering van gesondheidsbevorderingsessies en die positiewe terugvoer wat hulle ontvang het, het die persepsies van verantwoordelikheid, aanvaarding en deernis verstewig. Die klem op gesondheidsbevordering, en nie net op die kuratiewe nie, is een van die kritiese verskuiwings wat vir GBO voorgestel word (Frenk et al., 2010; Yang et al., 2007; WPA & WFMO, 1999; WFMO, 1988). Okayama en Kayii (2011) het bevestig dat gesondheidsbevordering studente help om 'n persepsie van verantwoordelikheid te ontwikkel om by die gemeenskap betrokke te bly.

Blootstelling aan die sosio-ekonomiese omstandighede van pasiënte, hulle families en die gemeenskap het ook bygedra dat 'n persepsie van verantwoordelikheid om stigmatisering te beveg, gevestig is. Daar is bevind het dat diensleeraktiwiteite wat lyding probeer verlig sterk emosionele reaksies tot gevolg het. Studente vind dit moeilik om dié emosies te ignoreer, want lyding is nou nie meer slegs 'n abstrakte konsep is nie dit word ervaar. Die student het te doen met regte mense, gesigte en harte. Transformatiewe leer vind plaas lank na die deelname aan 'n diensleerprogram waar studente dissonansie ervaar as gevolg van 'n drastiese verskil tussen die sosio-ekonomiese omstandighede van die gemeenskap en hul eie omstandighede en ervaringswêreld (Kiely, 2005). Die dissonansie wat studente ervaar het, het in hierdie studie duidelik geword. Studente het gerapporteer dat hulle deur die gestruktureerde refleksies op persoonlike vlak gekonfronteer is deur te beseef hoe bevoorreg hulle is, hoe geïsoleerd hulle lewens van die lyding van pasiënte is en hoe hulle die sosio-ekonomiese werklikhede van die gemeenskap ignoreer. Deur die pynlike werklikhede het studente selfinsig verkry.

Epstein (2008:1049) beskryf hierdie gewaarwording by studente in sy artikel *Reflection, perception and the acquisition of wisdom* soos volg: "Reflection practice sessions have evolved to provide self-knowledge and a corrective to the natural human tendency to self-deceive". Een student het in sy eie mensweesreis, wat gevolg het op die refleksies, die belang van selfversorging en selfkennis beseef. Die persoonlike groei wat die refleksie tot gevolg gehad het, het hom gehelp om met deernis te kan optree. Hy beskryf sy ervaring deur Henri Nouwen (Nouwen, 1979) aan te haal:

A deep understanding of your own pain
makes it possible for you to convert
your weakness into strength and to offer
your own experience as a source of healing
to those who are often lost in the darkness
of their own misunderstood sufferings.

Studente het beleef wat die sosio-ekonomiese impak van geweld, promiskuiteit, werkloosheid, armoede en substansmisbruik op die ontwikkeling van psigiatriese steurings is en wat die impak daarvan is op die herstel en funksionering van pasiënte. Hierdie ervarings het bygedra dat studente 'n persepsie van aanvaarding teenoor psigiatriese pasiënte getoon het omdat hulle verstaan het waar die pasiënte vandaan kom. Studente het 'n gesindheid ontwikkel om nie net psigiatriese pasiënte nie, maar alle pasiënte, in die konteks van hulle sosio-ekonomiese omstandighede te benader en te behandel. Beter affektief-kognitiewe begrip vir die sosio-ekonomiese omstandighede van pasiënte het studente in staat gestel om met deernis en begrip pasiënte holisties in die kliniese omgewing te versorg. Dit is 'n groot uitdaging wêreldwyd om studente te leer om 'n holistiese benadering tot pasiëntsorg te hê. Dit word as noodsaaklik beskou om gelykheid in gesondheid te bewerk (Frenk et al., 2010; WPA & WFMO, 1999; Brook, Gordon, Meadow & Cohen, 1998).

Studente het deur kognitief-affektiewe kritiese analise van hulle diensleerervaring tydens geleenthede vir refleksie die tradisionele mediese model in twyfel getrek. Die klem in hulle mediese kursus is hoofsaaklik op die biomediese behandeling van pasiënte sonder inagneming van die kontekstuele en individuele werklikhede van die pasiënt. Haidet, Dains, Paterniti, Chang, Tseng en Rogers (2001) het juis bepleit dat mediese skole humanistiese houdings om pasiënt-gesentreerde sorg te lewer meer moet beklemtoon. Uit hierdie studie blyk dit dat 'n diensleerbenadering kan help om hierdie verandering in gesindheid by studente te kweek.

Die impak van die gestruktureerde refleksies is ook as rede aangevoer waarom studente na 'n jaar steeds pleitbesorgers was vir die voorkoming van geestesiektes en die bevordering van geestesgesondheid. Dit het studente gemotiveer om as pleitbesorgers vir die nie-diskriminerende sorg van psigiatriese pasiënte op te tree.

Die kruis-kulturele aard van die diensleeraktiwiteite het wel gelei tot die botsing van wêreldbeskouings tussen studente, veral met betrekking tot die rol van sangomas in die behandeling van psigiatriese steurings. Die dissonansie is intens deur sommige studente ervaar as gevolg van die verskille tussen die Westerse, Christen-Joodse, Moslem en Tradisionele Afrika wêreldbeskouings wat in spanne geheers het. Kiely (2005) beskryf die gaping wat studente ervaar tussen hulle *kontekstuele bagasie* en die nuwe *kulturele konteks* van kritiese belang vir transformatiewe leer om plaas te vind. Studente is deur refleksie en formatiewe terugvoer begelei om hulle eie wêreldbeskouing te verstaan (Müller, 2011), hulle vooroordele te erken en uit te werk hoe hulle dit gaan oorkom. Die feit dat studente begrip ontwikkel het vir pasiënte en die

gemeenskap se wêreldbeskouing het daartoe gelei dat studente 'n jaar later gerapporteer het dat dit hulle help om psigiatriese pasiënte te aanvaar.

Die positiewe bydrae wat studente met hulle vaardighede tydens hulle diensleerprojekte gemaak het, het bygedra tot positiewe persepsies teenoor psigiatriese pasiënte, die gemeenskap en NRO's. Dit het geblyk uit die terugvoer wat gemeenskapsvennote aan studente gegee het, die projekvoordragte en groepprefleksie tydens die laaste dag se feesviering. Studente was verbaas oor wat hulle vermag het: "Just thinking back, listening to this morning's presentations, each group did stuff that I personally didn't expect from a fourth year medical student, but well done to them". Dit bevestig die waarde van selfgedrewe leer wat die WPA en WFMO (1999) aanbeveel. Uit hierdie studie blyk dit dat, soos beskryf in diensleerliteratuur (Naude, 2007; HOKK, 2006a), waarderende en formatiewe terugvoer van medestudente, dosente en gemeenskapsvennote tydens die voordragte as motivering dien en hoop skep dat studente 'n verskil kan maak om die kwaliteit van lewe te verbeter. Cutler et al. (2009) het bevind dat bevestigende, formatiewe terugvoer van dosente 'n groot impak het op die destigmatisering van studente se persepsies.

Augoustinos et al. (1985) het gevind dat die rolmodellering van fasiliteerders van leer belangriker is om studente se persepsies te vorm as hulle psigososiale oriëntering. In hierdie studie het die wyse waarop gemeenskapsvennote begrip getoon het vir die sosio-ekonomiese konteks waarin psigiatriese pasiënte en hulle families hulle bevind, meegehelp om persepsies van deernis en aanvaarding te skep. Die goeie verhoudings wat die vennote gemodelleer het en die waardering wat psigiatriese pasiënte gehad het vir die diens wat studente saam met die NRO's lewer, het die klimaat geskep wat Virtala et al. (1998) en die WPA en WFMO (1999) voorgestel het om persepsie van aanvaarding te bevorder.

Die WPA en WFMO (1999:210) is van mening dat dit van kritiese belang is dat addisionele onderrig in die konteks van die gemeenskap moet plaasvind sodat studente vaardighede kan aanleer om in spanne met nie-mediese personeel saam te werk. Frenk et al. (2010) beskou inter- en transprofessionele spanwerk saam met taakverskuiwing en taakverdeling noodsaaklik om studente op te lei om effektief die gesondheidsbehoefte van pasiënte en die gemeenskap aan te spreek. Die fasiliteerders van leer betrokke by die MKRP was van verskeie beroepe en agtergronde, naamlik arbeidsterapeute, beraders, gemeenskapontwikkelaars, gemeenskapsgesondheidswerkers, gerehabiliteerde dwelmverslaafdes, jeugwerkers (waaronder 'n moordenaar wat sy tronkstraf uitgedien het), leerlinge, maatskaplike werkers, onderwysers, sielkundiges, verpleegkundiges en vrywilligers. Die kwaliteit tyd wat studente saam met hulle kon deurbring, het die waarde beklemtoon wat die rol van gemeenskapsinteraksie speel in die verkryging van inheemse kennis (*indigenous knowledge*) (Le Grange, 2005).

I remained silent, I had to take a step back and respect her as a fellow human being not a patient. I realised this by following [the community health worker's] cues, she truly taught me lessons that helped me grow.

Deur reflektiewe fasilitering het gemeenskapsvennote studente gehelp om die ervarings wat hulle met dienslewering op gedoen het te integreer met inheemse en akademiese kennis en kliniese ervaring. Gevolglik het studente direk na die MKRP 'n beter persepsie van begrip getoon. 'n Jaar later het studente rapporteer dat die gemeenskapsvennote se nie-diskriminerende houding en optrede hulle gehelp het om steeds 'n persepsie van deernis en verantwoordelikheid teenoor psigiatriese pasiënte te hê. Die inter- en transprofessionele spanwerk, taakverdeling en taakverskuiwing is nog redes dat studente 'n jaar later persepsies van begrip en verantwoordelikheid getoon het.

Die diensleeraktiwiteite het studente laat besef hoe gebrekkig die gesondheidsstelsel is om die siektelas van psigiatriese steurings aan te spreek en hoe 'n belangrike rol NRO's speel om die probleem te help aanspreek. Hierdie besef het bygedra dat studente persepsies van aanvaarding en verantwoordelikheid ontwikkel het. Dit bevestig die waarde van aanbevelings dat studente aan 'n wye verskeidenheid psigiatriese pasiënte in verskeie kontekste blootgestel moet word, onder andere in die gemeenskap in 'n nie-kliniese konteks (WPA & WFMO, 1999; Boey, 1985).

Cutler et al. (2009) beveel aan dat studente in vriendelike omgewings opgelei moet word waar empatie deur alle lede van die gesondheidsorgspan getoon word en waar studente goeie ondersteuning ontvang. Daarom is studente, buiten die gemeenskapdiensleerplasings, ook vir een week van die MKRP by 'n psigiatriese hospitaal buite die akademiese hospitaal geplaas. Studente het aangevoer dat dié kliniese blootstelling aan psigiatriese pasiënte, wat minder gekompliseerde en meer algemene psigiatriese steurings gehad het, 'n bydraende faktor was dat hulle na 'n jaar steeds persepsies van aanvaarding en deernis gehad het. Studente het meer begeleiding en aanmoediging (McParland, 2003) van psigiaters ontvang as wat in die akademiese hospitaal prakties moontlik is. Daar was groter balans tussen die biologiese en psigodinamiese perspektiewe in die hantering van pasiënte soos voorgestel deur Brog en Guskin (1998). Dit is in teenstelling met die biomediese model wat volgens die studente by die akademiese hospitaal gevolg is en waarteen Ng et al. (2011) waarsku. Uit die resultate blyk dit dat die kombinasie van die diensleercomponent en die plasing by LGH 'n groot bydrae gelewer het dat daar na 'n jaar steeds nie-stigmatiserende persepsies van begrip, aanvaarding, deernis en verantwoordelikheid teenoor psigiatriese pasiënte was. Pasiënte is holisties hanteer en die wetenskaplike gronding van psigiatrie is begryp.

I think in terms of what destigmatised it for me mostly was the combination of Lentegour and the community project. . . . I think because the community project shows a bit more of a human, normal life kind of approach to psychiatry, and Lentegour, because we did see pathology, but it wasn't that severe pathology.

Vervolgens word die bydra wat die kliniese plasing by LGH gemaak het tot die ontwikkeling van nie-stigmatiserende persepsies, bespreek word.

5.2 Die sinergie tussen kliniese plasings en diensleeraktiwiteite in die destigmatisering van studente se persepsies

Die kliniese blootstelling by LGH het teen die agtergrond van die diensleeraktiwiteite daartoe gelei dat studente na 'n jaar steeds die mens agter die siekte raakgesien en aanvaar het:

. . . some of the patients . . . have a psychiatric condition so they don't brush their teeth or wash, they have no kind of personal space, boundaries or anything like that, or just respect for you or your dignity . . . they have no concerns calling you whatever they think you should be called. But [now] . . . I kind of look beyond that and behind all of that there is a person.

Dit het ook bygedra dat persepsies van deernis, respek en gemaklikheid teenoor psigiatriese pasiënt getoon is tydens ander rotasiedissiplines na die MKRP. In die volgende voorbeeld het die dokter van die pasiënt weggeskram:

[The doctor] developed this type of like guarding almost, against [the patient], pushed it onto me . . . So, there is definitely stigma around. Me personally, I was able to handle the patient to the best of my ability.

Die een-tot-een kliniese onderhoudvoering met pasiënte by LGH en die formatiewe terugvoer van psigiaters, het verder bygedra dat studente hulle vrees vir psigiatriese pasiënte oorkom het en met deernis, respek en begrip opgetree het. Dit bevestig bevindings uit ander studies dat meer kontaktyd en direkte betrokkenheid by pasiëntsorg stigma help verminder (Kassam et al., 2011; Sartorius et al., 2010; Cutler et al., 2009; Kuhnigk et al., 2009; Kerby et al., 2008; Yang et al., 2007; Feldman, 2005; McParland et al., 2003; Melrose & Shapiro, 1999). Dié kontak het die skewe beeld wat die media van psigiatriese pasiënte uitdra help neutraliseer.

Die resultate toon dat die gereelde inoefen van onderhoudsvaardighede tydens die blootstelling aan psigiatriese pasiënte in ander kliniese rotasies bydra om 'n persepsie van verantwoordelikheid te versterk. Dié toevallige kliniese blootstelling het soos in die geval van die diensleerprojekte die belang van geestesgesondheidsopvoeding versterk. Dit is egter 'n dilemma om dié deurlopende blootstelling aan psigiatriese pasiënte in 'n kurrikulum te verseker as gevolg van die dissiplinêre silo's waarin mediese opleiding tradisioneel plaasvind (Frenk et al., 2010).

Die waarde wat die rolmodellering van psigiaters speel om stigma te verminder, soos bepleit deur die WPA en WFMO (1999) en bevind is deur Augoustinos et al. (1985), het ook uit die resultate geblyk. 'n Jaar na die MKRP het studente steeds waardering gehad vir die bydrae wat psigiaters gemaak het om persepsies van aanvaarding, begrip, deernis en respek teenoor psigiatriese pasiënte te vestig.

It was so amazing to watch this doctor . . . engage so well with these patients and they showed so much compassion and so much love to these patients. I think that is the most important thing that I've learnt, . . . to show them that you are there for them. You are going to try to do the best that you can for them.

Nie-stigmatiserende persepsies was na 'n jaar steeds teenwoordig na aanleiding van die wyse waarop psigiaters studente tydens die MKRP met respek en as gelyke vennote in die gesondheidsorgspan hanteer het, die formatiewe terugvoer wat hulle aan studente gegee het en die langer tyd wat met studente spandeer is (Cutler et al., 2009; McParland, 2003; Melrose & Shapiro, 1999; WPA & WFMO, 1999).

Tydens die opvolg fokusgroeponderhoude 'n jaar later, het dit geblyk dat ses studente reeds die LKRP voltooi het. Dit is nie in die aanvanklike beplanning van die studie voorsien nie. Dié studente het gerapporteer dat die LKRP hulle persepsie van gemaklikheid bevorder het en hulle verdere selfvertroue gegee het om psigiatriese pasiënte te hanteer. Aan die anderkant het die LKRP bygedra dat van die stigmatiserende persepsies wat voor die MKRP gerapporteer is weer by sommige studente teruggekeer het.

5.3 Redes vir stigmatiserende persepsies na die MKRP

Twee studente het tydens die LKRP weer persepsies van hopeloosheid en magteloosheid teenoor psigiatriese pasiënte begin ervaar as gevolg van die chroniese aard van psigiatriese steurings waaraan hulle blootgestel is. Dit het studente frustreer dat daar nie kitsoplossings is nie. Ten spyte hiervan het hierdie studente steeds 'n persepsie van verantwoordelikheid gerapporteer. Direk na die MKRP was daar 'n student wat stigmatiserende persepsies van hopeloosheid en magteloosheid toegeskryf het aan die komplekse en chroniese aard van pasiënte onder kwaternêre sorg. Dit strook met Boey (1985) en Kassam et al. (2011) se bevindings waarom studente na 'n psigiatrierotatie selfs meer gestigmatiserende persepsies kan hê. Die oorweldigende sosio-ekonomiese omstandighede wat tydens die diensleerprojek ervaar is, was die rede waarom 'n ander student ook hierdie persepsie gehad het.

'n Verdere negatiewe invloed van die LKRP het veroorsaak dat twee studente psigiatriese pasiënte met minder deernis en weer as geobjektiveerde kliniese gevalle begin hanteer het. Hulle het die mens agter die siekte begin miskyk en dit toegeskryf aan die kil, biologiese benadering wat tydens die LKRP gemodelleer is. Dit bevestig waarom daar kommer is oor die sterk biomediese inslag wat psigiaters het en waarom die "integreer van die wetenskaplike, humanistiese en tegnologiese aspekte van kennis" (WPA & WFMO, 1999:248) bepleit word. Die bereiking van 'n balans tussen die biologiese en psigodinamiese perspektiewe bly egter 'n uitdaging solank daar binnegevegte tussen psigiaters is oor die biologiese versus die psigodinamiese benaderings tot psigiatriese steurings (Brog & Guskin, 1998).

Die persepsie van vreesagtigheid het by twee student teruggekeer. Een het gevoel dat kliniese vaardighede nie goed vasgelê was na die MKRP nie, terwyl 'n ander dit toegeskryf het aan 'n gebrek aan selfvertroue omdat kliniese vaardighede in psigiatrie vir 'n jaar nie gebruik was nie. Virtala et al. (1998) het dieselfde bevind, waarop Cutler et al. (2009) voorgestel het dat meer

kontaktyd en direkte betrokkenheid by pasiëntsorg studente kan help om vrees te oorkom en om selfvertroue te ontwikkel. Dit is egter belangrik dat die blootstelling nie aan pasiënte met gekompliseerde sturings moet wees nie (Kassam, 2011). Die persepsie van vreesagtigheid het nie teruggekeer nie by studente wat die geleentheid gehad het om hulle vaardighede na die MKRP te oefen.

Die persepsie van irritasie het by twee studente teruggekeer. Die een het na die MKRP 'n slegte ervaring met 'n psigiatriese pasiënt gehad tydens 'n rotasie by 'n ander dissipline, terwyl die ander die gebrekkige primêre gesondheidsorgsisteem daarvoor blameer het. Daar was nie tyd om psigiatriese pasiënte optimaal in 'n besige kliniek te sien nie. Kuhnigk et al. (2009) stel voor dat hierdie probleem opgelos kan word as geïntegreerde mediese sorg aan psigiatriese pasiënte 'n primêre doelwit raak. Frenk et al. (2010) bepleit die harmonisering tussen onderwys- en gesondheidstelsels, omdat hierdie interafhanklikheid noodsaaklik geag word vir pasiënt-gesentreerde sorg om te gebeur.

Frenk et al. (2010) wys ook *professional tribalism* uit as 'n groot rede waarom transformatiewe leer nie plaasvind nie. Die negatiewe gesindheid van dokters in ander dissiplines teenoor psigiaters en psigiatriese pasiënte het 'n invloed op twee studente na die MKRP gehad sodat hulle 'n jaar later minder deernis en 'n sin van verantwoordelikheid teenoor psigiatriese pasiënte gehad het.

Ten spyte van hierdie terugkeer van stigmatiserende persepsies by sommige studente, toon die resultate dat diensleeraktiwiteite, in kombinasie met 'n gunstige kliniese plasing, na 'n jaar steeds nie-stigmatiserende persepsies teenoor psigiatriese pasiënte tot gevolg gehad het. Die bevindings moet egter gesien word in die konteks van die studie se beperkings.

5.4 Beperkings, sterkpunte en aanbevelings sou die studie herhaal word

Permeabiliteit is 'n term wat in persoonlike konstruksie gebruik word. Dit dui die gereedheid aan om ontvanklik te wees vir selfkritiek en kritiek van ander; om jou onkunde of mislukking te erken; om eerlik met jouself en ander te wees; en om prosesse van selfrefleksie en refleksie te gebruik oor en in aksie (Zuber-Skerritt, 2002). In retrospek en na kritiese refleksie oor besluite wat geneem is en prosesse wat gevolg is, is die volgende beperkings en sterkpunte van die studie geïdentifiseer en kan aanbevelings gemaak word hoe die studie verbeter kan word as dit in die toekoms herhaal word.

In hierdie studie het die navorser gedien as evalueerder van die kurrikulum, diensleer- en opleidingskoördineerder, dosent, fasiliteerder van groeprefleksies, formatiewe en summatiewe assesseerder van skriftelike refleksies en groepsvoordragte. Een van die uitdagings as 'n dosent refleksies merk, is dat studente sou kon skryf wat hulle dink jy wil hoor (Sanders, 2009) en dat daar

beperkings is om 'n geloofwaardige verhouding te skep tussen die dosent en die student (Palmer, 1997). Patton (2001) beskryf ook die dilemma van 'n interpretatiewe navorser om neutraal te bly en nie bevooroordeel te wees nie, iets wat met die beste pogings altyd tot 'n mate teenwoordig is. Die stappe wat die navorser geneem het om vooroordeel te beperk, is op bladsy 38 bespreek.

Daar was verskeie geleenthede vir refleksie in hierdie studie, naamlik 'n groeprefleksie eenkeer per week (vier altesaam) en drie skriftelike gestruktureerde refleksies (voor, tydens en na die MKRP). Dosente en gemeenskapvennote het tydens voordragte op die laaste dag terugvoer aan studente gegee. In retrospek sou dit van waarde gewees het as gemeenskapvennote en dosente ook hul mening kon gee oor die verandering in persepsies wat by studente waargeneem het (Eyler, 2002).

'n Jaar na die MKRP is opvolg fokusgroeponderhoude gehou. In retrospek sou dit die verifiëring van data verbeter het as studente oor die verloop van die jaar 'n joernaal bygehou het of met die laaste onderhoud ook 'n refleksie geskryf het. Dit was egter nie prakties moontlik nie. Verder is die persepsies van studente 'n jaar na die MKRP bepaal. Dit sou van waarde wees om 'n longitudinale studie (Kiely, 2005; Astin & Sax, 1998) te doen om te bepaal wat die rol van 'n diensleerbenadering op die persepsies van gegradueerdes in die praktyk is.

Die suiwer kwalitatiewe aard van die studie het waardevolle inligting verskaf oor studente se selfverslag en oortuigings, maar volgens Steinke en Buresh (2002) gee dit nie objektiewe bevestiging van transformatiewe leer nie. Die bykomende gebruik van gestandaardiseerde vraelyste om persepsies en houdings van studente teenoor psigiatriese pasiënte te bepaal kon die triangulasie versterk het (Patton, 2001). Soos in Hoofstuk 3 gemeld is, is daar heelwat studies in die literatuur beskryf om die houdings en persepsies van studente jeens Psigiatrie te identifiseer deur van vraelyste gebruik te maak. Nie een van die studies het egter die ryk anekdotiese bewys gelewer waarom diensleeraktiwiteite, in kombinasie met 'n gunstige kliniese plasing, lei tot die verandering in persepsies teenoor psigiatriese pasiënte nie, én waarom die persepsies nog grotendeels na 'n jaar teenwoordig was nie. Die navorser kon ook nie in die literatuur vind dat die persepsies van begrip, aanvaarding, respek, gemaklikheid, deernis en verantwoordelikheid in instrumente gebruik word om destigmatisering te beskryf nie. In toekomstige studies mag dit van waarde wees om 'n instrument te ontwikkel om hierdie persepsies te bepaal.

Hierdie studie kan ook in verskeie kontekste en aan verskeie instansies herhaal word deur van dieselfde konstrakte, intervensie en metodes gebruik te maak (Furco (2003) in Naude, 2007). Daarom sal dit van waarde wees as daar 'n doelgerigte poging is om te bepaal wat die langtermyn effek van 'n diensleerbenadering tydens psigiatreriesessies op gesondheidsberoepslui se persepsies teenoor psigiatriese pasiënte is (Galka et al., 2005; Astin & Sax, 1998).

6 Gevolgtrekkings en aanbevelings

In die vorige hoofstukke is daarop gewys dat medici en mediese studente se stigmatiserende persepsies teenoor psigiatriese pasiënte 'n negatiewe impak op effektiewe behandeling het, veral gesien in die lig van die groterwordende las wat die toename in psigiatriese steurings op gemeenskappe en gesondheidsisteme plaas. Heelwat pogings is aangewend en aanbevelings gemaak om mediese studente se persepsies teenoor psigiatriese pasiënte te destigmatiseer. Daar is bevind dat persepsies gewoonlik verbeter direk na 'n kliniese rotasie in Psigiatrie, maar dat stigmatiserende persepsies meestal binne 'n jaar terugkeer.

In 2010 is die MKRP hersien en 'n diensleercomponent bygevoeg. Die navorsingsvraag wat hieruit ontwikkel is, is: Wat is die invloed van 'n diensleerbenadering op die destigmatisering van mediese studente se persepsies teenoor psigiatriese pasiënte? Die resultate dui daarop dat vierde en vyfde jaar mediese studente voor hulle eerste kliniese rotasie in psigiatrie, stigmatiserende persepsies teenoor psigiatriese pasiënte gehad het. Dieselfde bevindinge is wêreldwyd in vele ander studies gevind (sien Hoofstuk 2).

In antwoord op die navorsingsvraag is bevind dat 'n diensleerbenadering 'n betekenisvolle effek gehad het op die destigmatisering van mediese studente se persepsies teenoor psigiatriese pasiënte. 'n Jaar later was nie-stigmatiserende persepsies van begrip, aanvaarding, gemaklikheid, deernis, respek en verantwoordelikheid grotendeels steeds teenwoordig. Dit toon die transformatiewe waarde van diensleer as daar sinvolle en relevante diens in en met die gemeenskap gelewer word, daar beter akademiese leer is, daar doelbewus klem gelê word op sosiale verantwoordbaarheid, en daar gestruktureerde refleksie plaasvind.

Meeste aanbevelings wat in die literatuur gemaak word om mediese studente se persepsies te verander (sien 2.2.4, bl. 20) kan by 'n diensleerbenadering geïnkorporeer word soos inderdaad met die studie getoon is. Die resultate dui daarop dat die aanbevelings wat gemaak is, geldig is, en effektief met 'n diensleerbenadering geïmplementeer kan word.

Die grootste bydrae wat die lewering van diens by gemeenskapsorganisasies tot destigmatisering gelewer het, was die bou van sosiale verhoudings met psigiatriese pasiënte. Daarmee saam was dit studente se belewenis van die rol wat sosio-ekonomiese omstandighede, waaronder MIV, geweld, substansmisbruik en armoede, gespeel het in die herstel van psigiatriese pasiënte en hulle families en hul deelname in die gemeenskap.

Die diensleerbeginsel om doelbewus klem op sosiale verantwoordbaarheid te lê, het nie-stigmatiserende persepsies tot gevolg gehad. Behoeftes is saam met gemeenskappe en diensorganisasies geïdentifiseer om psigiatriese pasiënte, of mense met 'n hoë risiko om

psigiatrisie steurings te ontwikkel, te help; om geestesgesondheid te bevorder; om psigiatrisie steurings te voorkom; en om sisteme te verbeter sodat 'n beter diens aan psigiatrisie pasiënte en die gemeenskap gelewer kan word.

Akademiese leer is verbeter deur die rolmodellering deur gemeenskapvennote, wat ook nie-mediese persone ingesluit het. Die benadering en voorbeeld van hierdie fasiliteerders het balans gebring met betrekking tot die biomediese model waaraan studente meestal blootgestel word en het gehelp dat studente die mens agter die siekte raaksien.

Refleksie het bygedra dat studente hulle belewenisse in die gemeenskap affektief-kognitief kon analiseer en integreer met hulle teoretiese kennis en kliniese ervaring. Die nie-stigmatiserende persepsies wat deur die proses van internalisering gevolg het, is 'n jaar later gedemonstreer deur die meerderheid studente se pasiëntgesentreerde benadering, hulle optrede as pleitbesorgers vir psigiatrisie pasiënte, hulle verbintenis tot die bevordering van geestesgesondheid en die voorkoming van psigiatrisie steurings.

'n Ander belangrike faktor wat saam met die diensleeraktiwiteite bygedra het dat daar na 'n jaar steeds nie-stigmatiserende persepsies teenwoordig was, is die kliniese plasing in 'n vriendelike omgewing waar studente blootgestel was aan pasiënte wat nie ekstreme, gekompliseerde psigiatrisie steurings gehad het nie. Die groter beskikbaarheid van psigiaters en die voorbeeld wat hulle gestel het in die holistiese bio-psigo-sosiaal-spirituele benadering tot pasiëntsorg het 'n merkbare bydrae gelewer tot die ontwikkeling van nie-stigmatiserende persepsies.

'n Jaar na die kliniese rotasie in Psigiatrie het sekere stigmatiserende persepsies tot 'n mate by 'n kwart van studente teruggekeer. Die volgende aanbevelings wat gemaak word kan nie net help om dié terugkeer te verhoed nie, maar ook bydra om van die uitdagings wat GBO in die gesig staar (sien 2.1, bl. 10) aan te spreek:

- Diensleeraktiwiteite behoort deel gemaak te word van elke psigiatrierotasie.
- Studente neig om proporsioneel meer tyd te spandeer aan hulle diensleerprojekte, daarom is duidelike leiding nodig om te verseker dat studente 'n balans handhaaf tussen hulle self-gedrewe diensleerprojekte, hulle kliniese werk en studies.
- Kliniese plasings behoort in vriendelike omgewings te wees wat relevant is tot primêre gesondheidsorg en waar daar blootstelling is aan pasiënte met meer algemene psigiatrisie steurings. Kontak met ekstreme en komplekse psigiatrisie steurings behoort beperk te word.
- Daar behoort meer kontaktyd te wees met psigiatrisie pasiënte om kliniese vaardighede te ontwikkel.

- Meer kontaktyd behoort met psigiaters gereël te word en psigiaters behoort 'n doelbewuste poging aan te wend om nie 'n biomediese model van sorg te modelleer nie, maar 'n holistiese pasiënt-gesentreerde benadering.
- Geleenthede behoort onderhandel te word om kliniese vaardighede in psigiatrie in ander kliniese rotasies te oefen.
- Kernbevoegdhede (*core competencies / graduate attributes*) behoort in psigiatrie-kurrikula geïntegreer en geassesseer te word en daar behoort nie uitsluitlik op dissiplinêre kennis gefokus te word nie (WPA & WFMO, 1999).
- Die universiteit behoort 'n aktiewe poging aan te wend om harmonisering met al die gesondheidsdienste tot stand te bring sodat die primêre gesondheidsorgstelsel meer relevant en toeganklik vir psigiatrisie pasiënte kan wees. Sodoende kan 'n platform geskep word vir sisteemgebaseerde onderrig (Frenk et al., 2010).
- Doelgerigte veranderingsbestuur onder alle fasiliteerders van leer is nodig om houdings en persepsies teenoor psigiatrisie pasiënte te verander. Dit kan deel vorm van die FGGW se kapasiteitsbouprogram om kernbevoegdhede te ontwikkel en te assesseer as deel van 'n verbintenis tot maatskaplike verantwoordbaarheid.

Dit sal van waarde wees om hierdie studie in verskeie kontekste en aan verskeie instansies te herhaal deur van dieselfde konstrakte, intervensie en metodes gebruik te maak. Verdere ondersoek is nodig om te bepaal tot hoe 'n mate 'n diensleerbenadering tydens psigiatrie-rotasies kan bydra tot die volhoubare destigmatisering van gesondheidsberoepsliede se persepsies teenoor psigiatrisie pasiënte. In toekomstige studies mag dit van waarde wees om 'n instrument te ontwikkel om persepsies van begrip, aanvaarding, respek, gemaklikheid, deernis en verantwoordelikheid te bepaal.

Ten slotte: wêreldwyd word die kommerwekkende dilemma beskryf dat studente se stigmatiserende persepsies meestal 'n jaar na 'n kliniese rotasie in Psigiatrie weer terugkeer. Na aanleiding van hierdie studie kan mediese skole wêreldwyd kennis neem dat 'n diensleerbenadering 'n betekenisvolle bydrae gelewer het tot die volhoubare destigmatisering van mediese studente se persepsies teenoor psigiatrisie pasiënte.

7 Verwysings

- Adkoli, B.V., Al-Umran, K.U., Al-Sheikh, M., Deepak, K.K. & Al-Rubaish, A.M. 2011. Medical students' perceptions of professionalism: a qualitative study from Saudi Arabia. *Medical Teacher*, 33:840–845.
- Al-Ansari, A. & Alsadadi, A. 2002. Attitude of Arabian Gulf University medical students towards Psychiatry. *Education for Health*, 15(2):180–188.
- Amerikaanse Psigiatriese-vereniging. 2012. *DSM-5 Development: Definition of a Mental Disorder* [Intyds]. Beskikbaar: <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=465> [2012, Julie, 18].
- Astin, A.W. & Sax, L.J. 1998. How undergraduates are affected by service participation. *Journal of college student development*, 39(3):251–263.
- Augoustinos, M., Schrader, G., Chynoweth, R. & Reid, M. 1985. Medical students' attitudes towards psychiatry: a conceptual shift. *Psychological Medicine*, 15:671–678.
- Babbie, E. & Mouton, J. 2001. *The practice of social research*. Cape Town: Oxford University Press.
- Ben-Zeev, D., Young, M.A. & Corrigan, P.W. 2010. DSM-V and the stigma of mental health. *Journal of Mental Health*, 19(4):308–327.
- Bernancki, M.L. & Jaeger, E. 2008. Exploring the impact of service-learning on moral development and moral orientation. *Michigan Journal of Community Service Learning*, Lente: 5–15.
- Boelen, C. & Heck, J.E. 1995. *Defining and measuring the social accountability of medical schools* [Intyds]. Beskikbaar: http://whqlibdoc.who.int/hq/1995/WHO_HRH_95.7.pdf [2012, Junie, 23].
- Boey, K.W. 1985. Medical students' attitudinal change associated with mental hospital experience. *Singapore Medical Journal*, 26(1):45–48.
- Bringle, R. & Hatcher, J. 1999. *Reflection in service-learning: Making meaning of experience* [Intyds]. Beskikbaar: http://www.usfca.edu/uploadedFiles/Destinations/Institutes_and_Centers/OSL/docs/Bringle_Making_Meaning_of_Exp.pdf [2012, Junie 23].
- Brog, M.A. & Guskin, K.A. 1998. Medical students' judgments of mind and brain in the etiology and treatment of psychiatric disorders. *Academic Psychiatry*, 22(4): 229–235.
- Brook, D.W., Gordon, C., Meadow, H. & Cohen, M.C. 1998. Education in behavioral medicine. *Medical Teacher*, 20(3):241–246.

- Burra, P., Kalin, R., Leichner, P., Waldron, J.J., Handforth, J.R., Jarret, F.J. & Amara, I.B. 1982. The ATP 39 – a scale for measuring medical students' attitudes to psychiatry. *Medical Education*, 16:31–38.
- Chang, C-K., Hayes, R.D., Perera, G., Broadbent, M.T.M., Fernandes, A.C., Lee, W.E., Hotopf, M. & Stewart, R. 2011. Life expectancy at birth for people with serious mental illness and other major disorders from a secondary mental health care case register in London. *PLoS ONE* 6(5): e19590.
- Cresswell, J.W. 1998. *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. Thousand Oaks: Sage.
- Crisp, A.H., Gelder, M.G., Rix, S., Meltzer, H.I. & Rowlands, O.J. 2000. Stigmatisation of people with mental illnesses. *The British Journal of Psychiatry*, 177:4–7.
- Cutler, J.L., Harding, K.J., Mozian, S.A., Wright, L.L., Pica, A.G., Masters, S.R. & Graham, M.J. 2009. Discrediting the notion “working with ‘crazies’ will make you ‘crazy’”: addressing stigma and enhancing empathy in medical student education. *Advances in Health Sciences Education*, 14:487–502.
- Denscombe, M. 2007. 3^{de} Uitgawe. *The good research guide for small-scale social research projects*. Maidenhead: Open University Press.
- Die Bybel*. 1983. Kaapstad: Bybelgenootskap van Suid-Afrika.
- Dogra, N., Anderson, J., Edwards, R. & Cavendish, S. 2008. Service user perspectives about their roles in undergraduate medical training about mental health. *Medical Teacher*, 30:e152–e156.
- Doori, S., Lim, H-J. & Chung, Y.J. 2011. Destigmatize Mental Illness: Role of Interactivity and Self-construal. 'n Referaat gelewer by die *Assosiasie vir Bemaking en Gesondheidsorgnavorsing se jaarlikse konferensie*. 23–25 Februarie, Steamboat Springs [intyds]. Beskikbaar: <http://www.amhcr.org/AMHCR%202011%20Proceedings.pdf> [2011 Augustus, 16].
- Dovidio, J.F., Major, B. & Crocker, J. 2000. Stigma: Introduction and overview, in Heatherton, T.F., Kleck, R.E., Hebl, M.R. & Hull, J.G. (reds.). *The social psychology of stigma*. Londen: The Guilford Press.
- Driscoll, A., Holland, B., Gelmon, S. & Kerrigan, S. 1996. An assessment model for service-learning: Comprehensive case studies of impact on faculty, students, community, and institution. *Michigan Journal of Community Service-Learning*, 3(1)66–71.
- Emsley, R.A. & Pienaar, W.P. 2005. 2^{de} Uitgawe. *Textbook of Psychiatry*. Tygerberg: Mental Health Information Centre.

- Engel, G.L. 1977. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286):129–139.
- Epstein, R.M. 2008. Reflection, perception and the acquisition of wisdom. *Medical Education*, 42:1048–1050.
- Erasmus, M. 2011. *An international perspective on North American international service learning: reflections based on South African service learning experiences* [Intyds]. Beskikbaar: <http://ctl.iupui.edu/common/uploads/library/CSL/CSL851768.pdf> [2012, Junie 23].
- Eyler, J.S. 2002. Reflection: Linking service and learning – Linking students and communities. *Journal of Social Issues*, 58(3):517–534.
- Eyler, J.S., Giles, D.E., Stenson, C.M., & Gray, C.J. 2001. 3^{de} Uitgawe. *At a glance: What we know about the effects of service-learning on college students, faculty, institutions and communities, 1993–2000* [Intyds]. Beskikbaar: <http://www.compact.org/wp-content/uploads/resources/downloads/aag.pdf> [2012, Junie 23].
- Feldman, T.B. 2005. Medical students' attitude towards Psychiatry and mental disorders. *Academic Psychiatry*, 29(4):354–356.
- Fernando, S.M., Deanne, F.P. & McLeod, H.J. 2010. Sri Lankan doctors' and medical undergraduates' attitudes towards mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45:733–739.
- Frank, J.R. (red). 2005 *The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care.* Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z.A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Fineberg, H. et al. 2010. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*, 376:1923–1958.
- Furco, A. 1996. *Service-learning: A balanced approach to experiential education* [Intyds]. Beskikbaar: http://www.ucalgary.ca/ccel/files/servicelearning/Furco_1996_A_Balanced_Approach.pdf [2012, Junie, 14].
- Galka, W.G., Perkins, D.V., Butler, N., Griffith, D.A., Schmetzer, A.D., Avirrappattu, G. & Lafuze, J.E. 2005. Medical students' attitudes toward mental disorders before and after a psychiatric rotation. *Academic Psychiatry*, 29(4): 357–361.
- Gelder, M.G. 1998. A core curriculum in psychiatry for medical students. Current opinion in psychiatry (forum). *Psychiatry in Medical Education*, 11:491–492.

Giles, D. E., & Eyler, J. S. 1994. *The impact of a college community service laboratory on students' personal, social and cognitive outcomes*. *Journal of Adolescence*, 17:327–339.

Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools (GCSA). 2010. [Intyds].

Beskikbaar: <http://www.healthsocialaccountability.org> [2011, Augustus 9].

Goffman, E. 1963. *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. New York: Simon & Schuster.

Haidet, P., Dains, J.E., Paterniti, D.A., Chang, T., Tseng, E. & Rogers, J.C. 2001. Medical students' attitudes toward patient-centered care and standardized patients' perceptions of humanism: a link between attitudes and outcomes. *Academic Medicine*, 76(10) Aanhangsel: S42–S44.

Harden, R.M., Sowden, S. & Dunn, W.R. 1984. Educational strategies in curriculum development: the SPICES model. *Medical Education*, 18:284–297.

Hatcher, J.A. & Erasmus, M.A. 2008. Service-learning in the United States and South Africa: A comparative analysis informed by John Dewey and Julius Nyerere. *Michigan Journal of Community Service Learning*, Herfs: 49–61.

Hawkridge, S. & Koen, L. 2005. The Influence of culture in Psychiatry, in Emsley, R.A. & Pienaar, W.P. (reds.). 2^{de} Uitgawe. *Textbook of Psychiatry*. Tygerberg: Mental Health Information Centre.

Hoër Onderwys Kwaliteitskomitee (HOKK). 2006a. *Service-learning in the curriculum – a resource for higher education institutions*. Pretoria: Raad vir Hoër Onderwys.

Howard, J. 1998. Academic service learning: A counternormative pedagogy, in Rhoads, R. & Howard, J. (reds). *Academic service learning: A pedagogy of action and reflection*. San Francisco: Jossey-Bass Uitgewers.

Howard, J. 2001. Service-learning course design workbook. Aanhangsel tot *Michigan Journal of Community Service Learning*, Companion volume: Somer.

Hunt, J.B., Bonham, C. & Jones, L. 2011. Understanding the goals of service-learning and community-based education: a systematic review. *Academic Medicine*, 86(2):246–251.

Kassam, A., Glozier, N., Leese, M., Loughran, J. & Thornicroft, G. 2011. A controlled trial of mental illness related stigma training for medical students. *BMC Medical Education*, 11:51.

Kerby, J., Calton, T., Dimambro, B., Flood, C. & Glazebrook, C. 2008. Anti-stigma films and medical students' attitudes towards mental illness and psychiatry: randomised controlled trial. *Psychiatric Bulletin*, 32:345–349.

- Kiely, R. 2005. A transformative learning model for service-learning: A longitudinal case study. *Michigan Journal of Community Service Learning*, Herfs: 5–22.
- Kuhnigk, O., Hofmann, M., Böthern, A.M., Haufs, C., Bullinger, M. & Harendza, S. 2009. Influence of educational programs on attitudes of medical students towards psychiatry: Effects of psychiatric experience, gender, and personality dimensions. *Medical Teacher*, 31: e303–e310.
- Le Grange, L. 2005. The 'idea of engagement' and 'the African university in the 21st century': some reflections. *South African Journal of Higher Education*, 19 (Spesiale uitgawe):1208–1219.
- Lindgren, S. & Gordon, D. 2011. The doctor we are educating for a future global role in health care. *Medical Teacher*, 33: 551–554.
- Link, B.G. & Phelan, J.C. 2001. Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27:363–385.
- Link, B.G., Yang, L.H., Phelan, J.C. & Collins, P.Y. 2004. Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3):511–541.
- Louw, D. 2008. *Cura vitae: Illness and the meaning of life*. Wellington: Lux Verbi.BM.
- Maree, K. (red.). 2010. *First steps in research*. Pretoria: Van Schaik.
- Marshall, C. & Rossman, G.B. 1999. 3^{de} uitgawe. *Designing qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- McParland, M., Noble, L.M., Livingston, G. & McManus, C. 2003. The effect of psychiatric attachment on students' attitudes and intention to pursue psychiatry as a career. *Medical Education*, 37:447–454.
- Mediese Navorsingsraad. 2008. *Guidelines on ethics in medical research: General principles* [Intyds]. Beskikbaar: <http://www.mrc.ac.za/ethics/ethicsbook1.pdf> [2010, Mei 22].
- Meili, R., Fuller, D. & Lydiate, J. 2011. Teaching social accountability by making the links: Qualitative evaluation of student experiences in a service-learning project. *Medical Teacher*, 33:659–666.
- Melrose, S. & Shapiro, B. 1999. Students' perceptions of their psychiatric mental health clinical nursing experience: a personal construct theory exploration. *Journal of Advanced Nursing*, 30(6):1451–1458.
- Mori, L., Panova, A. & Zelida, S.K. 2007. Perceptions of mental illness and psychotherapy in a sample of Asian, Hispanic, and White American college students. *Journal of Psychiatry, Psychology and Mental Health*, 1(2):36–43.

- Müller, F.R. 2011. Five basic worldviews in Africa. Ongepubliseerde klasnotas (Gesondheid en siekte in gemeenskappe 52450 471, MB, ChB Fase III – Teoretiese module). Tygerberg: Fakulteit Gesondheidswetenskappe, Universiteit Stellenbosch.
- Naudé, L. 2007. Service-learning and student development: the role of critical reflection. Ongepubliseerde doktorsproefskrif. Bloemfontein: Universiteit van die Vrystaat.
- Ng, R.M.K., Pearson, V., Chen, E.E.Y. & Law, C.W. 2010. What does recovery from schizophrenia mean? Perceptions of medical students and trainee psychiatrists. *International Journal of Social Psychiatry*, 57:248–261.
- Nieuhoff, M.G.H., Rademakers, J.J.D.J.M., Kuyvenhoven, M.B.M. & Ten Cate, T.H.J. 2005. Students' conceptions of the medical perception: an interview study. *Medical Teacher*, 27(8):107–714.
- Nieuwenhuis, J. 2010. Introducing qualitative research, in Maree, K. (red). *First steps in research*. Pretoria: Van Schaik.
- Norman, G. 2011. Fifty years of medical education research: waves of migration. *Medical Education*, 45(8):785–791.
- Nouwen, H.J.M. 1979. *The Wounded Healer*. New York: Image Books.
- Okayama, M. & Kayii, E. 2011. Does community-based education increase students' motivation to practice community health care? – a cross sectional study. *BMC Medical Education*, 11:19.
- Okoli, I. 2006. *The power of definition: How perception becomes reality* [Intyds] Beskikbaar: <http://www.powerofdefinition.com/contents.asp> [2011, Augustus 16].
- Palmer, J.P. 1997. Teaching and learning in community. *About Campus*, November – Desember: 4–13.
- Patton, M.Q. 2001. 3^{de} uitgawe. *Qualitative research and evaluation methods*. Londen: Sage.
- Pharez, M.C., Wals, N.D., Roussel, I.A. & Broome, B.A. 2008. Combining creativity and community partnership in mental health clinical experiences. *Nursing Education Perspectives*, 29(2):100–104.
- Pilgrim, D. 2009. 2^{de} uitgawe. *Key concepts in Mental Health*. Londen: Sage.
- Pomerantz, J. R. 2005. Perception: Overview, in Nadel, L. (red). *Encyclopedia of Cognitive Science* [Intyds]. Beskikbaar: http://www.credreference.com.ez.sun.ac.za/entry/wileycs/perception_overview [2011, Augustus 13].
- Quinn, N., Smith, M., Fleming, S., Shulman, A. & Knifton, L. 2011. Self and others: the differential impact of an anti-stigma programme. *Stigma Research and Action*, 1(1):36–43.

- Raad vir Gesondheidsberoepe van Suid-Afrika. 2011. Report of the workshop on core competencies for medicine, dentistry and clinical associates. Ongepubliseerde verslag van die Voorgraadse Onderwys- en Opleidingskomitee. Raad vir Gesondheidsberoepe van Suid-Afrika: Pretoria.
- Race, P. 2010. 2^{de} uitgawe. *Making learning happen: A guide for post-compulsory education*. Londen: SAGE.
- Republiek van Suid-Afrika (RSA). 2011. *Statutory health professional councils* [Intyds]. Beskikbaar: <http://www.doh.gov.za/list.php?type=Statutory%20health%20professional%20councils> [2011, Augustus 12].
- Rice, K. s.a. *Engaging all partners in reflection: Designing and implementing integrative reflection opportunities* [Intyds]. Beskikbaar: <http://main.uab.edu/Sites/undergraduate-programs/academic-engagement/service-learning/documents/64368.doc> [2012, Junie 23].
- RMC Research Corporation. 2003. *Reflection: K-12 Service-Learning* [Intyds]. Beskikbaar: http://www.servicelearning.org/instant_info/fact_sheets/k-12_facts/reflection [2012, Julie, 1].
- Roberts, L. Wiskin, C. & Roalfe, A. 2008. Effects of exposure to mental illness in role-play on undergraduate student attitudes. *Medical School Education*, 40:477–483.
- Rong, Y., Glozier, N., Luscombe, G.M., Davenport, T., Huang, Y. & Hickie, I.B. 2011. Improving knowledge and attitudes towards depression: a controlled trial among Chinese medical students. *BMC Psychiatry*, 11:1–10.
- Sandars, J. 2009. The use of reflection in medical education: AMEE Guide No. 44. *Medical Teacher*, 31: 685–695.
- Sartorius, N. & Schulze, H. 2005. *Reducing the stigma of mental illness: A report from a global programme of the World Psychiatric Association*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sartorius, N., Geabel, W., Cleveland, H-R., Stuart, H., Akiyama, T., Arboleda-Flórez, A., Baumann, A.E. et al. 2010. WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. *World Psychiatry*, 9(3):131–144.
- Save the Children Fund. 2011. *No Child Out of Reach - Time to End the Health Worker Crisis* [Intyds]. Beskikbaar: http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/No_Child_Out_of_Reach_1.pdf [2012, Mei 23].
- Sinclair, S. 1997. *Making doctors: an institutional apprenticeship*. Oxford: Berg.

- Sivakumar, K., Wilkenson, G., Toone, B.K. & Greer, S. 1986. Attitudes to psychiatry in doctors at the end of their first post-graduate year: two-year follow-up of a cohort of medical students. *Psychological Medicine*, 16:457–460.
- Smith-Tolken, A.R. 2010. Community engagement at a higher education institution: exploring a theoretical grounding for scholarly-based service-related processes. Ongepubliseerde doktorsproefskrif. Stellenbosch: Universiteit Stellenbosch.
- Snyman, S. 2009. Gespreksdokument: Opleiding van voorgraadse mediese studente in Psigiatrie, 25 Maart 2009. Ongepubliseerde verslag. Tygerberg: Universiteit Stellenbosch.
- Snyman, S. 2010. Fokusgroeponderhoude: Mediese studente se ervaring van die middel kliniese rotasie in psigiatrie gedurende 2008 en 2009. Ongepubliseerde transkripsies. Tygerberg: Universiteit Stellenbosch.
- Sockalingham, S. Stergiopoulous, V. Maggi, J. & Zaretsky, A. 2010. Quality education: a pilot quality improvement curriculum for psychiatry residents. *Medical Teacher*, 32:e221–e226.
- Steinke, P. & Buresh, S. 2002. Cognitive outcomes of service-learning: reviewing the past and glimpsing the future. *Michigan Journal of Community Service Learning*, Lente: 5–14.
- Swinton, J. 2001. *Spirituality and mental health care: rediscovering a 'forgotten' dimension*. Londen: Kingsley.
- Teacher Education Consortium in Service-Learning. 2003. *Learning to serve, serving to learn: A view from higher education* [Intyds]. Besikbaar: <http://www.eric.ed.gov/PDFS/ED481957.pdf> [2012, Junie 23].
- The Training for Health Equity Network. 2011. 1^{ste} weergawe. *THEnet's Social Accountability Evaluation Framework* [Intyds]. Besikbaar: <http://www.thenetcommunity.org/files/articles/Monograph%20print%20quality%20feb%201.pdf> [2012, Mei 23].
- Thistlethwaite, J.E. & Ewart, B.R. 2003. Valuing diversity: helping medical students explore their attitude and beliefs. *Medical Teacher*, 25(3):277–281.
- Universiteit Stellenbosch (US). 2010a. *Fakulteit Gesondheidswetenskappe: Jaarboek 2010, Deel 12*. Stellenbosch: Universiteit Stellenbosch.
- Universiteit Stellenbosch (US). 2010b. *Studiegids van MB, ChB IV & V: Fase III – Middel kliniese rotasies – Psigiatrie – Deel van kliniese rotasies 65722 471/511*. Tygerberg: SunMedia.
- Universiteit Stellenbosch (US). 2011a. *Definisies* [Intyds]. Besikbaar: <http://admin.sun.ac.za/gi/afrikaans/gi@us/definisie.htm> [2011, Augustus 13].

- Van Brakel, W.H. 2006. Measuring health-related stigma – a literature review. *Psychology, Health & Medicine*, 11(3):307–34.
- Verenigde State van Amerika (Departement van Gesondheid en Menslike Dienste). 1999. *Mental Health: A Report of the Surgeon General* [Intyds]. Beskikbaar: <http://profiles.nlm.nih.gov/ps/access/NNBBHS.pdf> [2011, Augustus 16].
- Virtala, A., Salmelin, R., Tamminen, T. & Anttinen, E. 1998. Changes towards psychiatric issues during medical education. *Medical Teacher*, 20(4):356–363.
- Vivekananda, P., Marshall, M., Stark, P., McKendree, J., Sandars, J. & Smithson, S. 2011. Lessons from medical students' perceptions of learning reflective skills: A multi-institutional study. *Medical Teacher*, 33:846–850.
- Wahl, F.O., Susin, J., Kaplan, L., Lax, A. & Zatina, D. 2011. Changing knowledge and attitude at a middle school mental health education curriculum. *Stigma research and action*, 1(1):44–53.
- Wear, D., Aultman, J.M., Varley, J.D. & Zarconi, J. 2006. Making fun of patients: Medical students' perceptions and use of derogatory and cynical humor in clinical settings. *Academic Medicine*, 81(5):454–462.
- Wee, L.A., Xin, Y.W. & Koh, G.C-H. 2011. Doctors-to-be at the doorstep – Comparing service-learning programs in an Asian medical school. *Medical Teacher*, 33:e471–e478.
- Wêreld Mediese-vereniging. 2008. *WMA Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects* [Intyds]. Beskikbaar: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3> [2010, Mei 22].
- Wêreld Psigiatrie-assosiasie (WPA) & Wêreldfederasie vir Mediese-onderwys (WFMO). 1999. Core curriculum in Psychiatry for medical students. *Medical Education*, 33:204–211.
- Wêreldfederasie vir Mediese-onderwys (WFMO). 1988. The Edinburgh Declaration. *Lancet*, 332(8608):464.
- Wêreldfederasie vir Mediese-onderwys (WMO). 2003. *Basic Medical Education: WFME global standards for quality improvement* [Intyds]. Beskikbaar: <http://www.wfme.org> [2011, Augustus 13].
- Wêreldgesondheidsorganisasie (WGO). 2001. *International classification of functioning, disability and health*. Geneve: Wêreldgesondheidsorganisasie.
- Wêreldgesondheidsorganisasie (WGO). 2008. *Commission on the Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health* [Intyds]. Beskikbaar: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf [2012, Mei 23].

Wêreldgesondheidsorganisasie (WGO). 2011. *Mental Health* [Intyds]. Beskikbaar: <https://apps.who.int/aboutwho/en/preventing/mental.htm> [2011, April 13].

Wilkinson, D.G., Toone, B.K. & Greer, S. 1983. Medical students' attitudes to psychiatry at the end of the clinical curriculum. *Psychological Medicine*, 13:655–658.

Winiarski, M.G. 1997. Understanding HIV/AIDS using the biopsychosocial/spiritual model, in Winiarski, M.G. (red.). *HIV Mental Health for the 21st Century*. New York: New York University Press. 3–22.

Yang, L.H., Kleinman, A., Link, B.G., Phelan, J.C., Lee, S. & Good, B. 2007. Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory. *Social Science & Medicine*, 64:1524–1535.

Zuber-Skerritt, O. 2002. A model for designing action learning and action research programs. *The Learning Organization*, 9(4):143–149.

Zull, J.E. 2002. *The art of changing the brain*. Sterling: Stylus Publishing.

8 Addenda

8.1 Addendum A: Deelnemerinligtingsblad en toestemmingsvorm



UNIVERSITEIT STELLENBOSCH
FAKULTEIT GESONDHEIDSWETENSKAPPE



DEELNEMERINLIGTINGSBLAD EN -TOESTEMMINGSVORM

TITEL VAN DIE NAVORSINGSPROJEK

Die invloed van 'n diensleerbenadering in die destigmatisering van mediese studente se persepsies teenoor psigiatriese pasiënte

VERWYSINGSNOMMER

N09/11/320

NAVORSER

Dr ISdeW (Stefanus) Snyman
Departement Psigiatrie (K2027A)
Fakulteit Gesondheidswetenskappe
Universiteit van Stellenbosch
Francie van Zijl Rylaan
Tygerberg
7505

Telefoon (werk): 021 938 9768

Selfoon: 082 557 1056

E-pos: ssnyman@sun.ac.za

UITNODIGING

U word genooi om deel te neem aan 'n navorsingsprojek. Lees asseblief hierdie inligtingsblad op u tyd deur aangesien die detail van die navorsingsprojek daarin verduidelik word. Indien daar enige deel van die navorsingsprojek is wat u nie ten volle verstaan nie, is u welkom om die navorsingspersoneel daaroor uit te vra. Dit is baie belangrik dat u ten volle moet verstaan wat die navorsingsprojek behels en hoe u daarby betrokke kan wees. U deelname is ook volkome vrywillig en dit staan u vry om deelname te weier. U sal op geen wyse hoegenaamd negatief beïnvloed word indien u sou weier om deel te neem nie. U mag ook te eniger tyd aan die navorsingsprojek onttrek, selfs al het u ingestem om deel te neem.

Hierdie navorsingsprojek is deur die Komitee vir Mensnavorsing van die Universiteit Stellenbosch goedgekeur en sal uitgevoer word volgens die etiese riglyne en beginsels van die Internasionale

Verklaring van Helsinki en die Etiese Riglyne vir Navorsing van die Mediese Navorsingsraad (MNR).

WAT BEHELS HIERDIE NAVORSINGSPROJEK?

Die navorsing sal uitgevoer word by die Tygerberg Mediese Skool en by Stikland Hospitaal. Mediese studente, wat die Middel Rotasie in Psigiatrie voltooi, sal deel vorm van die navorsingsprojek.

In 2010 word daar aanpassings gemaak aan die manier waarop die Middel Kliniese Rotasie in Psigiatrie aangebied word.

Die doel van hierdie navorsing is om te bepaal wat die invloed van 'n diensleerbenadering in die destigmatisering van mediese studente se persepsies teenoor psigiatriese pasiënte

Die volgende subvrae het tydens die ontwerp van die studie na vore gekom:

- Watter positiewe veranderinge het 'n diensleerbenadering, indien enige, tot studente se persepsies ten opsigte van psigiatriese pasiënte teweeggebring?
- In watter mate was die moontlike nie-stigmatiserende persepsies wat 'n diensleerbenadering tot gevolg kon hê, steeds na 'n jaar teenwoordig?

Daar sal 2 groepe, met 8 studente in elke groep, gekies word. In-diepte onderhoude met die fokusgroepe sal geskied direk na die MKRP by wyse van semi-gestruktureerde vrae wat as stimulering vir gesprek sal dien. Alle response sal anoniem met 'n digitale stemopnemer opgeneem word, waarna onafhanklike en volledige transkribering sal plaasvind. 'n Ontleding van hierdie tekste sal daarna gedoen word ten einde temas en kategorieë te bepaal. Dit sal as basis vir afleidings en gevolgtrekkings dien waaruit aanbevelings gemaak kan word. Die proses sal 'n jaar later herhaal word. Studente se refleksie sal op soortgelyke wyse ontleed word.

Die keuring van die studente vir die fokusgroep sal doelgerig (*purposive*) geskied sodat diversiteit ten opsigte van ras, taal, en geslag per fokusgroep verseker sal word.

WAAROM IS U GENOOI OM DEEL TE NEEM?

U is gekies omdat u die Middel Kliniese rotasie in Psigiatrie deurloop het.

WAT SAL U VERANTWOORDELIKHEDE WEES?

U sal gevra word om direk na afloop van die Middel Kliniese Rotasie in Psigiatrie en 'n jaar vir ongeveer 'n uur deel te neem aan 'n semi-gestruktureerde onderhoud by die Mediese Skool, Tygerbergkampus.

SAL U VOORDEEL TREK DEUR DEEL TE NEEM AAN HIERDIE NAVORSINGSPROJEK?

Daar is geen direkte voordeel vir u om aan die navorsingsprojek deel te neem nie. U waardevolle insette kan egter 'n groot bydrae help lewer om te verseker dat studente wat na u deur Psigiatrie roteer, die beste moontlike onderrig en opleiding ontvang.

IS DAAR ENIGE RISIKO'S VERBONDE AAN U DEELNAME AAN HIERDIE NAVORSINGSPROJEK?

Daar is geen wesentliche risiko's verbonde aan die navorsing nie. Die fasiliteerders van die onderhoude is nie dosente by Psigiatrie nie, dus kan u gemaklik en openhartig gesels. Die transkripsie word ook anoniem gedoen. Dit is geen probleem indien u nie u weg oopsien om aan die navorsing deel te neem nie. Daar sal nie teen u gediskrimineer word as u nie wil deelneem nie of as u later sou onttrek.

WAT SAL GEBEUR IN DIE ONWAARSKYNLIKE GEVAL VAN 'N BESERING WAT MAG VOORKOM AS GEVOLG VAN U DEELNAME AAN HIERDIE NAVORSINGSPROJEK?

Dit is nie 'n kliniese proef waar mediese ingrepe en medikasie betrokke is nie. Die onderhoude is ook so gestruktureer dat u nie emosionele skade berokken sal word nie.

SAL U BETAAL WORD VIR DEELNAME AAN DIE NAVORSINGSPROJEK EN IS DAAR ENIGE KOSTE VERBONDE AAN DEELNAME?

U sal nie betaal word vir deelname aan die navorsingsprojek nie. Deelname aan die navorsingsprojek sal u niks kos nie.

IS DAAR ENIGIETS ANDERS WAT U MOET WEET OF DOEN?

U kan die Komitee vir Mensnavorsing kontak by 021 938 9207 indien u enige bekommernis of klagte het wat nie bevredigend deur die projekteier hanteer is nie.

U sal 'n afskrif van hierdie inligting- en toestemmingsvorm ontvang vir u eie rekords.

VERKLARING DEUR DEELNEMER

Met die ondertekening van hierdie dokument onderneem ek, _____, om deel te neem aan 'n navorsingsprojek getiteld *Die invloed van 'n diensleerbenadering in die destigmatisering van mediese studente se persepsies teenoor psigiatriese pasiënte*

Ek verklaar dat:

- Ek hierdie inligting- en toestemmingsvorm gelees het of aan my laat voorlees het en dat dit in 'n taal geskryf is waarin ek vaardig en gemaklik mee is.
- Ek geleentheid gehad het om vrae te stel en dat al my vrae bevredigend beantwoord is.
- Ek verstaan dat deelname aan hierdie navorsingsprojek **vrywillig** is en dat daar geen druk op my geplaas is om deel te neem nie.
- Ek te eniger tyd aan die navorsingsprojek mag onttrek en dat ek nie op enige wyse daardeur benadeel sal word nie.
- Ek gevra mag word om van die navorsingsprojek te onttrek voordat dit afgehandel is indien die studieleier of navorser van oordeel is dat dit in my beste belang is, of indien ek nie die ooreengekome navorsingsplan volg nie.

Geteken te (*plek*) _____

op (*datum*) _____

Handtekening van deelnemer

Handtekening van getuie

VERKLARING DEUR NAVORSER

Ek, Dr ISdeW Snyman, verklaar dat:

- Ek die inligting in hierdie dokument verduidelik het aan _____
- Ek hom/haar aangemoedig het om vrae te vra en voldoende tyd gebruik het om dit te beantwoord.
- Ek tevrede is dat hy/sy al die aspekte van die navorsingsprojek soos hierbo bespreek, voldoende verstaan.

Geteken te (*plek*) _____

op (*datum*) _____

Handtekening van hoofnavorser

Handtekening van getuie

8.2 Addendum B: Vrae en aansporings vir fokusgroeponderhoude

VRAE EN AANSPORINGS

HOUDINGS

Wat was jou houding of gesindheid ten opsigte van Psigiatrie en psigiatriese siektes vóór jy met die Middel Rotasie begin het?

- Hoekom was dit jou houding?

Het jou gesindheid teenoor *Psigiatrie* as vakgebied en *psigiatriese siektes* verander na afloop van die rotasie?

- Wat het gemaak dat dit verander? Watter ervaring het die meeste bygedra tot die verandering in gesindheid?

Hoe het die ervaring jou gesindheid teenoor die mediese kursus en mediese beroep in die algemeen verander?

KENNIS

Jy het in jou derdejaar 'n reeks Psigiatrie-lesings gehad. Die Middel Rotasie het kennelik bygedra dat jou kennis van psigiatrie verder uitgebrei het.

- Wat het die meeste daartoe bygedra? (Plasing / ervaring / blootstelling / geval?)
- Wat staan vir jou uit as hoogtepunt met betrekking tot dit wat jy akademies geleer het? Hoekom?

VAARDIGHEDE

Watter vaardighede het jy tydens die rotasie bygeleer?

- Het jou kommunikasievaardighede verbeter? Hoekom?

Sal jy met vertroue 'n persoon kan bystaan met die nodige berading (counselling), wat baie emosioneel is en in jou spreekkamer begin huil as gevolg van persoonlike probleme? Hoekom?

Kan jy met selfvertroue 'n deeglike psigiatriese onderhoud voer om jou te help om 'n differensiële diagnose te maak?

- Waar het jy die vaardighede die beste geleer?
- Waarmee is jy nog ongemaklik as dit by die voer van 'n Psigiatriese onderhoud en die bepaling van 'n geestesfunksie-evaluasie kom?

PERSOONLIKE GROEI

In die konteks van persoonlike groei: Wat van jouself verstaan jy beter na afloop van die rotasie?

- Het jy enige nuwe (algemene) lewensvaardighede bygeleer? Wat?
- Kan jy jouself beter geestelik (mentally) versorg na die rotasie? Hoekom?
- Kan jy beter in 'n spanverband saamwerk? Hoekom?

QUESTIONS AND PROMPTS

ATTITUDES

What was your attitude regarding Psychiatry and psychiatric disorders before you commenced with the Middle Rotation?

- Why was this your attitude?

Did your attitude towards Psychiatry as a subject of study and psychiatric disorders changed upon completion of the rotation?

- What caused this change? Is there a specific experience that contributed mostly to the change in attitude?

How did this experience changed your attitude towards the medical course and the medical profession in general?

KNOWLEDGE

You've had a series of lectures in Psychiatry in your third year. The Middle Rotation probably contributed to the expansion of your knowledge of Psychiatry.

- What contributed mostly to this? (Placement / experience / exposure / case?)
- What is the highlight regarding your academic learning that took place? Why?

SKILLS

What new skills did you obtain during the rotation

- Did your communication skills improve? Why?

Would you with confidence be able to counsel and support a patient, who breaks down in tears in your surgery due to personal problems? Why?

Are you able to conduct a thorough psychiatric interview with confidence helping you to make a differential diagnosis in the process?

- Where did you learn these skills the best?
- With what are you still uncomfortable in conducting a psychiatric interview and performing a mental state examination?

PERSONAL GROWTH

In the context of personal growth: What do you understand better about yourself?

- Did you obtain any new (general) life skills? What?
- Are you able to care better for yourself mentally after the rotation? Why?
- Are you able function better as part of a team? Why?

SOSIALE VERANTWOORDELIKHEID

Het jy 'n beter begrip vir impak wat psigiatriese siektes op die gemeenskap en families het?

Wat gaan jy eendag as dokter doen ten opsigte van psigiatriese siektes in jou praktyk en in die gemeenskap?

- Hoe het die rotasie tot die voorneme bygedra?

TEN SLOTTE

Wat was jou hoogtepunt van die rotasie?

Wat was jou laagtepunt van die rotasie?

Wat sal jy vir die rotasie aanbeveel om leer nog verder te bevorder?

SOCIAL RESPONSIBILITY

Do you have a better understanding of the impact psychiatric disorders have on families and the community?

What would you do as doctor in you practice one day regarding mental disorders? And in the community?

- How did this rotation contribute to this intention?

CONCLUDING

What was the highlight of the rotation?

What was the anticlimax of the rotation?

Can you recommend anything to improve learning during the rotation?

8.3 Addendum C: Etiese klaring



UNIVERSITEIT-SELLENBOSCH-UNIVERSITY
jou kennisvennoot • your knowledge partner

Ethics Letter

03-Oct-2012

Ethics Reference #: N09/11/320

Clinical Trial Reference #:

Title: Die invloed van n diensleerbenadering in die destigmatisering van mediese studente se persepsies teenoor psigiatriese pasiente.

Dear Doctor Isak Snyman,

Your application for an amendment to the protocol dated 28 September 2012 refers.

The protocol title has been changed as requested.

If you have any queries or need further assistance, please contact the HREC Office 0219389657.

Sincerely,

REC Coordinator
Franklin Weber
Health Research Ethics Committee 1