

***Die evaluering van die Arbeidsterapie Toegepaste Chirurgie-
Kurrikulum vir derdejaarstudente
aan die Universiteit van Wes-Kaapland***

Jo-Cel ne de Jongh

***Tesis ingelewer ter gedeeltelike vervulling van die
vereistes vir die graad Magister Philosophiae
in die Fakulteit Opvoedkunde
Universiteit van Wes-Kaapland***



STUDIELEIER : PROFESSOR OWEN VAN DEN BERG

DATUM : SEPTEMBER 1996

ABSTRACT

This study arose from the work of Coetzee (1991), who attempted to formulate a set of philosophical or theoretical criteria in terms of which a curriculum (and, in that case, an Occupational Therapy curriculum) could be located. Coetzee's work produced a set of criteria in terms of which curriculum documents could be evaluated, and which she hoped could be useful for the development of guidelines for the reconstruction of the curriculum for the training of Occupational Therapists in South Africa. Coetzee's admission that such criteria would also need to be tested against the rigours of practice provided the spur for this study of the curriculum-in-action.

This study set out, accordingly, to track by means of an action research methodology, the teaching of an applied surgery course presented to third-year Occupational Therapy students at the University of the Western Cape in 1993. The teaching of the program, and the classroom dynamics, were monitored and documented, using a variety of data collection techniques.

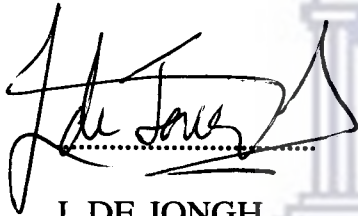
It was found that the course, probably in line with most of those taught in South African Occupational Therapy training programmes, followed an academic rationalistic approach, with an emphasis on the mastery of predetermined knowledge and its subsequent application in the practical or clinical situation. It was also found that, although the Coetzee criteria were designed to deal with curriculum documents, they provided a useful framework against which to evaluate, and reflect upon, the curriculum-as-implemented.

The major conclusion to which this study comes is that, however useful a theoretical formulation of curriculum criteria might be, the likelihood that Occupational Therapy educators will reflect on and move to change their ways can be enhanced by their attempting to evaluate their own actual teaching in the university or clinical setting, and to do so by employing an action research methodology that also involves their students as commentators.

(ii)

VERKLARING

Ek, die ondergetekende verklaar hiermee dat die werk in hierdie tesis vervat, my eie oorspronklike werk is wat nog nie vantevore in die geheel of gedeeltelik by enige ander Universiteit ter verkryging van 'n graad voorgelê is nie.



J. DE JONGH



UNIVERSITY of the
WESTERN CAPE

12-03-97.

DATUM

(iii)

DANKBETUIGINGS

Ek bedank graag:

Prof Owen van den Berg, Studieleier, Fakulteit Opvoedkunde, UWK vir sy ondersteunende en konstruktiewe kritiek en raad met die verloop van my navorsing.

My mede-kollegas in die Departement Arbeidsterapie vir hul volgehoue ondersteuning en tyd wat hulle aan my toegestaan het om my tesis te voltooi.

My man, Klaas, vir sy volgehoue, onselfsugtige ondersteuning en sy bystand met die versorging van Johél en Ludwine.

UNIVERSITY of the
WESTERN CAPE

INHOUDSOPGAWE

HOOFSTUK 1: DIE ONTSTAAN VAN MY STUDIE

1.1	Inleiding	1
1.2	Persoonlike agtergrond	2
1.3	My rol as Kliniese Arbeidsterapeut te Tygerberg Hospitaal	4
1.4	My rol as Kliniese Arbeidsterapeut in die privaat praktyk	5
1.5	My rol as Arbeidsterapie lektor te Universiteit van Wes- Kaapland	7
1.6	Die ontstaan van die Fakulteit van Gemeenskaps- en Gesondheidswetenskappe	11
1.7	Die Departement Arbeidsterapie te Universiteit van Wes-Kaapland	14
1.8	Samevatting	21

HOOFSTUK 2: NAVORSINGSMETODOLOGIE

2.1	Inleiding	23
2.2	Kwalitatiewe navorsing	24
2.3	Aksienavorsing as metodologie	27
2.4	Data-insamelingstegnieke	29
2.4.1	Studente	30
2.4.2	My eie dagboek	30

(v)

2.4.3	Onderhoude	30
2.4.4	Waarnemers	31
2.4.5	Departementele vraelys	31
2.5	Analisering van data	32
2.6	Samevatting	34

HOOFSTUK 3: NARRATIEF VAN DIE TOEGEPASTE CHIRURGIE-MODULE

3.1	Inleiding	35
3.2	Navorsingsbeplanning	35
3.3	Voorskouing en bekommernisse	38
3.4	Narratief van en kommentaar oor die aanbieding van die toegepaste chirurgie-module	42
3.4.1	Maandag 8 Maart 1993: Eerste sessie oor brandwonde 14h00 - 16h15	42
3.4.2	Dinsdag 9 Maart 1993: Tweede sessie oor brandwonde 10h50 - 12h20	46
3.4.3	Woensdag 10 Maart 1993: Derde sessie oor brandwonde 11h40 - 13h30	50
3.4.4	Woensdag 10 Maart 1993: Besoek aan Tygerberg Hospitaal se brandwondeenheid 14h00 - 16h15	53
3.4.5	Maandag 15 Maart 1993: Vierde sessie oor amputasie 14h00 - 16h15	56

3.4.6	Dinsdag 16 Maart 1993: Vyfde sessie oor amputasies 10h50 - 12h20 (Stompverbinding)	60
3.4.7	Woensdag 17 Maart 1993: Sesde sessie oor amputasies (prostese) 11h40 - 13h00	63
3.4.8	Woensdag 17 Maart 1993: Besoek aan G.F. Jooste-hospi- taal, behandeling van 'n amputasie-geval 14h00 - 16h15	65
3.4.9	Maandag 22 Maart 1993: Sewende sessie oor die gemeen- skapskomponent ten opsigte van brandwonde en amputasies - (Kirstie)	67
3.4.10	Dinsdag 23 Maart 1993: Besoek aan Karl du Toit sentrum vir gehoorgestremdes 10h50 - 12h20	70
3.4.11	Woensdag 24 Maart 1993: Agste sessie oor plastiese en torakale chirurgie en mastektomie 14h00 - 16h15	72
3.4.12	Maandag 29 Maart 1993: Besoek aan Groote Schuur hospitaal se niereenheid 14h00 - 16h15	77
3.4.13	Dinsdag 30 Maart 1993: Negende sessie oor nieroor- plantings en dialise 10h50 - 12h20	80
3.4.14	Woensdag 31 Maart 1993: Tiende sessie oor doof- en hardhorendheid 11h40 - 13h00	83
3.4.15	Woensdag 31 Maart 1993: Elfde sessie oor Oogheelkunde deur Kirstie 14h00 - 16h15	86
3.4.16	Dinsdag 13 April 1993: Twaalfde sessie oor Oogheel- kunde deur Kirstie 10h50 - 12h20	86
3.5	Samevatting	88

HOOFSTUK 4: NABETRAGTING OOR MY NAVORSINGSTUDIE

4.1	Inleiding	89
4.2	My eie onderrig en verandering wat by my as dosent plaasgevind het	93
4.2.1	Inleiding	93
4.2.2	Die rol van die dosent in die klaskamer	95
4.2.3	Vooraf beplanning van die toegepaste chirurgie-module	97
4.2.4	My onderrigstyl en my rol as fasiliteerder	99
4.2.4.1	Fasilitering van vrae deur myself	100
4.2.4.2	Gebruikmaking van voorbeelde van die lewens- varinge van die studente	101
4.2.4.3	Terugverwysing na vorige jare se vakke	101
4.2.4.4	Gebruikmaking van my eie hulpmiddels en vakkundigheid	102
4.2.4.5	Styl van onderrig	102
4.2.4.6	Probleme tydens fasilitering	103
4.3	Veranderinge wat by studente ingetree het	105
4.3.1	Studente as bron van inligting en as aktiewe deelnemers ...	105
4.4	Teorie versus die ingewikkeldheid van die praktiese situasie	113
4.5	'n Kriteriale struktuur in die ontwerp van 'n geskrewe Arbeidsterapie kurrikulum	119
4.5.1	Inleiding	119
4.5.2	'n Arbeidsterapie-kurrikulumteorie	121

4.5.3	Kriteriale struktuur	125
4.5.4	Die waarde van die Coetzee-kriteriale struktuur opgemeet teen operasionalisering	127
4.6	Samevatting	130

HOOFSTUK 5: SLOTSOM EN AANBEVELINGS

5.1	Inleiding	132
5.2	Die betekenis van die studie vir my as navorsers	133
5.3	Slotgedagte	136

VERWYSINGS	137
------------------	-----

BYLAES	142
--------------	-----

Bylae 1: Voorbeeld van skriftelike sessiebepanning	142
--	-----

Bylae 2: Onderhoudsvrae	143
-------------------------------	-----

Bylae 3: Waarnemers se verslae	148
--------------------------------------	-----

Bylae 4: Departementele evaluasievorm	152
---	-----

HOOFSTUK 1

DIE ONTSTAAN VAN MY STUDIE

1.1 INLEIDING

Hierdie studie se oorspronklike primêre doel was om na aanleiding van die Coetzee-kriteriale struktuur te bepaal tot watter mate die bestaande toegepaste chirurgie-kurrikulum werklik operasioneel verwesenlik word en tot watter mate dit blywend lewensvatbaar sou wees. Die Coetzee-kriteriale struktuur word onder meer breedvoerig bespreek (sien p.125).

Ek het geglo dat so 'n opvolgstudie van die toegepaste chirurgie-kurrikulum my moontlik sou kon help om vir my 'n beter perspektief te gee van "hoe goed gee ek klas" en van die Coetzee-kriteriale struktuur se "waarde" as 'n teoretiese model.

Ek het myself verbind tot 'n kwalitatiewe navorsingsmetodologie met aksienavorsing as navorsingsmetode om aan myself die gereedskap te gee om verandering en vernuwing in die klaskamer teweeg te bring.

In hierdie hoofstuk sal ek 'n weergawe skets van my eie persoonlike akademiese agtergrond en arbeidsterapie-opleiding tesame met die ervaring wat ek as arbeidsterapeut in die praktiese kliniese-opset opgedoen het. Ek sal ook agtergrondinligting gee omtrent die geskiedenis en huidige rol van die Universiteit van Wes-Kaapland en invloede wat 'n rol gespeel het by die totstandkoming van

die Fakulteit Gemeenskaps- en Gesondheidswetenskappe en die Departement Arbeidsterapie daarin gesetel.

1.2 PERSOONLIKE AGTERGROND

In 1981 het ek die vierjarige Baccalaureus-graadkursus in arbeidsterapie aan die Universiteit van Stellenbosch verwerf. Op daardie stadium was alle professionele voorgeskrewe vakke verpligtend, en was die toegepaste kliniese vakke afsonderlik deur dokters/spesialiste aangebied. Die professionele vakke wat aangebied was, was: Arbeidsterapie teorie I - IV (wat handel het oor die teorie van Arbeidsterapie), Toegepaste Arbeidsterapie I - IV (wat handel het oor die kennis en toepassing van basiese terapeutiese metodes en vaardighede, in 'n formele onderrigopset) en Kliniese Praktika III - IV (die toepassing van die verworwe teoretiese en praktiese kennis en vaardighede en die ontwikkeling van noodsaaklike houdinge en professionele gedragseienskappe binne die kliniese opset by wyse van direkte of indirekte dienste).

Die finale jaar van die kursus het uit drie hoofkomponente bestaan, 'n fisiese komponent, 'n psigiese komponent en 'n metodologiese komponent. Die fisiese komponent het handel oor arbeidsterapie met spesiale verwysing na die etiologie, kliniese tekens en simptome, prognose en die behandeling van pasiënte van alle ouderdomsgroepe met medies-fisiese siektetoestande insluitend die beginsels van bevorderende en voorkomende, remediërende en rehabiliterende geneeskunde sowel as die teorie en toepassing van arbeidsterapie met verwysing

na hierdie medies-fisiese siektetoestande. Die psigiese komponent van die arbeidsterapiekursus het gehandel oor arbeidsterapie met spesifieke verwysing na psigiatriese siektetoestande. Die metodologiese komponent het gehandel oor die kennis en toepassing van basiese terapeutiese vaardighede, prosedures, terapeutiese aktiwiteite en tegnieke in 'n formele onderrigopset. Soos reeds genoem, was alle basiese wetenskap, pre-kliniese en professionele voorgeskrewe vakke verpligtend en, ten einde die B. Arbeidsterapiegraad te verwerf, moes ek al drie komponente van die arbeidsterapiekursus sowel as die toegepaste kliniese vakke slaag.

Sedert studentejare was my belangstelling veral ten opsigte van die medies-fisiese siektetoestande. Faktore wat bygedra het tot my belangstelling ten opsigte van persone met medies-fisiese siektetoestande, was my blootstelling aan sulke persone veral in die kliniese opset by verskillende hospitale en instansies. Alhoewel ek ook in die kliniese opset blootgestel was aan persone met psigiatriese siektetoestande, het ek my rol as arbeidsterapeut meer spesifiek gesien om te werk met persone met mediese fisiese siektetoestande.

Alreeds in die derde jaar van my studies het ek besluit om eendag my spesialiteitsrigting in die Ortopedie- en Chirurgieveld te maak, met spesifieke verwysing na persone wat handchirurgie ondergaan het.

1.3 MY ROL AS KLINIESE ARBEIDSTERAPEUT TE TYGERBERG HOSPITAAL

Na voltooiing van my studies, was die beskikbaarheid van arbeidsterapieposte en die keuses ten opsigte van verskillende spesialiteitsrigtings baie meer bekombaar as huidiglik. Ek het 'n pos as voltydse kliniese arbeidsterapeut in Junie 1981 te Tygerberg Hospitaal aanvaar. Nie alleen was daar 'n vakante arbeidsterapiepos in die Handchirurgie-area beskikbaar nie, maar het ek ook op daardie stadium gevoel dat, alhoewel ek in 'n spesialiteitsrigting gaan spesialiseer en vanweë die opleidingsopset van die hospitaal, ek gedurig blootgestel gaan word aan 'n verskeidenheid mediese fisiese siektetoestande. Die verskillende tegnieke en prosedures van behandeling wat gebruik word deur alle lede van die mediese span vir persone met mediese fisiese siektetoestande is ook aspekte waaraan ek blootgestel sou word. Dit opsigself was al klaar vir my 'n ideale geleentheid om, soos ek dit verstaan het, die teorie by die praktyk te bring.

Op hierdie stadium het ek beseft dat alhoewel ek toegegerus was met die basiese teoretiese agtergrond en kennis omtrent verskillende ortopediese en chirurgiese siektetoestande wat ek tydens my voorgraadse opleiding ontvang het, dit nie voldoende was om die gevalle in die praktyk te adresseer nie. Ek het begin dink aan maniere hoe ek my kennis en vaardighede kon verbreed ten einde die praktyk met die teorie te verbind om sodoende tred te hou met nuwe ontwikkelinge.

Tygerberg Hospitaal het ook aan personeel en myself die moontlikhede gebied vir

verdere navorsing, vir die bywoning van kongresse (veral in 'n verskeidenheid van spesialiteitsrigtings) en op 'n gereelde basis was daar geleentheid vir die aanbieding van lesings of demonstrasies aan geneeshere of ander lede van die span. Hierdie moontlikheid het my as persoon verder gemotiveer wat daartoe gelei het dat ek in 1982 'n referaat by die Arbeidsterapie-kongres gelewer het ten opsigte van 'n katrolspalk wat ek ontwerp het vir fleksortendonbeserings. In November (1983: 34-37) het ek 'n gevallestudie gepubliseer ten opsigte van die langtermyn arbeidsterapiebehandeling van 'n sesjarige dogter met artrogriposa.

Om my kennis self te verbreed en om tred te hou met nuwe tegnologiese uitvindings, het ek ook 'n nagraadse kursus by die Universiteit van Kaapstad gedoen oor "Modular Upper Extremity Orthotics" aangebied deur Prof T. Engen wat die Engenspalk ontwerp het. Hierdie kursus het weereens my laat beseef dat leer werklik eers in die praktyk plaasvind.

1.4 MY ROL AS KLINIESE ARBEIDSTERAPEUT IN DIE PRIVAAT PRAKTYK

Sedert 1985 tot en met die begin van 1987 was ek tesame met 'n fisioterapeut voltyds in 'n privaatpraktyk. Ekself was sedert 1987 tot en met 1989 deelyds in dieselfde privaatpraktyk, naamlik die behandeling van persone met ortopediese en chirurgiese siektetoestande.

Vanweë geen blootstelling tydens my voorgraadse opleiding aan die behandeling

van persone in 'n privaatpraktykopset nie, was die verskil tussen die behandeling van 'n persoon in 'n hospitaalopset teenoor die behandeling van 'n persoon in private opset vir my 'n "eye opener". Die vyf jaar wat ek by Tygerberg Hospitaal in die Handchirurgie-afdeling gewerk het, was vir my baie gestruktureerd veral ten opsigte van wat presies van my as Arbeidsterapeut in die spesifieke area verwag word. Van my was verwag om gereeld saalrondes en buitepasiëntklinieke by te woon. Omdat Tygerberg Hospitaal 'n opleidingshospitaal is, was daar van my verwag om lesings aan studente te gee, spesifiek ten opsigte van my spesialiteitsrigting en ervaring wat ek opgedoen het deur die behandeling van persone met ortopediese en/of chirurgiese handprobleme. Voorraad (byvoorbeeld spalkmateriaal) was altyd beskikbaar, en die verantwoordelikheid ten opsigte van die administratiewe rekordhouding van voorraad was nie deel van my taakdrag nie. Vanweë die groot personeelkomponente van die departement arbeidsterapie te Tygerberg Hospitaal het ek altyd die gevoel gehad dat 'n mens gedra word deur jou kollegas en die res van die mediese span waarmee ek voltyds gewerk het.

Die blootstelling soos reeds genoem aan 'n privaatpraktykopset het my gedurig bewus gemaak van die feit dat die finale verantwoordelikheid by myself gelê het. Alhoewel ek in die privaatpraktykopset saam met 'n mediese span gewerk het, was die voltydse ondersteuning van die mediese span nie altyd daar nie. Ek was gedurig daarvan bewus dat ek volgens die etiese kode moes optree, ook omdat ek gevoel het dat die finale verantwoordelikheid van pasiëntbehandeling by my berus het. Die tipe persone wat ek behandel het, was vir my meer verantwoordelik vir hulle eie behandeling. Hulle het nie my behandeling gesien as 'n diens wat ek

gelewer het nie, maar dat hulle my diens koop. Die persone wat behandeling in die privaatpraktykopset ontvang het, was ook baie meer betrokke by hulle hele behandelingsproses en ek het gevind dat hulle ook meer gemotiveerd was om tuisopdragte van behandeling uit te voer en hul afsprake gereeld te maak en na te kom. My ervaring van die privaatpraktykopset het my geleer om baie meer koste-effektief en kwaliteitsgerig te werk. Ek was gedwing om ander maniere en metodes te probeer om sekere insette koste-effektief in te win. Omdat ek die enigste arbeidsterapeut in my privaatpraktykopset was, het ek by tye baie geïsoleerd gevoel, veral ten opsigte van moontlikhede om my eie kennis te verbreed. Ek het die keuse gehad om óf agteroor te sit óf om 'n goeie naam te behou en goeie diens te lewer. Ek moes bereid wees om ekstra tyd af te staan om lesings te gaan bywoon ten opsigte van hoe om my tegniese kennis, en bestuurskwaliteite te verbeter. Hierdie bywoning van lesings het ek gesien as 'n manier om myself en die kwaliteit van my diens te bemark. Al die blootstelling en ervaring wat ek as 'n voltydse kliniese arbeidsterapeut ervaar het, wou ek op 'n manier oorgedra het aan toekomstige studente. My uiteindelige doel was om die teorie so realisties moontlik te maak ten opsigte van die behoeftes van die gemeenskap en wat presies die werklike rol van die arbeidsterapeut in die praktyk is.

1.5 MY ROL AS ARBEIDSTERAPIE LEKTOR TE UNIVERSITEIT VAN WES-KAAPLAND

Die geleentheid om aan my behoefte te voldoen, het vergestalte gekry toe ek in 1987 'n pos as arbeidsterapie lektor by die Universiteit van Wes-Kaapland aanvaar

het. Dit was my spesifieke taak om die nuwe kursus vir Toegepaste Ortopedie en Chirurgie te ontwikkel en aan te bied. Op daardie stadium het ek geen benul gehad van wat presies 'n "kurrikulum" behels nie. Nog minder was ek bewus van die omstredenheid van die konsep kurrikulum. My aanvaarding van my pos as arbeidsterapie lektor was my eerste formele, na-kwalifiserende kontak met die onderrigopset.

Op daardie stadium het die minimumvereistes van die Suid-Afrikaanse Geneeskundige en Tandheelkundige Raad (SAGTR 1985) en die Suid-Afrikaanse Vereniging van Arbeidsterapeute se Voorgestelde Minimum Sillabus (SAVAT) vereis dat die vakke toegepaste ortopedie en chirurgie aan arbeidsterapiestudente op derdejaarsvlak aangebied moes word. Aangesien die departement tydens 1987 hul eerste groep derdejaar-Arbeidsterapiestudente sedert die ontstaan van die Departement binne die Fakulteit Tandheelkunde te UWK opgelewer het, was hierdie vakke nog nooit voorheen aangebied nie. Van my is verwag om die vak arbeidsterapie toegepaste ortopedie en chirurgie te doseer. Die toegepaste ortopedie en chirurgie is apart deur dokters gedoseer. Op daardie stadium (1986) het die Kaapse Provinsiale Administrasie 'n sekere bedrag aan die departement arbeidsterapie beskikbaar gestel om die dokters vir hulle doseerwerk te betaal. Sedert 1989 het die departement arbeidsterapie, en ek as lid daarvan, wegbeweeg van die feit dat dokters die toegepaste kliniese vakke moet doseer en het ons die dokters vervang met arbeidsterapeute wat spesialiste was op hierdie vakgebied(e). Sodoende is die toegepaste kliniese vakke met die professionele vak arbeidsterapie gekombineer.

As vertrekpunt vir die ontwikkeling van hierdie vak het ek die Suid-Afrikaanse Geneeskundige- en Tandheelkundige Raad (SAGTR 1985) se minimumvereistes vir die opleiding van arbeidsterapeute as uitgangspunt gebruik. My eie ervaring met betrekking tot ortopediese en chirurgiese gevalle wat ek in die kliniese opset opgedoen het, sowel as my kennis van my voorgraadse opleiding, het ek deur middel van 'n "trial and error"- basis gebruik om die toegepaste ortopedie en Chirurgie-kurrikulum te ontwerp en ontwikkel.

Met die evaluering van my toegepaste ortopedie en Chirurgie-kurrikulum aan die einde van die eerste jaar van aanbidding in 1987 was ek onseker of dit wat ek aan die studente gedoseer het, volgens standaard was en selfs of daar 'n "regte" of "verkeerde" manier van onderrig vir die vak bestaan of nie. Op hierdie stadium het die Departement arbeidsterapie ook geen geskrewe departementele missie dokument gehad wat my kon lei nie.

Dit was ook vir my moeilik om presies te weet watter manier of metode van evaluering ek vir die toegepaste ortopedie en Chirurgie-kurrikulum kon gebruik om vir my die mees realistiese terugvoering te kon gee. Die enigste eksterne bron van evaluering was die kommentaar van die eksterne eksaminatore aan die einde van die studente se vierde jaar van studie. Hierdie kommentaar/terugvoer vanaf die eksterne eksaminatore het ek verder geneem, en sodoende my ortopedie- en chirurgie-kurrikulum of heraangepas, deurdat ek sekere inligting bygevoeg het óf my manier van onderrig verander het. Gedurig was ek met my self gekonfronteer met vrae soos, nou watter inligting laat ek weg en watter manier van onderrig is

die beste? Al hierdie onsekerheid het veroorsaak dat ek my ortopedie- en chirurgiese-kurrikulum en my manier van onderrig begin bevraagteken het. Op hierdie stadium het ek dit nodig geag om meer sistematies te gaan kyk na my handeling en ook na hoe ek my klaskameronderrig kon verbeter.

Vanweë verskeie debatte en buite-invloede het UWK dit nodig geag om die Universiteit se hele situasie in heroënskou te neem. Die gevolg van hierdie proses was die uitreiking, in 1982, van UWK se Doelstellinge naamlik:

Die volgende aspekte is in ag geneem:

- * Die historiese ontstaan van die Universiteit;
- * Die Universiteit se verwerping van die polities-ideologiese basis waarop dit tot stand gebring is;
- * Die bestaan van twee ander universiteite in die UWK se onmiddellike omgewing;
- * Die Universiteit se onomseilbare betrokkenheid, gesien sy geskiedenis en ligging, by 'n opvanggebied wat besondere akademiese geleenthede en uitdagings bied;
- * Die bestaan, in 'n uitgebreide en betekenisvolle deel van hierdie opvanggebied, van 'n leefwyse en omstandighede wat as derdewêrelds getipeer kan word;
- * Die naasbestaan van eerste- en derdewêreldse leefwyses as 'n onwegdenkbare feit van die Suid-Afrikaanse samelewing;
- * Die grotendeels eerstewêreldse oriëntering van die Suid-Afrikaanse universiteite.

Met hierdie oorwegings in gedagte, sluit die UWK se rol as universiteit onder meer 'n toewyding tot die ontwikkeling van derdewêreldse gemeenskappe in Suid-Afrika in. Sodoende beoog die UWK beide om die universiteit se onmiddellike gemeenskap te dien en sensitief te bly vir ander moontlikhede wat in die Suid-Afrikaanse samelewing mag ontvou.

Hierdie toewyding sou weerspieël word in:

- * Programme wat daarop ingestel is om die gaping tussen die vereistes van universiteitstudie en die bronne wat die student met hom saambring, te oorbrug;
- * Onderrig- en leermetodes en fasiliteite;
- * Die aanmoediging van navorsing en die ontwikkeling van kursusmateriaal wat van toepassing is op die derde wêreld;
- * 'n Aanstellingsbeleid waarvolgens 'n aktiewe belangstelling in die verwesenliking van hierdie doelstellinge 'n aanbeveling is;
- * Uitreikprogramme na die skole;
- * Voortgesette onderwysprogramme; en
- * Sodanige ander programme en aktiwiteite soos dit periodiek nodig mag blyk.

Vanweë die verskillende debatte en buite-invloede (sien p.10) het die Departement Arbeidsterapie, en ek as lid daarvan, sekere aspekte omtrent die Arbeidsterapie-kurrikulum en die onderrigmetodes wat ons gebruik, begin bevraagteken.

1.6 DIE ONTSTAAN VAN DIE FAKULTEIT VAN GEMEENSKAPSEN GESONDHEIDSWETENSKAPPE

Vanweë die volgehoue druk van die progressiewe gesondheidsbewegings (Critical Health and the Maputo Conference Co-ordinating Committee 1990) en die UWK 2001- kongres gehou in 1987 (UWK 1987) was die uiteindelijke doel om te streef na geïntegreerde gemeenskapsgebaseerde opleiding, ten einde, soos Hightower-Vandamm (1985:785-790) dit stel, gesondheidswerkers hopelik genoegsaam toe te rus om aan die wisselende gesondheidsbehoefte en eise van die samelewing te voldoen.

Die Universiteit van Wes-Kaapland se onlosmaaklike betrokkenheid, vanweë die

universiteit se geskiedenis en ligging, met 'n opvangsgebied wat buitengewone akademiese geleentheid en uitdagings oplewer en, die rol en vaste verbintenis tot die ontwikkeling van derde wêreld gemeenskappe in Suid-Afrika, het 'n direkte invloed gehad tot die totstandkoming van die Fakulteit van Gemeenskaps- en Gesondheidswetenskappe. Een van die primêre redes vir die totstandbring van hierdie Fakulteit was om die verandering in gesondheidsorg na gemeenskapsgebaseerde programme na vore te bring met die klem op voorkoming. Die groepering van die departemente/institute, naamlik: Instituut vir Studentevoorigting, Menslike Ekologie, Verpleging, Arbeidsterapie, Fisioterapie, Maatskaplike werk en Sielkunde sou hopelik aan die doelwitte en behoeftes van die Universiteit voldoen.

Teen die einde van 1990 het die Fakulteit van Gemeenskaps- en Gesondheidswetenskappe met 'n missie vorendag gekom en as 'n multi-dissiplinêre span hulself daartoe verbind tot:

"The promotion of a new vision of Health and Welfare Services. Both in the Training it offers and in the professionals it produces it aims to advance the transformation of existing Health and Welfare Services in South Africa.

The Faculty is committed to:

1. a proactive approach to managing it's own affairs as well as to the professional issues which it must address;
2. the pursuit of excellence in education, research and community service;
3. the generation of knowledge which amongst other things, addresses the realistic, problems and needs of the community;

4. student education which promotes:
 - * a progressive primary care approach to health and welfare services which is firmly rooted in the community
 - * inter-disciplinary teamwork
 - * competency in problem-solving leadership advocacy critical analysis
 - * an attitude of creativity and adaptability;
5. student academic development, generating appropriate teaching strategies to address educational inadequacies and ensure the acquisition of competencies;
6. the development of dynamic, accessible and responsive models of training and intervention;
7. contributing to the formulation and implementation of policy which will ensure an equitable, efficient and effective Health and Welfare System in South Africa;
8. developing a collaborative relationship with the broader community;
9. staff development, both as an important function of departments, and as requiring vigorous and structured attention from the Faculty. (Fakulteit van Gemeenskaps- en Gesondheidswetenskappe Missieverklaring 1990).

Die "Health and Welfare Mission Project" (HWMP) is geloods as 'n kollaboratiewe projek van die Fakulteite van Tandheelkunde, Gemeenskaps-en Gesondheidswetenskappe en die Skool van Aptekerswese. Hierdie projek is binne die Universiteit van Wes-Kaapland geïnisieer met die doel om 'n sterker kohesie tussen al die partye van UWK se "Health and Personnel training" sektor te bewerkstellig. Die inisiëring van die HWMP het gevolg na drie vorige mislukkings insluitende die UWK Mediese Skool navraag, die totstandkoming van die Fakulteit van Gemeenskaps- en Gesondheidswetenskappe en die 1988 Werkswinkel oor gesondheidsverslae van die 1988 "Building a People's University Conference".

Die "Health and Welfare Mission Project" het 'n reeks aktiwiteite geïnisieer met die doel om deelname van persone in die UWK se gesondheid- en welsynsektor en groepe binne die Progressiewe Primêre Gesondheidsnetwerk te bewerkstellig. Die doel van persone se deelname aan bogenoemde was om die persone se aandag te vestig op belangrike "health personnel development issues" (HWMP, 1992).

Vanweë al hierdie reeds genoemde invloede en debatte het die Universiteit van Wes-Kaapland se "Health and Welfare Mission Project" hul verbind tot die ontwikkeling van die histories-verdrunkte en ekonomiesuitgebuite sektor van die bevolking, deur 'n toegewydheid aan die primêre gesondheidsorgbenadering as 'n wyse om die maatskaplike verandering, wat vir welstand noodsaaklik is, te bevorder deur betekenisvolle gemeenskapsdeelname op verskeie vlakke (HWMP, 1992).

1.7 DIE DEPARTEMENT ARBEIDSTERAPIE TE UNIVERSITEIT VAN WES-KAAPLAND

Na aanleiding van alle bogenoemde invloede het die Departement Arbeidsterapie onder leiding van die gewese departementshoof in 1988 'n strategiese beplannings-werkswinkel gehou ten einde vir die eerste keer 'n departementele missie en doelwitte op te stel. Die lede van die Departement het hulself daartoe verbind om graduandi op te lei wat in staat sou wees om 'n progressiewe, relevante diens aan milieu gestremdes, siek, oud en gestremde persone en alle ander persone wat by die kliënt betrokke is, te lewer, en om sodoende onafhanklikheid in daardie

aktiwiteite wat noodsaaklik is vir werk, selfsorg en vryetydsbesteding, in ontwikkelde en ontwikkelende gemeenskappe te bevorder. (UWK Jaarboek 1993).

Hierdie eksplisiete doelwitte van die departement arbeidsterapie het meegebring dat ek en die lede van die departement meer bewus geword het van die omstredenheid van die konsep kurrikulum. Dit het gelei, soos reeds genoem, tot 'n strategiese beplanningswerkswinkel om sekere kurrikulum aangeleenthede aan te spreek.

Tydens die strategiese beplanningswerkswinkel in 1988 is die arbeidsterapie-kurrikulum verander na 'n modulêre sisteem gebaseer op deurlopende evaluering. Die moontlike voor- en nadele van die bestaande arbeidsterapie-kurrikulum teenoor die gewysigde arbeidsterapie-kurrikulum is met mekaar vergelyk. Onder andere sou al die arbeidsterapieteorie-onderafdelings in verskeie modules ingedeel word met krediettoekennings vir elk. Dit sou voorkom dat studente die arbeidsteorievak slaag deur net sekere afdelings suksesvol af te handel. Die gewysigde arbeidsterapie-kurrikulum gebaseer op modules sou in 'n bloksisteem aangebied word, wat die voordeel ingehou het dat studente hopelik baie gouer 'n geheelbeeld oor die spesialiteitskomponente kon verkry wat terselfdertyd sou bydra tot 'n beter kans om die spesialiteitskomponent te bemeester - dit in teenstelling met die bestaande kurrikulum waar gefragmenteerde kennis dwarsdeur die jaar aangebied is. Die gewysigde modulêre kurrikulum (aangebied in 'n bloksisteem) sou die dosent in staat stel om sekere onderrigprobleme en tekortkominge betyds te kon identifiseer. Dosente sou ook onmiddellike terugvoer aan

studente kon gee ten opsigte van hul vlak van bevoegdheid. Die gewysigde modulêre kurrikulum (aangebied in 'n bloksistiem) betrek die dosent intens vir die doseerblok, maar gee verligting vir navorsing en administratiewe take wanneer 'n doseerblok verby is, in teenstelling met die bestaande arbeidsterapie-kurrikulum waar dosente dwarsdeur die jaar voltyds betrek was en minder tyd gehad het vir selfstudie en navorsing.

Nog 'n voordeel wat ons geglo het die gewysigde modulêre kurrikulum sou inhou, is dat by die voltooiing van 'n module, die student(e) hul kennis en vaardighede onmiddellik in die kliniese opset sou kon toepas.

Waar die bestaande arbeidsterapie-kurrikulum die klem op vakinhoud geplaas het, sou die klem by die gewysigde modulêre kurrikulum op kennis, vaardighede en houdinge val en wel omdat die dosent nou die geleentheid sou kry om haar module op 'n geïntegreerde wyse aan te bied. Teen die einde van 1991 het die departement arbeidsterapie dus 100% deurlopende evaluering ingestel.

Die uiteindelige doel met 100% deurlopende evaluering was om eksamens te elimineer. Met die bestaande arbeidsterapie-kurrikulum was 'n sekere persentasiegewig aan studente se kursuswerk en eksamen afsonderlik toegeken, wat tot gevolg gehad het dat studente wat wel bevoeg was, weer blootgestel was aan 'n kunsmatige eksamensituasie. Curzon (1985) definieer deurlopende evaluering as "a series of continuously-updated judgements by the teacher of the learners' attainments, which substitute for the traditional examination". Professor Plüdde-

mann, in sy notas oor "Continuous assessment" (1990:1) definieer "assessment as the process of collecting information (or data) about students' progress and using this information to form judgements concerning the students".

Die gewysigde arbeidsterapie-kurrikulum tesame met 100% deurlopende evaluering, maak voorsiening dat studente geleenthede vir herevaluering(s) gegun word ten einde hulle te help om die nodige subminimum van 50% in alle toetse, take, mondelinge evalueringsaktiwiteite en kliniese praktika te behaal. Die feit dat studente oor 'n verlengde periode in plaas van in 'n enkele eksamensituasie ge-evalueer word, gee 'n meer realistiese beeld van die student(e) se vlak van bevoegdheid. 'n Bykomende voordeel wat ons in die departement geglo het ten opsigte van deurlopende evaluering, tesame met eliminerings van eksamens, dat dit die "stress" en angsvlak gepaardgaande met 'n eksamen by studente elimineer. Nie alleen bevorder deurlopende evaluering oor 'n lang tydperk meer gereelde leer by studente nie, maar kan die dosent ook studente se vordering monitor en dus probleme onmiddellik en gouer by studente identifiseer.

Op hierdie stadium het die gewese departementshoof die werklike lewensvatbaarheid van die kurrikulum begin bevraagteken. Sy het 'n arbeidsterapie-kurrikulum wat blywend lewensvatbaar is gesien as één wat oor 'n filosofie beskik wat sou verseker dat dit tred kon hou met die tyd en dat die praktisyns as produk van hierdie tipe opleiding hopelik in staat sou wees om dienste te lewer wat lewensrelevant is tot die oomblik (Coetzee 1991:2). Terselfdertyd het sy 'n behoefte aan 'n indringende ondersoek na die blywende lewensvatbaarheid van

die bestaande kurrikulum geïdentifiseer. In haar soeke na 'n universele definisie van kurrikulum wat as riglyn vir kurrikulumbepanning kon dien, kom sy toe tot 'n voller besef van juis hoe omstrede die konsep kurrikulum is en dat die daarstelling van enige kurrikulum te doen het met belangrike besluite oor wat as belangrike opvoedkundige kennis moet geld. Giroux (1981:129) is ook dit eens dat kurrikulumontwerp duidelik te doen het met waardebepalende aksie.

Eisner (1985:45) stel dit dat kurrikulum nie as 'n "natuurlike" entiteit gesien behoort te kan word nie, waarvan die kenmerkende eienskappe vir eens en vir altyd vasgestel kan word nie. Hierdie insig het die gewese departementshoof tot die besef gebring dat 'n tegniese definisie van kurrikulum onvoldoende sou wees (Coetzee 1991:19-20). Dit het haar tot die slotsom gebring dat die soeke na 'n blywend lewensvatbare arbeidsterapie-kurrikulum nie soseer moet begin by die soeke na, die aanvaarding van, of die formulering van 'n kurrikulumdefinisie of kurrikulumparadigma nie, maar dat, soos Zias (1976:89) dit stel, 'n kurrikulumteorie die kriteria sou moet voorsien wat benodig word om die toereikendheid en implikasies van die voorgestelde praktyk te beoordeel. So 'n teorie sou dan as basis kon dien vir 'n beredeneerde ondersoek na die praktyk (Zias 1976:89), of as standaard waarvolgens die kwaliteit van die onderrigprogram beoordeel kon word (Barrow 1984:13). Dit het haar gelei tot die ontwikkeling van 'n arbeidsterapie-kurrikulumteorie wat as riglyn kon dien om Suid-Afrikaanse Arbeidsterapie-opvoeders te help om insig te verbreed in hul opvoedkundige handeling, en om as basis te dien vir die ontwikkeling van 'n kriteriale struktuur om die bestaande arbeidsterapie-kurrikulum van die Universiteit van Wes-Kaapland te

evalueer ten einde die blywende lewensvatbaarheid daarvan vas te stel (Coetzee 1991:vi).

Deur departementele besprekings en persoonlike kontak met Coetzee, sowel as deur blootstelling aan haar kriteriale struktuur, het ek in besonder bewus geraak van die omstredenheid van die konsep kurrikulum, van die debatte wat gevoer moet word by kurrikulumontwerp, en laastens die moontlike konflik wat daar kon bestaan tussen die geskrewe of beoogde kurrikulum aan die een kant en die operasionele kurrikulum aan die ander.

Al hierdie blootstelling en debatte het gedurende 1992 by my die vrae laat ontstaan tot watter mate die bestaande toegepaste chirurgie-kurrikulum werklik operasioneel verwesenlik word en tot watter mate dit blywend lewensvatbaar is. Dit het daartoe gelei dat ek besluit het om nie die wiel te herontwerp nie, maar lievers te probeer voortbou op die Coetzee-kriteriale struktuur.

Die Coetzee-kriteriale struktuur was hoofsaaklik van toepassing op die geskrewe arbeidsterapie-kurrikulum, soos blyk uit haar siening dat die geskrewe arbeidsterapie-kurrikulum en vereistes geen waarborg inhou dat dit wat beoog word verwesenlik sal word nie, maar dat dit slegs die parameters kan stel waarbinne kurrikulumdebatte gevoer kan word en waarvolgens kurrikulumbeplanning, -implimentering en -evaluering kan geskied (Coetzee 1991:225). Sulke bedoelinge verkry, volgens haar, eers werklik gestalte in die praktyk. Volgens Goodson (1987:8) kan die lewensvatbaarheid van 'n kurrikulum nie bepaal word voordat die

operasionele kurrikulum ook nie in ag geneem word nie. Op hierdie stadium was dit toe vir my duidelik dat om aan my eie behoeftes te voldoen, ek 'n opvolgstudie ten opsigte van die operasionele kurrikulum sou moes uitvoer. Op hierdie stadium het ek geglo dat so 'n opvolgstudie van my toegepaste chirurgie-kurrikulum my moontlik sou kon help om vir my 'n beter perspektief te gee van hoe goed gee ek klas en van die Coetzee-kriteriale struktuur se "waarde" as 'n teoretiese model. Volgens Schön (1983:275) dink praktisyns dikwels oor wat hulle doen, terwyl hulle dit doen.

In 'n soeke na rigting om te kyk na my eie onderrig, het ek as vertrekpunt die geskrewe Coetzee-kriteriale struktuur geneem om daarvolgens my bestaande toegepaste chirurgie-kurrikulum te herevalueer ten einde die onderliggende kurrikulummodel(le) en kurrikulumbenaderings daarvan vas te stel - dit wil sê om my aannames bloot te stel. Die doel van die toegepaste chirurgie-kursus (306) vir 1993, soos vervat in die 1993 UWK-Jaarboek, is dat studente die teorie en vaardighede voorgeskryf vir die Toegepaste Chirurgie sal bemeester om hul sodoende te help om onder toesig die beplanning, implimentering en evaluering van behandeling van individue met chirurgiese toestande van verskillende ouderdomsgroepe in gestruktureerde omgewings te kan behandel. Ek wou vervolgens die toegepaste chirurgie-kurrikulum in die lig van hierdie doelstellings na aanleiding van die Coetzee-kriteriale struktuur probeer evalueer.

Dit het geblyk dat die bestaande toegepaste chirurgie-kurrikulum hoofsaaklik 'n akademiese rasionalistiese en tegnologiese beeld reflekteer deurdat dit die klem

plaas op die bemeestering van bepaalde voorafopgestelde kennis en vaardighede en die bereiking van voorafopgestelde doelwitte. Die inhoud wat voorgeskryf word, soos reeds genoem, is bepaal volgens die Suid-Afrikaanse Geneeskundige en Tandheelkunde Raad SAGTR (1985) se minimumvereistes vir die opleiding van arbeidsterapeute.

1.8 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk het ek die uitdagings en omstandighede wat aanleiding gegee het tot die verfyning en beplanning van die toegepaste chirurgie-kurrikulum vir die derdejaar-arbeidsterapiestudente vir 1993 probeer skets met die uiteindelijke doel om my eie klaskamerpraktyk na te vors. Ek het krities en sistematies gaan kyk na my eie onderrig en ook na hoe ek my klaskameronderrig kan verbeter.

In die volgende hoofstuk sal ek 'n bespreking gee omtrent die metodologie wat ek vir my studie gebruik het. Hoofstuk Drie sal handel oor die persoonlike narratief van die verloop van my toegepaste chirurgie-kursus vir 1993 aan derdejaar-arbeidsterapiestudente asook my eie poging(s) om hierdie narratiewe studie te evalueer na aanleiding van die Coetzee-kriteriale struktuur ten einde die onderliggende kurrikulummodel(le) en kurrikulumbenadering(s) daarvan vas te stel. In Hoofstuk Vier sal daar gereflekteer word ten opsigte van die gegewens en resultate van my evaluering van elke klaskameronderrigsituasie. Terselfdertyd sal daar gereflekteer word ten opsigte van die onderrigstrategieë wat gebruik was.

Ten slotte sal ek in Hoofstuk Vyf 'n opsomming van aanbevelings doen ten opsigte van die waarde van 'n aksienavorsingsbenadering en die belangrikheid van 'n goeddeurdagte en -beplande kurrikulumlewing vir die toekoms van die gesondheidsdienste in Suid-Afrika.



HOOFSTUK 2

NAVORSINGSMETODOLOGIE

2.1 INLEIDING

In Hoofstuk Een het ek spesifiek die omstandighede wat aanleiding gegee het tot my behoefte om my eie klaskamerpraktyk na te vors bespreek. In hierdie hoofstuk wil ek my redes weergee waarom ek my verbind het tot 'n kwalitatiewe navorsingsmetodologie met etnografiese aksienavorsing as 'n navorsingsmetode. Ek sal ook kortliks bespreek hoe ek my data versamel het en hoe ek die data geanaliseer het.

Voordat ek met hierdie navorsingstudie begin het, was my eerste blootstelling aan navorsing, dié wat ek in my finale jaar as arbeidsterapiestudent gedoen het. Die navorsing wat ek op daardie stadium gedoen het was kwantitatief van aard en staan ook bekend as "tradisionele" navorsing.

Die dominante posisie wat kwantitatiewe navorsing as 'n navorsingsmetode in die area van sosiale wetenskappe gehandhaaf het, het sterk na vore gekom. Feagin, Orum en Sjoberg (1991:17) staaf dit as hulle sê:

Quantitative procedures seek to unearth the uniformities of social life and to render such uniformities into precise, numeric forms that easily can lend themselves to formulations, refinements, and testing of hypothesis.

Kwantitatiewe navorsings lê die klem ook sterk op meetbare data. Feagin, Orum en Sjoberg (1991:3) bevestig dit wanneer hulle sê:

Precision in the form of statistical procedures is emphasized. Typically, certain hypotheses are proposed, they are examined with the data, and then some firm conclusions, rendered in the form of probabilistic statements of likelihood, are set forth by the researcher.

Vanweë die feit dat kwantitatiewe navorsing die idiosinkrasieë van die sosiale wêreld ignoreer en meer teoreties klem plaas op navorsing, het dit my in my navorsing beperk omdat ek graag sosiale verandering en vernuwing in die klaskamerpraktyk wou teweegbring. In teenstelling met die tradisionele paradigma het ek die kwalitatiewe benadering tot navorsing as die mees geskikte metode gesien en sal nou kortliks daaroor uitbrei.

2.2 KWALITATIEWE NAVORSING

Bogdan en Biklen (1992:49) sien kwalitatiewe navorsers se doel in teenstelling met kwantitatiewe navorsing as "... not collecting 'the facts' of human behaviour, but qualitative researchers' goal is to better understand human behaviour and experience."

Feagin, Orum en Sjoberg (1991:7) in teenstelling sien die probleem van kwantitatiewe navorsing as "the flesh and bones of the everyday lifeworld is removed from the substance of the research itself..." Ely, Anzul, Friedman, Garner, McCormack Steinmetz (1991:232) gaan selfs verder en sê dat:

In 'doing' qualitative research we enact what we value. In reflecting upon that, we can better understand our commitment. With awareness, we can act again as we see the need.

Bruner (1990:30) sien die instrument wat 'n persoon in staat stel om wel te kan "enact what we value" as "openmindedness": "... a willingness to construe knowledge and values from multiple perspectives without loss of commitment to one's own value."

Gedurende my opleiding was die klem van opleiding binne die positivistiese paradigma, en tydens hierdie studie het ek gepoog om my navorsing binne die naturalistiese paradigma te doen. Ek het met my navorsing geglo dat elke stap deeglik vooraf beplan moes wees en dat ek in totale beheer moes wees van veranderlikes. Soos wat my navorsing aangegaan het, het ek tot die besef gekom dat ek totaal buigbaar en aanpasbaar moes wees. Ely, Anzul, Friedman, Garner en McCormack Steinmetz (1991:193) stem saam deurdat hulle sê: "Our sense is that it is characteristic of established naturalistic researchers to be aware of themselves as continually growing and evolving".

Ten einde 'n beter begrip te kan hê van 'n probleem word kwalitatiewe navorsing as 'n baie relevante metode gesien omdat een van die eienskappe van kwalitatiewe navorsing volgens, Bogdan en Biklen (1992:30) is, die teorie en die praktyk bymekaar uit te bring. Hulle sê dat, "researchers go to the particular setting under study because they are concerned with the context".

Hulle gaan selfs verder (1992:30) en beaam dit as volg: "To divorce the act, word or gesture from the context is, for the qualitative researcher, to lose sight of significance".

Omdat kwalitatiewe navorsing beskrywend van aard is, vereis dit dat die wêreld betree moet word met die veronderstelling dat niks alledaags is nie en dat enigiets die potensiaal kan hê as leidraad tot die omvattende begrip van wat bestudeer word (Bogdan en Biklen, 1992:30).

Nie alleen konsentreer kwalitatiewe navorsers op die beskrywende aspek van navorsing nie, maar dan op die hele proses in teenstelling met die tradisionele manier wat die klem lê op die eindproduk. Die analisering van data word ook induktief gedoen. Bogdan en Biklen (1992:31) praat van "grounded theory" as: "Theory developed from the bottom up (rather than from the top down)." Hulle gaan selfs verder en sê: "the direction you will travel comes after you have been collecting the data ...".

Nadat ek kortliks 'n oorsig gegee het ten opsigte van die verskille tussen kwantitatiewe en kwalitatiewe benaderings tot navorsing het ek geweet dat die verhouding wat ek in die kwalitatiewe benadering met die studente sou hê deurlopend sou wees en meer soos 'n vriendskap. Terselfdertyd sou die studente 'n sê kon hê in die regulering van die verhouding en dat hulle deurlopende besluite oor hul deelname in die navorsing kon maak. Die menslike aspek wat kwalitatiewe navorsing aanspreek was vir my 'n sterk aansporing om dié benadering te volg.

2.3 AKSIENAVORSING AS METODOLOGIE

Omdat die doel van my studie gehandel het oor "hoe gee ek klas", met die einddoel om my klaskamerpraktyk te verbeter en/of te verander na aanleiding van die Coetsee-kriteriale struktuur se teoretiese model, het ek aksienavorsing as die beste metodologie gekies (sien p.10). Ook in die opvoedkundige gemeenskappe word aksienavorsing as 'n alternatief in opvoedkundige navorsing gesien. McNiff (1988:1) sê dat:

Action research approaches education as a unified exercise, seeing the teacher in class as the best judge of his/her total educational experience. It is a powerful method of bridging the gap between the theory and practice of education.

Sonder om enige veranderinge aan die huidige toegepaste chirurgie-kurrikulum te maak, het ek besluit om na my eie klaskamerpraktyk te gaan kyk en krities te reflekteer met die doel om dit te verbeter. David Hopkins (1985:1) sê:

Classroom research is an act undertaken by teachers either to improve their own or a colleague's teaching or to test the assumption of educational theory in practice.

McNiff (1988:4) gaan selfs verder wanneer sy sê dat aksienavorsing nie alleen net die dosent betrek nie maar:

It is participatory, in that it involves the teacher in his/her own enquiry, and collaborative, in that it involves other people as part of a shared enquiry. It is research WITH, rather than research ON.

Aksienavorsing se fokus op die sosiale praktyk affekteer mense se lewens in daardie praktyk. Die kollaboratiewe aard van aksienavorsing bepaal dat almal wat deur die navorsing geraak word, insette moet lewer of, soos Grundy en Kemmis (1984:9) dit stel: "Action research is a democratic form of research".

Die magposisie van die praktisyn moet verminder word deur studente en ander deelnemers wat geraak word deur die navorsing te betrek. Die geleenthede en toestande vir samewerking sal deur institusionele, sosiale en politieke faktore beïnvloed word. Die rol van die navorser is om geleenthede vir samewerking en gesprekvoering te skep sodat deelnemers in alle momente van die navorsing kan deelneem.

Nie alleen het ek aksienavorsing as metodologie gebruik nie, maar ook etnografie as 'n metode van kwalitatiewe navorsing. Ten spyte van die feit dat ek elke dag se lesingsessies skriftelik vooraf beplan het (sien Bylae 1) het ek ook na die lesing elke sessie geëvalueer na aanleiding van presies wat ek gedink het in die klaskamerpraktyk plaasgevind het. Hammersley en Atkinson (1983:2) omskryf etnografie as "the most basic form of social research". Hulle (ibid.:174) gaan verder en sê: "... ethnographic research 'captures' the social world in description".

Nie alleen het ek elke dag se beplande lesingsessie geëvalueer na aanleiding van wat ek vooraf beplan het nie, maar het ek ook geëvalueer presies wat wel in die klaskamerpraktyk plaasgevind het. Hammersley en Atkinson (1983:2) beskryf die

etnograaf se werk soos volg:

The ethnographer participates, overtly or covertly, in people's daily lives for an extended period of time, watching what happens, listening to what is said, asking questions; in fact collecting whatever data are available to throw light on the issues with which he or she is concerned.

Okeley en Callaway (1992:122) verwys na die opskryfproses en sê:

Ethnography is so much more than recording, however. It is writing a culture, which is not an empirical entity but an analytical implication. The purpose of ethnography is to speak about something for somebody; it implies contextualisation and reframing.

Met aksienavorsing gekombineerd met etnografie as metodes van kwalitatiewe navorsing sou ek probeer om verandering en verbetering in die klaskamerpraktyk teweeg te bring. Ek sal nou vervolgens uiteensit hoe ek te werk sou gaan.

2.4 DATA-INSAMELINGSTEGNIEKE

Alhoewel aksienavorsing data-insamelingstegnieke gebruik wat ook by ander navorsingsbenaderings gebruik word, lê die verskil by die manier van hoe dit in aksienavorsing geanaliseer word. Ek het die volgende data-insamelingstegnieke gebruik:

2.4.1 Studente

Hulle het elke dag dagboek gehou van hoe hulle elke sessie ervaar het. Vyf minute is aan die einde van elke dag se sessie aan die studente gegun om hulle evaluering en gevoelens neer te skryf. Die dagboek is 'n persoonlike saak en "the disclosure of its contents should be under the control of its author" (Elliott, 1984:96). Hopkins (1985:64) sien hierdie manier van data inwin as 'n vinnige manier om eerlike inligting in te win veral as die studente die dosent toelaat om hul dagboeke te lees. Net negentien studente van die klas van vier en twintig het hulle dagboeke ingehandig.

2.4.2 My eie dagboek

Deur die proses van dagboekinskrywing het ek gepoog om neer te skryf presies wat ek teoreties vooraf beplan het in elke sessie en na die sessie presies wat in die klaskamerpraktyk plaasgevind het. Ek het ook my gevoelens, interpretasies en enige ander besonderhede neergestip. Die feit dat ek presies beskryf het van hoe die lesing verloop het, het my die geleentheid gebied om versigtig te reflekteer oor wat in die klaskamer plaasgevind het.

2.4.3 Onderhoude

Die onderhoude wat ek met ses studente gevoer het, was informeel en studente was toevallig geselekteer. Die doel van die onderhoud was om studente se opinie

oor die toegepaste chirurgie-kurrikulum te kry. Vyf vrae (sien Bylae 2) is aan die studente gevra. Elliott (1984:98) sê dat die doel van onderhoude is om uit te vind "what the situation looks like from other points of view". Onderhoude is nie 'n eenrigtinggesprek wat deur een party oorheers word nie, maar eerder 'n gesprekvoering tussen deelnemers, sodat outentieke insigte bekom kan word.

2.4.4 Waarnemers

Waarnemers kan as belangrike bronne van inligting in die navorsingsproses dien. 'n Persoon buite die inrigting of departement kan die aksienavorser tot groot hulp wees. Die voordeel van 'n waarnemer is om deelnemers in die praktyk te help om moontlik wanopvattinge uit te weg te ruim. Owen van den Berg van die Opvoedkunde Fakulteit en Uta Lehman van die Sentrum vir Akademiese Ontwikkeling het van my sessies waargeneem en hul waarneming van my klasgee in verslae saamgevat (sien Bylae 3).

2.4.5 Departementele vraelys

Vraelyste kan as ondersteuning vir onderhoude en besprekingsessies gebruik word. Van al die studente was verwag om die standaard departementele evaluasievorm met twintig vrae te beantwoord en daar was ook ruimte gelaat vir enige kommentaar (sien Bylae 4). Hopkins (1985:72) sê: "Questionnaires are a quick and simple way of obtaining broad and rich information from pupils".

2.5 ANALISERING VAN DATA

Hammersley en Atkinson (1983:174) beskryf die analisering van data as:

... a distinct stage of the research. It begins in the pre-fieldwork phase, in the formulations and clarification of research problems, and continues into the process of writing up.

Elliott (1982:3) beskryf die proses van analisering as: "explaining' effects and 'any failure to implement' the action steps".

Soos reeds in hierdie hoofstuk genoem van die data-insamelingstegnieke wat ek gebruik het, moes ek daarvolgens al my data analiseer. Taylor en Bogdan (1984:5) sê: "Data analysis is directly linked to the process of data collection".

In my studie was die insameling van data nie 'n probleem nie. Wat wel aanvanklik 'n probleem was, was om te weet watter data-insamelingstegnieke ek moes gebruik ten einde vir my die mees relevante inligting te kon gee wat ek sou benodig om my klaskamerpraktyk te kon evalueer.

Ek onthou nog toe ek aan een van my kollegas in die middel van my module van klasgee gesê het, dat dit voel of ek al hoe minder en partykeer dieselfde dinge opskryf in my dagboek na elke dag se lesingsessie. Haar woorde aan my: "Miskien is dit 'main issues' wat jy moet evalueer".

Met die insameling van al die data, was ek totaal oorbluf met? Waar moet ek nou begin met die analisering van al die data? Hammersley en Atkinson (1983:212) stel dit mooi as hulle sê:

Before embarking on any major writing up, therefore, one has to undertake a further task of estrangement. If one does not distance oneself from them, then there is a danger of being unable to dismantle the data, select from them, and re-order the material.

Wat ek toe op hierdie stadium gedoen het, was om stelselmatig deur al my data te werk. Ek het byvoorbeeld die studente se dagboekinskrywings geneem en 'n lys gemaak van elkeen se terugvoer en dit geklassifiseer onder wat positiewe en wat negatiewe kommentaar was. Ek het dieselfde gedoen met my eie dagboekinskrywings. Die hele proses van lees en weer lees het ek 'n paar keer herhaal. Ek het terwyl ek gelees het, sekere "issues"/temas met 'n merkpen uitgelig wat ek gedink het van toepassing was op my navorsingstudie. Dit was op hierdie stadium wat ek met Owen van den Berg, my promotor, gaan praat het nadat ek totaal onseker was van wat om met al die data te doen.

Ek het vervolgens op 'n groot stuk papier vir myself en vir bespreking met hom al die inligting in vyf kategorieë ingedeel soos uiteengesit in Hoofstuk Vier. Van die inligting het oorvleuel, maar ek het op die ou einde alles onder die vyf kategorieë geklassifiseer. Wat ek die hele tyd van bewus gemaak was, terwyl ek deur al die data gelees het, was die oorweldigende informasie wat uit my narratief na vore gekom het.

Baie van die inligting was interverwant aan mekaar, en het by tye vir my meer lig op die hele proses gewerp toe ek die inligting begin kategoriseer het. Dit was vir my ook toe makliker nadat ek die inligting gekategoriseer het om daaroor te reflekteer. Die hele proses van die opskryf, en die kategorisering van en die reflektering oor my navorsing, het my telkemale laat besef hoe moeilik dit vir my was om uit 'n warboel van data, sekere hoofemas uit te wys en daaroor uit te brei. Tog was dit vir my 'n leersame proses wat by tye na 'n oneindige proses gevoel het.

2.6 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk het ek probeer om die redes weer te gee waarom ek kwalitatiewe navorsing met aksienavorsing en etnografie as metodologie gebruik het vir my navorsingstudie, en ook om die navorsingsbenadering wat ek vir hierdie studie gebruik het, te beskrywe. In die volgende hoofstuk sal ek my persoonlike weergawe van die verloop van my toegepaste chirurgiekursus vir 1993 aan derdejaar-arbeidsterapiestudente te UWK, asook my eie pogings om hierdie narratief te evalueer, weergee.

HOOFSTUK 3

NARRATIEF VAN DIE TOEGEPASTE

CHIRURGIE-MODULE

3.1 INLEIDING

In Hoofstuk Een het ek 'n weergawe geskets van my eie persoonlike akademiese agtergrond en arbeidsterapieopleiding tesame met die ervaring wat ek as arbeidsterapeut in die praktiese kliniese opset opgedoen het. Ek het daar ook gekyk na die geskiedenis en huidige rol van die Universiteit van Wes-Kaapland en invloede wat 'n rol gespeel het by die totstandkoming van die Fakulteit Gemeenskaps- en Gesondheidswetenskappe en die Departement Arbeidsterapie daarin gesetel. Bogenoemde uitdagings het aanleiding gegee tot die beplanning en verfyning van die toegepaste chirurgie-kurrikulum vir derdejaar-arbeidsterapie-studente vanaf 8 Maart 1993 tot en met 14 April 1993.

3.2 NAVORSINGSBEPLANNING

Suzé Coetzee, mede kollega en gewese departementshoof, het in 1991 haar M. Philosophiae voltooi. In haar navorsing het sy 'n arbeidsterapiekurrikulumteorie ontwikkel wat as riglyn kon dien om Suid-Afrikaanse arbeidsterapie-opvoeders te help om hul insig ten opsigte van hul opvoedkundige handeling te verbreed. Hierdie arbeidsterapiekurrikulumteorieë sou, volgens Coetzee as basis kon dien vir die ontwikkeling van 'n kriteriale struktuur wat gebruik sou kon word om die

bestaande arbeidsterapiekurrikulum van die Universiteit van Wes-Kaapland te evalueer ten einde die blywende lewensvatbaarheid daarvan vas te stel.

Ek was baie gefassineerd met haar navorsing en op daardie stadium wou ek dit verder neem en in die praktyk toepas. Ek het saam met Suzé vir Owen van den Berg gaan sien en die moontlikheid bespreek om die toegepaste chirurgie-kurrikulum volgens die Coetsee-kriteriale struktuur te evalueer en toe te pas in die praktyk.

Vir my navoringsstudie was die oorspronklike beoogde doel om die geskrewe toegepaste chirurgie-kurrikulum vir arbeidsterapie-studente volgens die Coetsee kriteriale struktuur te ontleed om daardeur die operasionele geldigheid daarvan vas te stel. Volgens Goodson (1987:8) kan die lewensvatbaarheid van 'n kurrikulum nie bepaal word tensy die operasionele kurrikulum ook in ag geneem word nie. Die argument is dat die geskrewe kurrikulum die parameters stel vir die interaktiewe verwesenliking van die operasionele kurrikulum in die klaskamer. Dit sal verhoed dat onderrig in die klaskamer plaasvind sonder 'n werklike begrip van wat aangaan (ibid.:9). Op grond van die gegewens ingewin in die klaskamer-praktyk sal daar dan besluit kan word of die Coetsee-kriteriale struktuur ook die opvoeder van 'n nuttige riglyn vir die operasionele verwesenliking van die geskrewe kurrikulum voorsien.

Indien daar egter bevind word dat daar beduidende verskille bestaan tussen die beoogde en die operasionele toegepaste chirurgie-kursus te UWK, sou dit aan

opvoeders en myself 'n aanduiding wees dat bykomende riglyne tot die Coetzee kriteriale-struktuur benodig kan word ten einde die operasionele verwesenliking van die geskrewe kurrikulum te verseker of selfs dat die Coetzee-struktuur nie van groot hulp is nie. So sal, volgens Barrow (1984:224) hopelik verhoed word dat implementering in die pad van beplanning kom. Na aanleiding van die literatuurstudie het ek toe oorgegaan om die bestaande toegepaste chirurgie-kursus, na aanleiding van die Coetzee-kriteriale struktuur, te evalueer ten einde die onderliggende kurrikulummodel(le) en kurrikulumbenaderings daarvan vas te stel. Agt kurrikulêre oorwegings is by die beplanning in ag geneem. Hulle is op die basis van Beyer en Apple (1988:5) se siening geïdentifiseer: epistemologies, polities, ekonomies, ideologies, tegnies, histories, esteties en eties.

Na aanleiding van die Coetzee-kriteriale struktuur reflekteer die toegepaste chirurgie-kurrikulum hoofsaaklik 'n akademiese rasionalistiese en tegnologiese beeld deurdat dit die klem plaas op die bemeestering van bepaalde voorafopgestelde kennis en vaardighede in die bereiking van voorafopgestelde doelwitte.

Op hierdie stadium (1993), nadat ek die toegepaste chirurgie-kurrikulum volgens die Coetzee-kriteriale struktuur geëvalueer het, in plaas daarvan om net te gaan kyk na die operasionalisering van die Coetzee-stelsel, het ek ook gaan kyk na my eie klaskameronderrig.

Myself en vier-en-twintig arbeidsterapie derdejaarstudente was betrokke by die toegepaste chirurgienavorsingsstudie. Die toegepaste chirurgie-module het oor 'n

tydperk van vyf weke gestrek, met 'n totaal van 55 lesingperiodes van 40 minute per lesingperiode op Maandae, Dinsdae en Woensdae. Owen (my studieleier), Uta (vanaf akademiese ontwikkeling), Suzé (my mede-studieleier) en Kirstie (arbeidsterapie kollega, wat die chirurgiese toestand, Oogheelkunde, sou doseer), was bykomende betrokkenes.

3.3 VOORSKOUING EN BEKOMMERNISSE

Die operasionele verwesenliking wat met my oorspronklike eerste lesing op 8 Maart 1993 sou begin is voorafgaan deur bekommernisse aangaande die feit dat ek die toegepaste chirurgie-kursus moes aanbied, presies soos wat ek dit in die verlede aangebied het. Op hierdie stadium het ek gewonder hoe pas aksienavorsing nou in en ook hoe pas die "toetsing" van die Coetzee-kriteriale struktuur nou in? Tydens my beplanning van my toegepaste chirurgie-kursus in Februarie 1993, was die grootse aanpassing vir my om die toegepaste chirurgie-kursus in die fynste besonderhede uit te skryf ten opsigte van die doel wat ek wou bereik in elke lesing en hoe ek die spesifieke lesing vir die spesifieke dag gaan evalueer (sien Bylae 1). Hierdie hele proses van skriftelike beplanning van die kursus was vir my 'n groot bekommernis, want hoe sou ek weet of ek wel korrek beplan het en of ek bereik het wat ek die dag beplan het?

Ander bekommernisse voor die aanbieding van my toegepaste chirurgie-kursus was, hoe versamel 'n mens data, byvoorbeeld deur die aanhou van 'n dagboek, oor

die spesifieke dag se lesingbeplanning en die praktiese uitvoering daarvan? Wat kom alles in my dagboek? Die feit dat ander persone by my lesing gaan insit as waarnemers, was vir my ook iets nuuts. Dit het my baie angstig oor my lesing-module laat voel, ten spyte van die feit dat ek van plan was om my toegepaste chirurgie-kursus presies aan te bied soos in die verlede.

Ander praktiese probleme wat ek ervaar het, was al die ekstra administratiewe take wat vereis was, byvoorbeeld die reëling van toepaslike skyfies vanaf ander universiteite. Van my was verwag om skriftelik toestemming te vra vir die gebruik van ander universiteite se skyfies. Nie alleen moes ek die skyfies gaan afhaal nie, maar dieselfde dag weer terugbesorg. Die feit dat my mede-kollegas by die ander universiteite ook die skyfies wou gebruik, het my in 'n mate geforseer om my beplanning van my toegepaste chirurgie-kursus so aan te pas dat dit eksterne faktore soos reeds genoem kon akkommodeer. Ander faktore wat ook 'n groot invloed gespeel het op die gedurige verandering van die beplanning van my toegepaste chirurgie-kursus, was die praktiese besoeke by die verskillende hospitale, skole en instansies. Dit het tot gevolg gehad dat studente sekere tye eers die teoretiese agtergrond omtrent 'n spesifieke patologie gekry het en dan 'n besoek of 'n behandelingssessie gaan waarneem het. Ander tye was studente eers blootgestel aan die praktiese sy van 'n spesifieke patologie en moes dan die volgende dag na die klaskamersituasie terugkeer om die teoretiese lesing omtrent die spesifieke patologie te kry. Die operasionalisering van 'n voorgestelde kurrikulum bots dikwels met die moeilik-veranderlikes van die realiteit waarbinne dit moet geskied.

Verdere administratiewe take wat baie van my beplanningstyd in beslag geneem het, was die maak van fotostate en die reël van vervoer na die verskeie instansies. Al hierdie voorafbekommernisse en reëlings voor die aanvang van my toegepaste chirurgie-kursus dosering, het my by tye laat wonder of dit alles regtig die moeite werd is en of ek genoeg tyd tot my beskikking het om alles te vermag. Dit het my laat beseef hoe moeilik dit is om navorsing oor 'n mens se eie aksies te doen.

Met 'n opsomming soos uiteengesit hieronder van die hele toegepaste chirurgiese-kursus het ek met "dag een" begin.

DATE	TIME	SUBJECT	ACTIVITY	EVALUATION	CREDIT	PARTICIPANT OBSERVER
8-3-93	14H00-16H15	BURNS	LECTURE			
9-3-93	10H50-12H20	BURNS	LECTURE			UTA
10-3-93	11H40-13H00 14H00-16H15	BURNS	LECTURE VISIT TBH	NO. 1		UTA
15-3-93	14H00-16H15	AMPUTATIONS	LECTURE			OWEN
16-3-93	10H50-12H20	AMPUTATIONS	PRAC-TICAL	NO. 2	1.	SUZÉ
17-3-93	11H40-13H00 14H00-16H15	AMPUTATIONS	LECTURE VISIT G.F. JOOSTE HOS-PITAL			

22-3-93 KIRSTY	14H00- 16H15	COM- MUNITY BURNS + AMPU- TATIONS	LECTURE			
23-3-93	10H50- 12H20	DEAF/ HARD OF HEARING	VISIT KARL DU TOIT CENTRE	NO. 3	1.	
24-3-93	11H40- 13H00 14H00 -16H15	BURNS AMPU- TATIONS & COM- MUNITY	TEST (total- 100)	NO. 4	2.	
29-3-93	14H00- 16H15	DIALISE NIEROOR PLANTING	VRAELYS	NR. 5	0.5	
30-3-93	10H50- 12H20	SWAK- SIENDE BLIND- HEID	LESING			UTA
31-3-93 KIRSTY	11H40- 16H15	SWAK- SIENDE BLIND- HEID	BEP- SESSIE R/SESS LESING			
13-4-93 KIRSTY	10H50- 12H20	DOOF- HARD- HOREND- HEID	LESING			
14-4-93	11H40- 16H15	PLASTIES TORA- KAAL MASTEK- TOMIE DIALISE NIER- OORPL. BLIND- HEID SWAK- SIENDE DOOF HARD- HOREND- HEID	TOETS (100)	NR. 6.	2.	

3.4 NARRATIEF VAN EN KOMMENTAAR OOR DIE AANBIEDING VAN DIE TOEGEPASTE CHIRURGIE-MODULE

3.4.1 Maandag 8 Maart 1993: Eerste sessie oor brandwonde 14h00 - 16h15

Hierdie Maandag was die eerste dag van die aanvang van my toegepaste chirurgie-module. Dit was ook my eerste sessie-kontak met die derdejaar arbeidsterapiestudente. Ek as lektor is baie meer bekend aan die studente as wat die studente aan my bekend is. Om dié rede het ek die klas begin deur studente se noemname op die huidige klaslys te skryf. Die feit dat ek nie altyd presies die uitspraak van sekere studente se name kon hoor nie, en wat gelei het tot my verkeerdlike uitspraak, het myns insiens 'n ontspanne en gemoedlike atmosfeer in die klas help skep. Studente het later vir my uitspraak en "spelling" van hul name gelag. Teen die einde van my "bespotting" deur die studente, het ek aan hulle gevra of hul weet wat my naam is, want ek was altyd as "Mev de Jongh" aangespreek. Sekere studente het wel my naam hardop gesê en toe ek vra dat hulle dit moet spel terwyl ek dit op die bord skryf - en dit was verkeerdlik gespeel deur die studente - was die gevoel eenparig deurdad ek aan hulle gevra het, wie kan ook nie spel nie!

Die doel van die hele toegepaste chirurgie-module, asook deel van my navorsingstudie, is aan die studente verduidelik. Studente is ook ingelig oor die onderskeie gepaardgaande prosedures. Die hele prosedure van dataversameling en die redes daarvoor is aan die studente verduidelik. Die dataversamelingprosedures (sien p. 29-31) sou wees: die hou van 'n dagboek deur beide my en die studente; onder-

houde met sekere studente na voltooiing van die chirurgie-module; die voltooiing van 'n evalueringsvorm en die verslae van besoekers wat sou kom observeer. Studente is die geleentheid gebied om vrae te stel in verband met die versoek wat ek gerig het (d.w.s. deelname). Ek het tyd in my sessies (vyf minute aan die einde van elke sessie) ingeruim om studente die geleentheid te gee om in hul dagboeke te skryf. Ek het ook genoem dat ek hul menings soek veral ten opsigte van: hoe hulle gevoel het en hoekom, waarvan hulle gehou het waarvan hulle nie gehou het nie. Die hele kursus-uiteensetting is aan studente gegee met die waarnemers se name, hul rol en teenwoordigheid van wanneer hulle gaan waarneem. Studente se opinie ten opsigte van die waarnemers is ook gevra en die enigste versoek was dat hulle wou weet wanneer die waarnemers sou insit.

Die hoofdoel van hierdie eerste sessie was om studente die geleentheid te bied om hulself te oriënteer tot die bepaling van komponente van funksie soos verwant aan die chirurgiese siektetoestande met spesiale verwysing na brandwondgevalle. Dit sou my as dosent inlig oor studente se toetrede vlak van bevoegdheid ten opsigte van vaardighede, kennis en houdinge asook om my 'n oorsig te gee oor hul teoretiese en praktiese sterktes en tekortkoming ten opsigte van die tegniek van bepaling wat hul in hul tweede studiejaar behandel het. (Omdat ek hulle nie 'goed' geken het nie, het ek gekyk na hul vorige akademiese rekords.)

'n Voorafopgestelde kliniese probleemgeval is as vertrekpunt vir die onderrigssessie gebruik. Van die studente is verwag om bepalingstegnieke wat hul in hul tweedejaar behandel het, te herwin en prakties toe te pas na aanleiding van 'n spesifieke

kliniese probleemgeval. Dit was toelaatbaar vir studente om deur middel van groepsdeelname die bepalingstegnieke te identifiseer, terwyl ek die studente se individuele bydraes op die skryfbord neergeskryf het. Die feit dat studente as klas die antwoorde verskaf het, het verhoed dat ek met sekerheid kon vasstel of al die studente in die klas in staat was om die bepalingstegnieke toepaslik op te roep en toe te pas.

Studente het ook in die algemeen alle bepalingstegnieke waaraan hulle kon dink genoem en die hele tyd is daar deur my gevra, hoekom hulle so sê. Die klas is gedurig by die weergee van feite deur my gefasiliteer deurdat ek voortdurend die studente terugverwys het na die gevallestudie met die versoek dat hulle daardie inligting uit die gevallestudie moes verkry, wat hulle hopelik gehelp het om bepaalde antwoorde te gee of uit te lig. Hulle moes ook aandui watter inligting uit die gegewe kliniese probleemgeval vir hulle onbekend is. So, byvoorbeeld, was tweedegraadse brandwonde nie aan die studente bekend nie. Deur die geïdentifiseerde kennis en vaardigheidsleemtes as vertrekpunt te gebruik het ek vervolgens deur middel van formele klasonderrig die nodige kennis aan hulle probeer oordra deurdat ek die verskillende grade van brandwonde en bepaalde verwante terminologie met hulle bespreek het.

Alhoewel ek in my beplanning bepaalde kennis deur middel van formele klasonderrig in hierdie sessie aan studente sou oordra, het ek van my beplanning afgewyk, deurdat ek my lesing met my persoonlike ervarings van die praktyk verryk het. Ek het byvoorbeeld verwys na 'n seun wat elektriese brandwonde

opgedoen het, en my rol as arbeidsterapeut ten opsigte van die behandeling van brandwondgevalle. Ek het ook deur middel van 'n formele bespreking aan hulle verduidelik hoe elektriese brandwonde van ander brandwondgevalle, veroorsaak deur vuur of chemiese stowwe, verskil. Dwarsdeur my sessie was studente genooi en die geleentheid gegun om vrae te vra of om 'n soortgelyke ondervinding met die klas te probeer deel.

Een student het as voorbeeld genoem dat 'n vriendin van haar ook brandwonde opgedoen het. Ek het op haar voorbeeld uitgebrei en vrae gevra soos, Hoe sou julle so 'n persoon benader?; Watter inligting / kennis wat julle tot op hede ontvang het, is van toepassing op die spesifieke geval en hoe sou julle dit toepas? Dit het gelei tot 'n dinamiese bespreking en studente het spontaan hul vorige kennis gebruik om hierdie vrae te beantwoord. Ek het aan die student wat die gevallestudie geopper het gevra of sy weet watter persentasie brandwonde die persoon opgedoen het. Voorts het ek aan die studente gevra of hulle weet wat bedoel word met die stelling dat 'n persoon sewentig persent brandwonde opgedoen het. Uit die studente se reaksie sou dit blyk dat hierdie vrae as 'n baie effektiewe aanknopingspunt gedien het om die kennis van die persentasie brandwonde aan studente oor te dra. Deur middel van 'n transparant is die inligting van die liggaam volgens persentasies aan studente oorgedra. Op hierdie stadium is die onderrigssessie onderbreek deur een van my kollegas wat 'n uitveër wou leen!

Teen 15h45 is daar van die studente verwag om 'n reeks geskrewe vrae wat op die

muur geprojekteer was verbaal te beantwoord. Een student het op hierdie stadium gevra of hulle 'n rusperiode kon neem, maar die res van die klas het dit teengestaan en versoek dat hulle eers die vyf evalueringsvrae beantwoord voordat hulle vir die res van die dag verdaag. Studente is wel die geleentheid gebied om die vrae as 'n groep verbaal te beantwoord ten einde aan my 'n idee te verskaf of studente se leemtes in kennis omtrent die behandeling van 'n brandwondgeval wel aangevul is. Studente was wel in staat om die vrae te beantwoord.

Die sessie vir die dag is teen 16h00 afgesluit deurdat daar geleentheid vir studente gegee was, om enigiets te vra of kommentaar te lewer. Van die studente het gesê dat hulle nie kon bybly om al die inligting vanaf die transparante kon afskryf nie. Die agterste twee rye studente kon blykbaar nie altyd lekker hoor nie. Ek het gevra hoekom hulle hierdie inligting wou afskryf, want al die inligting is mos opgeneem in hulle notas. Een student het genoem dat dit nie presies dieselfde formaat as in die notas is nie. Ek het verduidelik dat my transparante net 'n samestelling van die notas was en het studente wat belangstel versoek om die transparante van my te kry om af te neem. 'n Kort oorsig ten opsigte van die doelstellings ter voorbereiding vir die volgende sessie is aan die studente oorgedra, waarna studente vyf minute gehad het om hul dagboekinskrywings te doen.

3.4.2 Dinsdag 9 Maart 1993: Tweede sessie oor brandwonde 10h50 - 12h20

Tydens die voorbereiding vir hierdie sessie en na aanleiding van die studente se versoek die vorige dag het ek al my transparante donkerder en groter geskryf en

die opskrifte beklemtoon. Voor die lesing was ek angstig omtrent Uta se besoek as waarnemer, omdat ek onseker was of die teenwoordigheid van 'n onbekende persoon 'n afname in klasdeelname tot gevolg sou hê. My eie persoonlike ongemak het na vore gekom omdat dit vir my ongewoon was om 'n "buitestaander" in my klas te ontvang. Ek was ook bekommerd of ek sou hou by wat ek beplan het, aangesien Uta vooraf 'n kopie van my dag se sessiebeplanning ontvang het. Op hierdie stadium het ek gevoel asof Uta se opinie baie gewig dra. Ek was ook onseker of ek by my lesingbeplanning moes hou of nie.

Ek het die sessie begin met 'n opsomming van wat die vorige dag in die brandwondsessie gedek is te gee voordat ek met die volgende onderwerp begin het. Die doel met hierdie sessie was om die studente bewus te maak van die verskillende stadia van brandwonde. Die studente moes 'n verbale weergawe gee van hoe 'n bepaling, funksionele probleemlys, en doelstellings van 'n brandwondgeval ten opsigte van een behandelingstadium sou lyk. Studente moes ook die voorsorgmaatreëls ten opsigte van al die stadia identifiseer. Ek het beplan om dit te bereik deur middel van 'n formele sessie aan die studente oor die verskillende stadia van brandwonde en 'n oriëntering aangaande bepaling, probleemidentifisering, doelstellingformulering en voorsorgmaatreëls. Studente was toe versoek om na aanleiding van 'n gevallestudie 'n verbale volledige bepaling te doen.

By implimentering het ek egter nie die sessie volgens die struktuur van my voorafbeplanning begin nie. Ek het besluit om liever die verskillende stadia van brandwonde eers op die bord neer te skryf. Studente was aangemoedig om deur

middel van verbale aktiewe klasdeelname te sê wat hulle dink en verstaan met elke stadium. Ek het die studente se kommentaar op die bord neergestig, en waar ek leemtes gesien het, het ek inligting aan hulle oorgedra. Studente is toe gevra of hulle nou, nadat hulle weet wat elke stadium is, kon sê watter bepaling en probleme hulle onder elke stadium kon identifiseer. Die studente is deurlopend deur my gefasiliteer om terug te verwys na wat die vorige dag behandel is, en is versoek om voorstelle te maak van wat hulle dink en hoekom hulle voorgestelde tegnieke as korrek beskou. Onder my leiding, het die studente 'n lys gemaak van wat hulle dink die korrekte inligting is. My rol het ek gesien as om dit opsommenderwyse, op die bord neer te skryf en om die gedagtegang van die groep te fasiliteer. Herhaaldelik is die vraag van hoekom studente so sê deur my gevra en het studente geleenthede gehad om hul stelling te staaf. Onderlinge spontane besprekings tussen studente het ook rondom hierdie vraagstelling plaasgevind.

Hierna is 'n gevallestudie deur middel van 'n transparant vir die studente geprojekteer. Dit is vergesel van 'n skematiese voorstelling van 'n brandwondegeval met 'n bepaalde persentasie brandwonde. Ek het van die studente verwag om die persentasie en diepte van brandwonde na aanleiding van die voorstelling vas te stel. Hul moes ook hul keuses vir bepaalde bepalingstegnieke, probleme, doelstellings van behandeling en voorsorgmaatreëls uitwys. Studente het deur middel van groepsdeelname die antwoorde uitgeroep en telke male vrae aan my gestel, terwyl ek die antwoorde op die bord neergeskryf het. Nie alle studente het spontaan verbale terugvoer gegee nie. Party studente was passief en ander het

onderling met mekaar gekommunikeer. Daarom was ek onseker of alle studente by die sessie soos beplan, gebaat het en in staat sou wees om die vrae te kon beantwoord. Op hierdie stadium het ek getwyfel of al die studente wel aan al die doelstellings van die sessie voldoen het. 'n Metode moet miskien ontwikkel word om te verseker dat alle studente wel deelneem en dat die dosent verseker dat alle studente wel by die sessie sou baat, soos beplan.

Ek het die sessie afgesluit deur van studente te verwag om na aanleiding van die geprojekteerde gevallestudies die verskillende stadia van brandwonde te identifiseer. Studente was wel in staat om die verskillende stadia sonder die hulp van die dosent te identifiseer en van hulle het selfs kommentaar gelewer, dat dit 'n maklike taak was.

Die feit dat daar op geen stadium van studente verwag was om notas af te neem nie, is daar eintlik gesê dat hulle dit nie hoef te doen nie, want alle inligting is in hul notas. Sekere studente het egter nog steeds hul eie notas geskryf. Studente is weer in die laaste vyf minute geleentheid gegee om hulle dagboekinskrywings te doen. Die studente moes eers teen die einde van die chirurgie-module hulle dagboeke inhandig.

Alhoewel ek by die aanvang van die sessie angstig was oor Uta se bywoning, het ek later heeltemal vergeet van haar en het ek die sessie heeltemal op my gemak aangebied.

3.4.3 Woensdag 10 Maart 1993: Derde sessie oor brandwonde 11h40 - 13h00

Die oorspronklike doel van hierdie sessie was om studente 'n oorsig te gee van die verskillende funksionele hulpmiddels en drukkledingstukke wat moontlik gebruik kon word by brandwond pasiënte en hoe en wanneer dit gebruik word. As voorvereiste vir die toepaslike gebruik van drukkledingstukke moes studente die verskil tussen hipertrofiese littekens en kelloïdes verstaan en die waarde van die hulpmiddels en drukkledingstukke by elk begryp.

Tydens my voorbereiding was ek egter onseker oor watter van die funksionele hulpmiddels ek aan die studente moes doseer aangesien die keuse en toepassing daarvan van instansie tot instansie verskil. Alhoewel die studente se notas 'n redelike volledige verskeidenheid van voorbeelde bied, was ek onseker watter van hulle ek meer breedvoerig aan studente moes verduidelik en waarom.

Omdat my beplanning baie teoreties georiënteerd was, was ek oortuig dat dit eintlik 'n praktiese eerder as formele sessie behoort te wees waar studente die werklike toepassing van die verskillende hulpmiddels sou kon waarneem. Ongelukkig was ek gekortwiek deur te min tyd tot my beskikking om so 'n praktiese demonstrasie te reël. Ek het wel vir die middag 'n besoek by Tygerberg Hospitaal vir die studente gereël, maar meer met die doel om studente die geleentheid te bied om die behandelingsdoelstellings, die metodes en tegnieke wat hul teoreties geleer het, in die praktyk te kon identifiseer en interpreteer. Omdat hierdie sessie vir die middag klaar beplan en gereël was met die hospitaal en die pasiënt, moes

dit soos vooraf beplan, plaasvind!

Intussen het ek die Universiteit van Stellenbosch en Universiteit van Kaapstad genader oor moontlike skyfies van verskillende hulpmiddels en brandwondgevalle met verskillende kontrakture by verskillende liggaamsdele. Die enigste probleem wat ek ondervind het was dat ek self die skyfies moes gaan uitsoek, en dit met net 'n dag tot my beskikking.

Omdat die dosent oortuig was dat hierdie sessie binne 'n praktiese opset moes plaasvind, het ek dus my beplanning van formele klasgee na 'n praktiese sessie gewysig. Tydens hierdie sessie sou ek verskillende skyfies van die verskillende kontrakture, pre-operatief en post-operatief, wys asook die kwessie van verskillende funksionele hulpmiddels aanraak. Ekstra tyd was ook gespandeer om 'n skyfieprojektor wat werk, te verkry. Dit was 'n baie frustrerende faktor, veral as reëlins vooraf getref is vir 'n skryfieprojektor. Om die beoogde doelstellings te bereik het ek dus skyfies aan die studente gewys. Studente moes die kontrakture identifiseer asook aandui watter funksie die arbeidsterapeut sou wou verbeter. Studente is dus deur middel van aktiewe deelname gelei tot die identifisering van moontlike hulpmiddels wat kon werk. Studente het baie vrae gevra ten opsigte van ander moontlike behandelingstegnieke. Vir die meeste van die studente was dit hul eerste blootstelling aan brandwondpasiënte, pre- en postoperatief. Opmerkings van ontsteltenis en grillerigheid is gemaak. Een student het na aanleiding van die skyfies selfs die klas verlaat weens 'n gevoel van mislikheid. Dit was vir my 'n insiggewende insident aangesien dit 'n teken vir my

was dat sulke blootstelling van 'n werklike situasie nooit regtig deur notas gedoen kan word nie.

Studente is ook verder aan werklike voorbeelde van drukkledingstukke blootgestel. Studente kon dit pas en betas en daarmee eksperimenteer deur te kyk in watter rigting die materiaal strek. Na aanleiding van hierdie blootstelling, het die studente vrae gevra soos: Is dit nie ongemaklik om te dra nie?; Hoe lank moet hulle dit dra?; Wanneer kry hulle die drukkledingstukke?; Hoeveel van dit?; en Wanneer gee 'n mens net 'n baadjie? Deur van hierdie vrae as vertrekpunt te gebruik, het die dosent die onderliggende teoretiese kennis aan hulle deur informele besprekings oorgedra. Studente is aangemoedig om die drukkledingstuk, hoe dit van gewone klere verskil te beskryf, asook die versorging en terapeutiese toepassing daarvan, te bespreek. Tesame met bogenoemde het ek ander tipes drukterapie, naamlik Sil-K en sink oksiede, aan studente gedemonstreer. Weereens was dit 'n sekere afdeling van die klas wat vrae gevra het van hoe lank dit gebruik moes word, en hoeveel dit kos. In plaas van die beoogde formele sessie sonder oudiovisuele hulpmiddels is die verskil tussen 'n hipertrofiese litteken en 'n kelloïd deur skyfies aan studente uitgewys en was hulle die geleentheid gebied om die verskille te probeer vasstel. Verbale terugvoer is deur my gegee en by tye het studente weereens onder mekaar gekommunikeer om te probeer staaf of dit wel 'n kelloïd of 'n hipertrofiese litteken is. Studente is nie aan die einde van die sessie versoek om vrae te beantwoord nie, maar om vir my 'n kort verslag in te handig van die vyf hulpmiddels wat hulle in die klas behandel het en die vyf hulpmiddels wat hulle tydens die middag by Tygerberg Hospitaal gesien het, asook

die terapeutiese doel van elkeen. Van die studente was verwag om die verslag die volgende dag in te handig. Volgens die studente se verslae, kon hulle wel die vyf hulpmiddels wat hulle in die teorie geleer het identifiseer en meer as die helfte van die studente het vyf verskillende hulpmiddels in die praktyk waargeneem.

Om te evalueer of studente wel 'n oorsig verkry het ten opsigte van drukkledingstukke en die versorging daarvan het 'n buitestaander by Tygerberg Hospitaal (die kliniese arbeidsterapeut) hulle verbaal vrae gestel na aanleiding van 'n pasiënt wat sy behandel het. Sy het vrae gestel soos, Watter drukkledingstukke sal jul vir die pasiënt gee?; Watter tuisraad ten opsigte van die versorging en aantrek sal julle aan die pasiënt gee?; Watter ander drukterapie-tegnieke ken julle?; Kan julle vir my op die pasiënt 'n kelloïd en 'n hipertrofiese littekens onderskei en uitwys?; en, Wat is die verskil tussen die twee? Enkele studente kon wel verbaal die korrekte antwoord gee. Die kliniese arbeidsterapeut het my gekomplimenteer met die studente se teoretiese agtergrondkennis en hul vermoë om dit in die praktyk toe te pas.

3.4.4 Woensdag 10 Maart 1993: Besoek aan Tygerberg Hospitaal se brandwondeenheid 14h00 - 16h15

Die middag het studente 'n behandeling van 'n brandwondpasiënt waargeneem met die doel om vas te stel of hulle wel in staat was om behandelingsdoelstellings, metodes en tegnieke onafhanklik te kon identifiseer en motiveer. Aan die einde van die demonstrasie sou daar van studente verwag word om deur middel van 'n

voorafopgestelde behandelingsessievorm die behandeling wat hul waargeneem het, skriftelik te identifiseer, te beskryf en te argumenteer.

In die eerste instansie was die vervoer na Tygerberg Hospitaal tien minute laat, nadat dit dieselfde oggend deur my bevestig was. Uta het as waarnemer saamgegaan op die besoek. Die hele sessie was gedemonstreer deur die kliniese arbeidsterapeut van Tygerberg Hospitaal. Studente is in twee groepe verdeel en vir so tien minute deur die Brandwond-eenheid geneem. Ek het die een groep vergesel en Uta die ander.

Studente se aandag is gevestig op spesifieke pasiënte tydens die besoek aan die Brandwond-eenheid, bv. 'n klein seuntjie se fleksiepostuur is uitgewys, sodat studente die teorie duidelik in die praktyk ten opsigte van hoe kontrakture ontwikkel, kon waarneem. Tydens die behandelingsessie van 'n pasiënt met brandwonde van die hande en linkervoet, het die kliniese arbeidsterapeut, maar op versoek van my, agtergrondsgeskiedenis aan die studente gegee. Studente moes die rol van waarnemer speel. Van hulle is verwag om alles wat hulle waargeneem het in die vorm van 'n skriftelike verslag die volgende dag weer te gee. Ek het net sekere tye studente gelei en hul aandag gevestig op spesifieke aspekte van arbeidsterapie, byvoorbeeld om te let op enige aanpassings wat die kliniese arbeidsterapeut in haar behandelingsessie doen. Party van die studente het notas geskryf. Ten spyte van my aanmoediging, het die studente nie direk baie vrae gevra nie, maar wel baie onder mekaar gekommunikeer. Die sessie self het nie direkte studentebetrokkenheid by die behandeling van die pasiënt toegelaat nie

behalwe die van vrae vra.

Of die studente wel die sessie gevolg het, kan wel gestaaf word, en na aanleiding van die geskrewe gevallestudie-evaluasie. Tydens die sessie kon studente wel tot 'n mate die doelstellings van behandeling, metodes en tegnieke identifiseer. Sekere studente het meer in detail die doelstellings van behandeling omskryf, terwyl ander dit in 'n mindere mate omskryf het. As gevolg van die feit dat studente nog glad nie in 'n kliniese situasie ten opsigte van die behandeling van pasiënte met 'n spesifieke patologie te doen gehad het nie, en net op hul teoretiese agtergrond ten opsigte van brandwonde en van wat hulle waargeneem het afhanklik was, twyfel ek op hierdie stadium of hulle die situasie sonder die teoretiese kennis sou kon interpreteer het.

Die behandelingsessie is vroeg gestaak as gevolg van die pasiënt wat baie pyn gehad het en begin huil het. Dit kon ook in 'n mate 'n rol gespeel het by studente se mindere mate van aktiewe deelname en kon daartoe gelei het dat hulle minder vrae gevra het, omdat hulle moontlik jammer vir die pasiënt gevoel het. Dit is gestaaf toe die behandelingsessie met die bus terug na die kampus, op 'n informele wyse onder studente bespreek was. Van die studente het gesê, "Vir my sien jy nooit in brandwonde werk nie"! 'n Klomp informele vrae en bespreking tussen my en die studente het met die terugrit op die bus plaasgevind, soos Hoe ver moet 'n mens behandel voordat jy behandeling stop?; Ek sou nie daardie spesifieke aktiwiteit gedoen het nie; ensovoorts. Oor die algemeen het die studente gemeen dat hulle baie baat gevind het by die feit dat die praktiese

besoek direk na die afhandeling van die teoretiese deel van brandwonde plaasgevind het aangesien hulle beter voorbereid was om vrae te kon vra.

Die dag se sessie was afgesluit deur studente te vra om die behandelingssessie van die brandwond pasiënt, skriftelik die volgende dag in te handig. Geleentheid was gegee vir enige vrae deur studente. Studente was ingelig oor die onderwerp, naamlik amputasies, wat in die volgende dag se sessie gedek sou word.

3.4.5 Maandag 15 Maart 1993: Vierde sessie oor amputasies 14h00 - 16h15

Hierdie sessie het soos 'n berg voor my gelê, in die eerste plek deurdat my medestudieleier onttrek het, iets wat my hewig ontstel het. Dit was vir my 'n situasie wat moontlik vermy kon gewees het al was dit net ter wille van my navorsing. In die tweede plek het Owen se teenwoordigheid as waarnemer nog 'n ekstra klem op my angstigheid gelê, alhoewel hy my gerusgestel het dat ek my nie aan hom moet steur nie. Hoe moeilik dit ookal sy, moet ek erken dat my angstigheid na 'n rukkie verby was en ek my ou self was, vertrouwd met my vak en die oordra van die inhoud en kennis betreffende amputasie-gevalle. My dag se beplanning van my klasgee is vooraf aan my waarnemer gegee. Aanvanklik was daar 'n hele paar studente afwesig, maar van hulle het laat opgedaag.

Alhoewel daardie dag se sessie sou gaan oor 'n ander chirurgiese-siektetoestand, naamlik amputasies, het ek die sessie van vandag vergelyk met die arbeidsterapie-proses wat alreeds gedek was tydens die sessies oor brandwonde. Ek het byvoor-

beeld aan die studente gevra watter verskillende stadia in brandwonde daar is en of hulle dink 'n persoon met 'n amputasie ook deur verskillende stadia van behandeling sou gaan en hoe dink hulle die stadia verkil.

Die doel van die dag se sessie was om weg te beweeg van brandwonde na amputasies en om studente van die tipes en ligging van amputasies bewus te maak. My sessie het begin met 'n informele bespreking met die studente oor die betekenis van die woord amputasie. Studente is gevra om nie na hul afgerolde notas te verwys nie, maar om aktief deel te neem en om in die vorm van 'n dinkskrum hul kommentaar te lewer. Met 'n definisie van die woord amputasie as vertrekpunt het ek deur middel van transparante die ligging van alle amputasies verduidelik. In plaas van 'n formele sessie, het ek probeer om die klas aan te moedig om kommentaar te lewer. 'n Voorbeeld van my vrae was: Hoekom dink julle dit is belangrik om die ligging en tipes van amputasies te weet? Response van die studente is op die skryfbord deur my afgeneem en waar daar leemtes was, in plaas van om net die antwoorde te gee, het ek deur middel van vrae en wenke die studente aangemoedig om daardie leemtes aan te spreek. Sekere studente was wel in staat om voorbeelde uit te wys as gevolg van hul ervaring met soortgelyke gevalle in hul gemeenskap.

Om te bepaal of studente wel bewus was van die verskillende stadia van amputasies, is die vorige dag se brandwondsessie as voorbeeld geneem en studente is aktief gefasiliteer oor watter stadia van behandeling sou van toepassing by amputasies wees. Studente was wel in staat om van die stadiums op te noem en

die hele tyd het ek vroe gevra oor hoekom hulle sekere antwoorde gee! Teen die einde van die sessie is die verskillende stadia na gelang van hierdie prosedure op die bord geskryf. In plaas van 'n formele sessie, moes studente as 'n groep sê watter bepalingstegnieke hulle onder elke stadium sou gebruik. Weereens het ek leemtes deur middel van fasilitering gevul. Daar is van die studente verwag om verbaal 'n volledige bepaling, 'n probleemlys en doelstellings van behandeling van een stadium van 'n amputasiegeval te doen.

In my beplanning van die sessie het ek beoog om deur middel van 'n formele sessie die inligting aan studente oor te dra. 'n Praktiese kliniese probleemgeval is deur middel van 'n transparant aan studente vertoon, en moes hulle as 'n groep na aanleiding van hul probleemlys die tipes van bepaling uitwys en staaf. Weereens het ek gedurig vroe gestel soos: Hoekom sê julle so?; Watter inligting het julle gebruik uit die gegewe gevallestudie om dit te staaf?; Watter ekstra inligting dink julle behoort gegee te word, indien wel?; ensovoorts. Wanneer die geleentheid daar was is ekstra inligting gebaseer op my persoonlike praktiese ervaring en ondervinding aan hulle voorsien. Dit het baie bespreking en vroe ontlok by studente, veral hoe die bepaling en behandeling van 'n amputasie-geval verskil by verskillende ouderdomsgroepe.

Die vraag van hoe kontrakture voorkom kan word by 'n persoon met 'n onderknieamputasie het die klas in 'n ligte luim geplaas. Onderlinge bespreking tussen studente het ontstaan, totdat een student gesê het, deur middel van suspensie. Van die student was verwag om haar antwoord te staaf en dit het 'n lagwekkende

situasie onder die klas ontlok. Miskien kon dit wees omdat studente in hul ander module besig was met die suspensiesessies as een vorm van 'n behandelingstegniek. Toe sy dit prakties moes verduidelik, het sy besef dit kon nie eintlik werk om kontrakture by 'n onderknieamputasie te voorkom nie!

Aan die einde van die sessie moes studente vroe verbaal beantwoord oor 'n amputasiegeval. Die korrektheid van hul antwoorde is volgens 'n drie-punt skaal genotuleer en dit was vasgestel dat die lesingdoelstellings, naamlik, of studente bewus was van die tipes en ligging van amputasies, wel bereik was deur hulle.

Ek het oorspronklik beplan om die verskillende stadia van amputasies by die studente te evalueer deur middel van skriftelike vrae wat ek via transparante sou geprojekteer het. In die situasie self het ek van plan verander deurdat ek besluit het om die verskillende stadia, ligging, bepalingstegnieke en doelstellings van behandeling by amputasies te evalueer deur die gebruikmaking van verskillende skyfies.

Die sessie is afgesluit met 'n samevatting deur middel van spontane klasdeelname van die dag se sessie. Na die skyfies, het baie vrae ontstaan, bv. een student het gevra of sy 'n irrasionele vraag kon vra. Alhoewel die vraag baie ortopediesgeoriënteerd was, is dit wel deur my verduidelik, omdat die vraag verband gehou het met 'n amputasiegeval. Na die beantwoording van haar vraag, het Owen gevra hoekom sy dink dit is irrasioneel. Omdat ons dit in Ortopedie behandel het, was haar antwoord.

Ter voorbereiding vir die volgende dag se sessie waar daar van die studente verwag sou word om die praktiese uitvoering van stompverbinding uit te voer soos verwant aan amputasies, het ek die studente gevra om die instruksiekriteria vir stompverbinding in hul notas deur te gaan en na aanleiding van die skematiese voorstelling ten opsigte van stompverbinding dit prakties tuis te oefen vir die volgende dag. Elke student was van 'n rekverband voorsien.

Dit was vir my nou opvallend dat die deelname van die meeste van die studente tydens die sessie geskuif het van traagheid tot volle deelname aan die einde. Moontlike faktore kon gewees het, (die teenwoordigheid van Owen as waarnemer aanvanklik, my angstigheid wat verdwyn het, die donker en warm klaskamer as gevolg van die deur wat toegemaak moes word sodat alle studente die skyfies en transparante kon sien, die afskakeling van die lig wat outomaties die lugreëlaar afgeskakel het, en ek wat miskien ook my manier van aanbieding verander, het) ensovoorts. Al hierdie faktore het ook duidelik later uitgekóm in die studente se evaluering van die chirurgie-module.

3.4.6 Dinsdag 16 Maart 1993: Vyfde sessie oor amputasies 10h50 - 12H20

(Stompverbinding)

Na aanleiding van die vorige dag se sessie, was van die studente verwag om in vandag se sessie stompverbinding prakties toe te pas. Toe ek in die klas ingestap het, heers daar totale chaos. Van die studente was besig om stompverbinding prakties te oefen terwyl ander hard onder mekaar gesels deurdat hulle vertel het

hoe hulle sukkel om stompverbinding te doen. Van die studente het gevra (partymaal het 'n paar gelyk gepraat) oor hoe doen 'n mens stompverbinding en gesê hoe hulle gesukkel het, want dan lyk hul stompverbinding nie presies soos die skematiese voorstelling nie. Ander het weer gesê dat hulle stompverbinding elke keer afgegely het, terwyl ander gevra het hoe styf dit moet pas. Na aanleiding van al hierdie vrae en die rumoer in die klas het ek besluit om die sessie op 'n ander manier aan te pak as wat ek oorspronklik beplan het, naamlik die voorsiening van 'n teoretiese oorsig ten opsigte van die redes, indikasies, versorging en voorsorgmaatreëls van stompverbinding. Die studente is deur middel van groepdeelname aangemoedig om redes vir die probleme wat hulle met stompverbinding ervaar het uit te wys. Studente se terugvoer is deur my op die skryfbord neergeskryf. Leemtes is aangevul deur studente aan te moedig om feite te identifiseer wat sou lei tot 'n volledige beeld ten opsigte van die redes, indikasies, versorging en voorsorgmaatreëls van stompverbinding.

Een student het net na aanleiding van 'n geval in die gemeenskap gevra waarom 'n stomp so kan lyk. Ek het haar terugverwys na 'n aspek van die vorige dag se sessie, naamlik dat daar verskillende chirurgiese prosedures is van operasies doen as gevolg van die verskillende tipes van amputasies, iets wat ook die vorige dag bespreek was. Die feit dat studente wel uiteindelik met my hulp in staat was om die praktiese probleme wat hulle met stompverbinding ervaar het te identifiseer en te staaf was vir my 'n aanduiding dat die meeste van die studente wel 'n bevredigende teoretiese oorsig van stompverbinding deur die voorafgaande sessie en met 'n mate van selfstudie verkry het.

Voordat studente weereens die geleentheid gegee was om die praktiese vaardigheid van stompverbinding uit te voer, het ek 'n vrywilliger gevra om vir die klas stompverbinding te demonstreer. Na die demonstrasie deur die spesifieke student kon die klas kommentaar lewer en vrae vra. Studente het toe almal die geleentheid gekry om self stompverbinding te oefen. Van die studente was meer vertrouwd met die vaardigheid van stompverbinding, miskien omdat die tegniek gedemonstreer en verduidelik was. Ek as dosent het die hele tyd leiding verskaf deurdat ek studente prakties gehelp het om stompverbinding te doen en reggehelp het tydens die praktiese oefening van stompverbinding.

Deurdat studente 'n demonstrasie van korrekte stompverbinding gesien het, en ook selfervaring van stompverbinding opgedoen het, kan ek met sekerheid sê dat die studente in 'n mate die praktiese vaardigheid ten opsigte van stompverbinding deur middel van begeleide selfstudie- en -beoefening bemeester het.

Bogenoemde insident is 'n stawende voorbeeld van waar studente wel die teoretiese instruksiekriteria en die skematiese voorstelling van stompverbinding tot hul beskikking gehad het, maar waar dit alleen, sonder die praktiese leerervaring, nie genoeg was om die praktiese vaardigheid ten opsigte van stompverbinding te bemeester nie.

Die sessie is weereens afgesluit met 'n samevatting van die dag se werk en 'n afkondiging van wat in die volgende sessie gedek sou word, naamlik die gebruik van 'n prostese en die behandeling van 'n amputasie-geval. Die laaste vyf minute

was gegee om hulle dagboekinskrywings te doen.

3.4.7 Woensdag 17 Maart 1993: Sesde sessie oor amputasies (prostese)

11h40 - 13h00

Die doel van vandag se sessie was om studente 'n teoretiese oorsig te gee van die indikasies en kontra-indikasies vir prostese by amputasies; die kriteria vir die bepaling van proteses met amputasiegevalle; en 'n oorsig ten opsigte van die komponente waaruit 'n prostese bestaan. Hierdie doelstellings wou ek bereik deur middel van 'n formele sessie, veral om leemtes aan te vul, en deur blootstelling van studente aan 'n voorafopgestelde kliniese probleemgeval. Toe ek in die klas inloop, het die meeste van die student op hul arms gelê. By navrae het van hulle geantwoord, hulle is moeg van die baie akademiese vereistes van derdejaar, ander het gekla van 'n hoofpyn, ensovoorts. Met die aanvang van die sessie, het een student gevra waar die waarnemer is wat sou insit, want hulle het vanaf die begin van die chirurgie-module geweet wanneer watter waarnemers insit. Met my antwoord, dat daar vandag nie iemand sal insit nie, het die klas uitgeroep, Ag, dankie tog!

As gevolg van die studente se traagheid, het ek my sessie verander deur met die kliniese gevallestudie op die transparant te begin in plaas van met 'n formele teoretiese sessie. As fasiliteerder het ek vrae gestel en gevra dat hulle hul antwoorde moet staaf van hoekom die pasiënt 'n prostese moes kry. Studente het die vorige dae se inhoud ten opsigte van amputasies gebruik om hul antwoorde

te staaf en om selfs vrae te vra. Studente het self die praktiese leerervaring ten opsigte van stompverbinding die vorige dag as uitgangspunt gebruik, byvoorbeeld by die identifisering van die kriteria vir die pas van 'n protese. Soos teoreties voorafbeplan moes studente deur middel van verbale terugvoer die vrae beantwoord ten opsigte van die indikasies en kontra-indikasies vir 'n protese, die kriteria vir die bepaling van 'n protese en die komponente waaruit 'n protese bestaan. Ek het na aanleiding van 'n reeks skyfies en groepdeelname verwag dat die studente die verskillende aspekte en kriteria moes uitwys. Ek het byvoorbeeld probeer fasiliteer deur te vra watter komponent van 'n protese die skyfie uitbeeld. Weereens is leemtes ten opsigte van kennis, vaardighede en houdinge aangevul deur middel van formele insette waar ek, byvoorbeeld, deur middel van 'n transparant 'n skematiese voorstelling van die komponente waaruit 'n protese bestaan gewys het en dit deur almal in die klas laat bespreek het. Van die skyfies was verouderd ten opsigte van die tipes van protese, maar ek het gevoel dat hierdie blootstelling vir die studente belangrik was, veral ten opsigte van sekere kriteria waaraan 'n protese moet voldoen, byvoorbeeld duursaamheid, nuutste ontwerp en beskikbaarheid.

Die sessie het voor die einde van die beskikbare tyd geëindig, aangesien ek kon sien dat die studente se deelname nie van dieselfde kwaliteit was soos by die voorafgaande sessies nie. Studente is kortliks voorberei ten opsigte van die middag se hospitaalbesoek om die behandelingsdoelstellings, metodes en tegnieke in die praktyk te identifiseer en te interpreteer. Weereens het die studente vyf minute gehad om hul dagboekinskrywings te doen.

3.4.8 Woensdag 17 Maart 1993: Besoek aan G.F. Jooste-hospitaal, behandeling van 'n amputasie-geval 14h00 - 16h15

Die doel met die besoek was dat studente die behandeling van 'n amputasie-geval moes kon identifiseer en interpreteer na aanleiding van die doelstellings van behandeling, metodes en tegnieke wat die kliniese arbeidsterapeut in die sessie gebruik het.

In my voorafbeplanning moes ek die dag en tyd reël wanneer die kliniese arbeidsterapeut die behandeling van 'n amputasiegeval kon hanteer. Ek moes met die kliniese arbeidsterapeut ooreenkom watter aspekte van behandeling sy in die sessie gaan gebruik. Studente moes ook vooraf voorsien word van behandelingsvorme waarop hulle hul waarneming van die sessie kon opskryf. Met die middag se besoek aan die hospitaal was die bus betyds! Met ons aankoms by die departement Arbeidsterapie te G.F. Jooste Hospitaal was alle voorbereiding vir die behandeling van die amputasie-pasiënt reeds gedoen, en het die terapeut en die pasiënt ons ingewag. Die pasiënt is deur die kliniese arbeidsterapeut aan die studente en myself bekendgestel. Aanvanklik was die pasiënt stillerig, angstig en teruggetrokke, maar die kliniese arbeidsterapeut het haar gerusgestel en gesê dat die studente slegs ter wille van hul leerervaring haar observeer. Ek het as fasiliteerder opgetree deurdat ek by tye sekere aspekte van behandeling uitgewys het, deurdat ek byvoorbeeld gesê het, kyk na die samestelling van die omgewing of die struktuering van die aktiwiteit. Die pasiënt het tydens die behandelingssessie al hoe meer begin kommunikeer en eie inisiatiewe ten opsigte van die uitvoering

van die aktiwiteit geopenbaar. 'n Moontlike rede hiervoor kon die sterk interpersoonlike verhouding tussen die pasiënt en die kliniese arbeidsterapeut gewees het.

Teen die einde van die sessie, het studente die geleentheid gehad om vrae aan of die pasiënt self of die kliniese arbeidsterapeut te stel. Spontane groepsdeelname het plaasgevind en studente het baie realistiese vrae aan die pasiënt gestel. Voorbeelde hiervan was: Die aktiwiteit wat jy nou hier gedoen het, doen jy dit by die huis?; Is die aanpassings wat in hierdie aktiwiteit gedoen is ten opsigte van die uitleg van die kombuis, is dit soos jou kombuis by die huis lyk?; ens. Sekere studente het selfs meer omtrent die pasiënt se patologie uitgevra. Terselfdertyd het hulle die prognose van die siektetoestand in ag geneem as 'n moontlike indikasie of kontra-indikasie vir amputasies, dit wil sê kennis wat in die oggend se sessie bespreek was, is hier geïdentifiseer, toegepas en gestaaf.

Wat nie in die voorafbeplanning van die sessie was nie, maar wat baie relevant was ten opsigte van amputasies, was dat studente blootgestel is aan 'n ander pasiënt met 'n onderknie-amputasie wat self sy eie stompverbinding aan die studente gedemonstreer het. Die tegniek wat hy gebruik het, was ietwat aangepas as gevolg van sy spesifieke tipe amputasie. Dit was vir die studente wonderlik om te sien met watter vaardigheid hy sy stomp verbind. Die studente het aan hom vrae gestel soos: Wanneer en hoekom verbind jy jou stomp?; en, Watter voorsorgmaatreëls moet jy in gedagte hou en waarna moet jy kyk? Die feit dat die pasiënt wel hulle vrae korrek kon beantwoord, het my die relevantheid van die

teoretiese sessie wat ek aan die studente in die klaskamersituasie gedoseer het, laat besef ten opsigte van die praktyk en ook van die integrasie van die teoretiese kennis ten opsigte van die praktyk. 'n Paar studente het selfs kommentaar gelewer oor hoe goed dit was om te weet en te sien dat die teorie wat gedoseer word wel in die praktyk toegepas word.

Die sessie is afgesluit deurdat ek die kliniese arbeidsterapeut en pasiënte bedank het vir hul bereidwilligheid en deelname aan die demonstrasie-behandelingsessies.

Van die studente was verwag om bogenoemde behandelingsessie na aanleiding van die gegewe behandelingsvorm die behandelingsdoelstellings, metodes en tegnieke gebruik te identifiseer en te staaf. Behalwe vir een student kon die studente na aanleiding van die gegewe behandelingsvorm die behandelingsessie korrek weergee. Hiermee het ek die sessie van die dag beëindig. Studente is ingelig dat Kirstie, in die volgende sessie die behandeling van 'n brandwond- en amputasiegeval in die gemeenskap sal doen. Vyf minute is weereens toegelaat vir studente om hul dagboekinskrywings te doen.

3.4.9 Maandag 22 Maart 1993: Sewende sessie oor die gemeenskapskomponent ten opsigte van brandwonde en amputasies - (Kirstie)

Na die afhandeling van die sessies oor brandwond- en amputasiegevalle het Kirstie, 'n kollega en die kliniese onderrigkoördineerder vir die gemeenskap, in hierdie sessie die gemeenskapsgebaseerde toepassing ten opsigte van bogenoemde

chirurgiese siektetoestande gedek. Voor die aanvang van my toegepaste chirurgie-module, het ek en Kirstie ooreengekom dat sy die behandeling van 'n brandwonden amputasiegeval in die gemeenskap met die studente sou behandel.

Kirstie het haar sessie begin deur 'n student wat aan die Universiteit van Wes-Kaapland gestudeer het, en wat sy geken het wat brandwonde van die gesig, nek, bors, arms en hande opgedoen het, te vra om die klas in te lig oor haar brandwonde. Die persoon het terugvoer aan die klas gegee ten opsigte van haar mediese geskiedenis en familie-agtergrond.

Studente was die geleentheid gegee om vrae aan haar te stel. Dit was wonderlik vir my om net vir 'n slag as waarnemer te kon sit en te luister na die tipe vrae wat die studente aan haar gestel het. Byvoorbeeld:

- (1) Hoekom en wanneer het jy jou behandeling gestaak?
- (2) Hoe het jy gevoel toe jy groter word?
- (3) Watter aanpassings moes jy maak?
- (4) Watter tipe behandeling het jy ontvang?
- (5) Hoe het jou familie jou ondersteun?
- (6) Dink jy arbeidsterapie kon jou meer gehelp het?
- (7) Het jy enige ondersteuning vanaf jou gemeenskap gekry?
- (8) Hoe sou jy die drukkledingstukke wat jy ontvang het, beter kon aanvaar het?

Nadat studente die vrae gevra het, is die student bedank vir haar bereidwilligheid

om haar ervaring met die klas te deel. Nadat sy die klas verlaat het, is die studente gevra om na aanleiding van die vrae wat hul aan die student gestel het, saam te vat en weer te gee hoe hulle die rol van die arbeidsterapeut in so 'n geval sou sien.

Kirstie het daarna deur middel van 'n formele sessie en na aanleiding van haar transparante haar siening oor die spesifieke rol van die arbeidsterapeut in die gemeenskap uitgewys. Twee vrae is tydens hierdie formele sessie aan die studente gestel: naamlik, Hoe dink julle as studente sou die persoon die drukkledingstukke beter aanvaar het? en Hoe het julle die persoon ervaar? Studente het deur middel van groepdeelname die vrae beantwoord.

Kirstie het na die stel van vrae oor die brandwondgeval, oorgegaan na 'n bespreking van 'n amputasiegeval. Hier het sy net kortliks genoem watter tipe pasiënt dit is en van die studente was verwag om te bespreek wat die pasiënt op die oomblik kon doen en wat sy nie meer in staat sou wees om te kon doen nie. Vir my as waarnemer was die vraag baie vaag, maar ek kon wel sien dat die bepalingstegnieke en moontlike probleme wat tydens my amputasielesings bespreek was, hier toegepas was. Die enigste vraag wat die studente gestel het was, tot watter mate is die opvolg van pasiënte in die gemeenskap deeglik?

Geen samevatting of bespreking is by die afsluiting van die sessie gedoen nie. Geen manier van evaluering het na die sessie plaasgevind nie. My refleksie, as ek met die opskryf hiervan (Mei 1994) terugdink, was dat ek miskien die sessie sou

saamgevat het en verdere bespreking vanaf studente aangemoedig het oor die twee voorafgaande gevalle.

3.4.10 Dinsdag 23 Maart 1993: Besoek aan Karl du Toit Sentrum vir gehoorgestremdes 10h50 - 12h20

Die doel met hierdie besoek was dat studente die rol van die arbeidsterapeut met gehoorgestremde kinders moes waarneem en dit kon interpreteer. Van die studente was ook verwag om waar te neem en uit te vind of die arbeidsterapeut as lid van die interdisiplinêre span behandeling toepas.

Ter voorbereiding vir die besoek aan Karl du Toit Sentrum vir Gehoorgestremdes moes ek vooraf skriftelik toestemming by die skoolhoof kry. Van my was verwag om presies te sê wat ek wou gehad het die studente moes ervaar. Die rooster van my toegepaste chirurgie-module moes aangepas word, want die sentrum kon die studente net in die oggend ontvang. Vervoer was gereël.

Die sessie het begin deurdat die hoof van die sentrum as inleiding 'n agtergrond-geskiedenis oor die sentrum gegee het. Dit het aspekte gedek soos:

- (1) die indeling van verskillende afdelings in die sentrum, byvoorbeeld die voorskoolse kinders en ouerleidingafdeling;
- (2) die ouderdomme van die kinders wat die sentrum huisves;
- (3) die taalontwikkelingsvlak van elke kind; en
- (4) verskillende tipes gehoorapparate wat gebruik word.

Ek as dosent het die meeste van die vrae geïnisieer, terwyl die studente relatief min gevra het in vergelyking met ander besoeke wat hulle alreeds afgelê het. 'n Moontlike rede hiervoor was dat hulle op hierdie stadium geen teoretiese agtergrond oor die dove of hardhorende persoon ontvang het nie. Studente is toe vir die volgende tien minute georiënteer ten opsigte van die skool en die uitleg. Die enigste praktiese probleem was dat as gevolg van die groot aantal studente, moes hulle in twee groepe verdeel en deur 'n eenrigtingglas die onderwyser waarneem sonder dat hulle kon hoor wat gesê was. 'n Ander probleem was die feit dat ek net saam met een groep kon gaan en dit my dus verhinder het om sekere aspekte van behandeling en die redes vir die behandeling waarmee ek bekend was, aan die ander groep te kon oordra.

Die feit dat ekself nog nooit voorheen by die sentrum was nie, het my nie daarvan weerhou om sekere waarnemings wat ek gemaak het, in my teorie-sessies 'n week later te integreer nie.

Na die waarneming deur die studente deur die eenrigtingglas, het van die studente baie vrae gevra van hoekom doen die onderwyser nou dit of dat met die kinders? Hierdie vrae was deur die onderwyser self beantwoord en gestaaf, dit wil sê die onderwysers was by die sessie na die waarneming.

Die studente het toe ook 'n praktiese arbeidsterapiesessie waargeneem. Die arbeidsterapeut het aan die studente 'n duidelike prentjie van haar rol by die sentrum, ook as deel van 'n interdisiplinêre span, geskets. Studente kon die rol

van die arbeidsterapeut tydens my formele sessie (wat later plaasgevind het) herroep ten opsigte van die behandeling van die dowe en hardhorende persoon of kind. Tydens die arbeidsterapiesessie het ek baie vrae aan die arbeidsterapeut gevra: Hoekom doen jy die aktiwiteit so?; Wat is jou doelstellings van behandeling?; ensovoorts.

Op pad met die bus terug kampus toe, kon die studente nie uitgepraat raak oor die gemaklike opset by die sentrum nie en die mooi omgewing nie. Interdissiplinêre spanwerk was baie opvallend vir hulle, asook die definitiewe beleid van die sentrum om taalontwikkeling te stimuleer met die doel om die kind in 'n normale skool te kon plaas met 'n definitiewe opvolg. Van die studente se kommentaar was, "Hier sal ek graag wil werk"!

Om te bepaal of studente wel die rol van die arbeidsterapeut met 'n dowe of hardhorende kind verstaan en bemeester het, wou ek later tydens die teorie-sessie op 31 Maart 1993 deur middel van terugvoer met die studente die saak opvolg.

3.4.11 Woensdag 24 Maart 1993: Agste sessie oor plastiese en torakale chirurgie en mastektomie 14h00 - 16h15

Vandag se klas is begin deur terugvoer vanaf studente te vra omtrent die eerste formele toets wat hulle die oggend geskryf het oor brandwonde en amputasies. Studente was heel tevrede met die toets en van hulle het gesê dat nie eers nodig was om so hard te leer nie! Ek het gevra wat die moontlike redes daarvoor kon

wees en van hulle het geantwoord dat as hulle elke dag in die klas was, hulle 'n beter begrip gehad het van die werk wat daardie spesifieke dag gedek was en dat hulle baie van die inligting omtrent 'n spesifieke patologie kon herroep.

Die doel van hierdie dag se sessie was om studente 'n oorsig te laat verkry van:

- (1) Die redes waarom plastiese chirurgie gedoen word.
- (2) Die rol van die arbeidsterapeut by die verskillende stadia van behandeling van 'n persoon wat plastiese chirurgie ondergaan het.
- (3) Die doelstellings van behandeling onder die verskillende stadia van behandeling.
- (4) Die rol van die arbeidsterapeut by die verskillende stadia van behandeling van 'n persoon wat torakale chirurgie ondergaan het, byvoorbeeld met ope hartoperasies en longoperasies.
- (5) Die beginsels van behandeling van 'n arbeidsterapeut by persone wat 'n mastektomie ondergaan het.
- (6) Die verskillende kommersiële beskikbare protese of vorms vir persone wat 'n mastektomie gehad het.

Na aanleiding van die brandwondsessie wat op 8, 9 en 10 Maart afgehandel is, is studente gevra of hulle kon onthou, wanneer 'n persoon plastiese chirurgie ondergaan, watter faktore aanleiding gee tot die verskillende redes vir plastiese chirurgie. Van die studente was heeltemal vertrouwd met sekere redes vir plastiese chirurgie, naamlik om funksie en herstel te verbeter. Alhoewel 'n paar studente kon identifiseer dat plastiese chirurgie ook vir kosmetiese redes gedoen kon word,

moes ek as fasiliteerder aan studente leidrade gee om hulle stellings in 'n bepaalde rigting in te dwing, byvoorbeeld indien iemand byvoorbeeld 'n neusoperasie ondergaan, wat dink hulle kon moontlike redes daarvoor wees? Studente was wel in staat om sekere doelstellings van behandeling deur middel van groepsdeelname te identifiseer en terselfdertyd die rol van die arbeidsterapeut onder die verskillende stadia te bespreek. In plaas van 'n formele sessie, het ek dus weer die meeste van die tyd die rol van fasiliteerder gespeel. Ek kon sien dat studente die kennis en ondervinding wat hulle tot op hede opgedoen, kon gebruik het as uitgangspunt by die besprekings. Leemtes wat ontstaan het, is aangevul deur middel van formele insette.

Ten opsigte van hierdie tweede afdeling van hierdie sessie, naamlik torakale chirurgie, is kennis/inhoud deur middel van 'n formele voordrag aan studente oorgedra. Aanvanklik was die redes, tydens my beplanning, dat ek as dosent geen praktiese ondervinding met 'n persoon wat torakale chirurgie gehad het nie. Ten einde my eie onsekerheid ten opsigte van die behandeling van 'n persoon met torakale chirurgie te verberg, het ek die kennis net so vanuit die notas aan studente oorgedra, en kon ek dit nie regtig met 'n praktiese voorbeeld staaf nie. Inhoud is met die ondersteuning van transparante aan studente oorgedra. Studente moes die inligting neerskryf aangesien die notas wat aan hulle voorsien was meer in die vorm van 'n werkstuk uiteengesit was. Groepsdeelname was beperk: 'n rede mag gewees het dat studente alle inligting vanaf die transparante probeer afskryf het aangesien dit die eerste keer van die studente verwag was om notas af te neem. 'n Ander moontlike rede kon gewees het dat ek, omdat ek die

inligting formeel oorgedra het, studente nie genoeg geleentheid gegun het om meer aktief deel te neem nie. In retrospek, sou ek eerder wou gehad het dat die studente vooraf die werkstuk moes deurwerk en dat hulle as 'n groep in die klas die verskillende aspekte van torakale chirurgie bespreek. Ek was ook baie verdedigend oor die onderwerp en dus nie oop vir bespreking nie.

Nadat ek die dag se sessie, plastiese- en torakale chirurgie gedoen het, was die derde chirurgiese siektetoestand wat in hierdie sessie gedek was, mastektomie. In plaas van die beoogde formele sessie, is die sessie begin met 'n gevallestudie oor 'n persoon wat 'n mastektomie gehad het en van die studente was verwag om hul rol as arbeidsterapeute tydens die rehabilitasie-periode van dié spesifieke geval te bespreek. Spontane groepsdeelname het plaasgevind en as dosent was ek baie betrokke by die fasilitering van hierdie bespreking. Omdat ek al 'n persoon met 'n mastektomie behandel het, kon ek die studente baie praktiese probleme uitwys. Hierdie spesifieke sessie oor mastektomie het baie vrae by studente ontlok. Van die studente het laat blyk dat hulle ook van mastektomiegevalle in hul gemeenskap bewus was en het daarvoor uitgebrei. Ek het studente se denke verder gefasiliteer deur terug te verwys na hul ortopedie-sessies, waar sekere beginsels van behandeling sorgelyk is, byvoorbeeld, by 'n persoon wat 'n skouerblesering opgedoen het. Studente het selfs verder gegaan en ekstra kommentaar (positief en negatief) omtrent die ortopedie-sessies gelewer. Ek kon duidelik die verskil tussen die graad van groepsdeelname ten opsigte van die gee van formele sessies en afneem van notas deur studente sien in vergelyking met die gebruik van gevallestudies waar groepsdeelname deur middel van besprekings baie meer dinamies

en aktief vanaf studente was. Die studente het selfs op 'n stadium gekla dat hulle moeg was, veral toe ek torakale chirurgie gedoseer het, met ander woorde die gedeelte van die sessie net voordat ek mastektomie bespreek het. 'n Moontlike rede vir die studente se moegheid kon wees dat torakale chirurgie deur my formeel en miskien eentonig aangebied was as gevolg van my gebrek aan praktiese ervaring met 'n torakale-geval.

Tydens die dag se sessie moes ek selfs ekstra tyd inruim vir die afneem van inligting vanaf die transparante. Die feit dat ek by tye moes terugkom na wat alreeds genoem was, het onderlinge klasbesprekings onder individuele studente ontlok wat alreeds die inligting afgeneem het. Een student het selfs kommentaar gelewer en gesê, "Julle skryf darem stadig". Hierdie gebeurtenis is miskien iets wat ek in die toekoms in gedagte moet hou by my beplanning van my toekomstige sessies. Ek kan miskien meer tyd in die toekoms inruim vir die afneem van inligting vanaf die transparante, of die transparante na afloop van die klas aan studente beskikbaar stel.

Om te evalueer of studente wel 'n oorsig verkry het van die arbeidsterapie doelstellings ten opsigte van plastiese en torakale chirurgie en mastektomie is, soos aanvanklik beplan, 'n formele toets op 14 April geskryf, dit wil sê drie weke na hierdie sessie. Twee van die studente moes na afloop van hierdie toets 'n her-evaluering doen ten opsigte van hierdie spesifieke afdeling.

Die dag se sessie is afgesluit deur vyf minute aan die studente te gee om hulle

dagboekinskrywings te doen. Studente was ook ingelig oor hul besoek die volgende Maandag aan die niereenheid by Groote Schuur Hospitaal en dat ek voor die besoek 'n verbale riglyn aan hulle sou gee van waarna hulle spesifiek moes kyk.

3.4.12 Maandag 29 Maart 1993: Besoek aan Groote Schuur Hospitaal se niereenheid 14h00 - 16h15

Vandag was die bus alweer laat, en die feit dat vyf studente met hul eie vervoer gery het het veroorsaak dat hulle nog later as die bus opgedaag het as gevolg van probleme met die beskikbaarheid van parkering naby die hospitaal. Studente is by die hospitaal ingelig oor die doel van vandag se besoek, naamlik om hulle te oriënteer ten opsigte van die niereenheid en die dialise-masjien, en ook om hulle te oriënteer ten opsigte van die rol van die arbeidsterapeut in die niereenheid.

Die kliniese arbeidsterapeut het ons by die ingang van die hospitaal ontmoet en ek het haar aan die studente voorgestel. Met ons aankoms by die saal is die kliniese arbeidsterapeut toe ingelig dat die suster wat die prosedures en die oriëntering aan die studente moes verduidelik, siek was. Dit het die kliniese arbeidsterapeut baie angstig gemaak, want sy werk nie meer in die niereenheid nie. Die kliniese arbeidsterapeut moes toe dringend iemand as plaasvervanger in die suster se plek kry. Studente het onmiddellik die gevoel gekry van disorganisasie (soos ook uit hul evaluering blyk). Die plaasvervangende suster het baie kort en baie "vaag" die dialise-masjien aan die studente verduidelik. Ek het onmiddellik sekere vrae aan die suster gevra, met die doel om studente meer

duidelikheid ten opsigte van die spesifieke geval te gee, aangesien studente geen teoretiese agtergrond ten opsigte van nieroorplanting en dialise tot op hede opgedoen het nie. Ek het ook aan die studente gevra om baie spesifiek waar te neem sodat wanneer hulle die teoretiese agtergrond kry, hulle terug sou kon verwys na die besoek en miskien self kon evalueer of die teorie wat hulle in die klas gekry het, wel met die praktyk vergelyk en vice versa.

Vir my eie duidelikheid het ek ook sekere vrae aan die suster en selfs die pasiënt gevra, byvoorbeeld: Wat doen jy as jy op dialise is?; Hoe gereeld moet 'n persoon inkom vir dialise?; en, Hoe affekteer dit jou werk en as broodwinner?

Oor die algemeen het studente min vrae gevra, miskien omdat alles vir hulle 'n eerste en nuwe blootstelling was. Daarna moes hulle na 'n seminaarkamer gaan, waar die kliniese arbeidsterapeut haar rol in die eenheid sou verduidelik. In die eerste plek was die seminaarkamer alreeds deur iemand anders bespreek en moes studente heen en weer agter die kliniese arbeidsterapeut aanloop op soek na 'n vertrek wat almal sou kon akkommodeer. Dit het gelei tot verdere negatiewe kommentaar ten opsigte van "disorganisasie".

Die kliniese arbeidsterapeut het 'n kort teoretiese oorsig gegee van die verskillende tipes van nierversaking wat 'n mens kry; die verskil tussen hemo- en peritoniale dialise; en haar rol by die versorging van elkeen. Sy het ook haar program in die niereenheid geskets en ook watter aktiwiteite gewerk het, watter nie, hoekom nie, en watter nuwe aktiwiteite geïmplimenteer is. Studente het na

hierdie bespreking meer spontaan deelgeneem deurdat hulle baie vrae gevra het, soos byvoorbeeld

- Word alle pasiënte in die niereenheid verwys na arbeidsterapie?;
- Hoe word behandeling gestruktureer tydens en na dialise?;
- Enige verwysings na die gemeenskaps-arbeidsterapeut?; en
- Het u baie weerstand vanaf die pasiënte in die niereenheid?

Die besoek is afgesluit deurdat ek die kliniese arbeidsterapeut bedank het vir haar bereidwilligheid om die studente die rol van die arbeidsterapeut in die niereenheid te verduidelik.

Op pad met die bus terug kampus toe, was die studente stiller as ander kere na so 'n besoek. Verskeie faktore kan moontlik hiertoe bygedra het, naamlik die tyd van die dag, die ongeorganiseerdheid van die kliniese arbeidsterapeut, die afwesigheid van die suster, ensovoorts. Een student spesifiek het baie meer ingegaan op die sielkundige aspek van 'n persoon wat 'n nierprobleem het. Ek het my opinie gelig en die student het gesê dat dit vir haar meer sielkundig is. Ons het toe daarvoor gepraat terwyl die ander studente in die bus geluister het.

My algemene indruk van die besoek aan Groote Schuur Hospitaal was een van disorganisasie en oningeligtheid vanaf die hospitaal se kant. Aan die ander kant, kan die afwesigheid van die suster as gevolg van onvoorsiene omstandighede gesien word as realiteite wat in die praktyk plaasvind. Die studente moet ook leer dat sulke onvoorspelbaarhede in die praktyk plaasvind en dat 'n professionele

mens moet leer hoe om sulke daaglikse dramas te hanteer.

3.4.13 Dinsdag 30 Maart 1993: Negende sessie oor nieroorplantings en dialise
10h50 - 12h20

Om vir myself te bepaal watter die beste manier is om studente meer induktief te laat leer, dit wil sê eers deur middel van 'n sessie en dan 'n besoek, of omgekeer, het ek die dag se sessie met 'n kort, onaangekondigde toets begin om die vorige dag se waarnemings wat die studente gemaak het, op te roep en saam te vat. Die toets het uit sewe vrae bestaan, waarvan ses gehandel het oor feite en die laaste oor die rol van die arbeidsterapeut in die niereenheid. Studente het om en by tien minute gehad om die vrae individueel skriftelik te beantwoord.

Ek as dosent het redelik weerstand gekry vanaf die studente oor die gee van die toets. Van die studente was erg verbaas, ander het gevra of dit vir punte tel en een student het self gesê dat dit baie angswekkend was! Alhoewel ek die studente probeer gerusstel het deur te gesê het dat dit vir myself ook 'n indikasie kon wees van watter evaluerings of leermetodes die beste vir hulle is, veral vir toekomstige sessiebeplanning, het van die studente gesê dat hulle tydens die besoek nie altyd goed kon sien hoe dialise werk nie en dat van hulle ook nie altyd kon hoor wat die suster gesê het nie. Hierdie terugvoer het my laat wonder, wie se verantwoordelikheid dit nou eintlik is as studente nie kan hoor of sien nie? Hoe sal ek ooit weet watter studente nie kan hoor of sien nie? Ek het die studente wel getroos en gevra om die vrae so goed moontlik te beantwoord. Ek het hulle

herinner dat daar ook 'n bespreking na die besoek aan die saal was, waar almal wel kon hoor. Verder het ek gesê dat ons die vrae na die tyd sou bespreek.

Tydens die toets was daar onderlinge gesprekke tussen van die studente, dus het ek hulle gevra om asseblief elkeen hulle eie werk te doen. Een student het toe gevra of dit 'n "oop boek" toets was. Die vrae wat gevra is tydens die toets, was wel bespreek tydens hul besoek aan die hospitaal. Terwyl die studente die toets geskryf het, was die klas tweemaal onderbreek deur afkondigings ten opsigte van her-evalueringstye deur 'n ander dosent in die departement.

Na die afhandeling van die toets, moes studente hul antwoordstelle met 'n ander student uitruil en het ek die vrae met die studente in die klas deurgegaan. Dit alleen het verskeie besprekings ontlok. Ek het hierdie besprekingspunte verder geneem om my beplande teorie-sessie hieruit te inisieer, naamlik die funksies van 'n nier; oorsake van nierversaking; en die verskil tussen hemo- en peritoniale dialise. Deur middel van transparante en skematiese sketse is verdere inligting aan die studente oorgedra. Baie van die studente het aktief deelgeneem as gevolg van my fasilitering van vrae, terwyl ander studente meer stil was maar, volgens my waarneming, wel gekonsentreer het. 'n Paar studente het die indruk geskep dat hulle net nie "met my" was nie. As ek nou terugdink, moet ek miskien dink aan 'n metode van evaluering van hoeveel die "stiller" studente wel verstaan en hoe die vlak van spontane deelname van alle studente verhoog kan word.

Heel aan die einde van my sessie het ek aan die studente gevra of hulle dink die

arbeidsterapeut as lid van 'n interdisiplinêre span 'n rol het om te vervul in die niereenheid. Die antwoord was NEE. Ek het op daardie stadium wel saamgestem, maar het opgevolg deur die vraag te stel of hulle miskien, inagneming van die totale beeld wat gegee is van die rol van die arbeidsterapeut, wel kon uitwys waar die arbeidsterapeut tog 'n rol kon of moes speel. Die antwoord was, die sielkundige aspek en by werksbepaling. Studente het ook gemotiveer hoekom hulle so sê.

Ek het aan die studente gevra wat hulle graag sou wou sien tydens hul besoek aan die hospitaal, na die vorige dag se ervaring. Hulle wou weet hoe 'n dialise-masjien opgestel word en wou 'n demonstrasie gehad het van 'n groepsbehandeling van 'n dialise-pasiënt deur middel van 'n aktiwiteit. Studente is ook weereens herinner dat wanneer hulle ooit weer 'n besoek of 'n demonstrasie waarneem, dit hulle verantwoordelikheid is om te vra as hulle nie kan hoor nie, en om seker te maak dat hulle wel kan sien.

Met die afsluiting van my sessie, het die studente gevra wanneer die kliniese arbeidsterapeut gekwalifiseer het en of ek haar ken. Toe ek sê dat ek haar eksterne eksaminatrise was, was almal se kommentaar: Geen wonder dat die kliniese arbeidsterapeut so senuagtig voor my was nie. Nou hoe moet ek voel? Wat kan gedoen word om so 'n soortgelyke situasie van disorganisasie en angstigheid in die toekoms te vermy? Miskien moet ek in die toekoms, voordat die studente 'n hospitaal besoek, eers die hospitaal persoonlik besoek. Dit kan my help om die huidige situasie by die hospitaal te evalueer en my vereistes vir so 'n

besoek meer realisties aan studente oor te dra.

Studente is ingelig oor wat die volgende dag doseer sou word en is ook versoek om die waarneming wat hulle gemaak het ten opsigte van die behandeling van die gehoorgestremde kind tydens hulle besoek aan die Karl du Toit Sentrum vir gehoorgestremdes op 23 Maart in hul gedagtes of skriftelik op te som ter voorbereiding vir die volgende dag se teoretiese sessie omtrent doof- en hardhorendheid. Die rede was om studente se opsommings te bespreek en as aanknopingspunte te gebruik vir verdere teoretiese inligting. Vyf minute is gegee vir dagboekinskrywings van vandag se sessie.

3.4.14 Woensdag 31 Maart 1993: Tiende sessie oor doof- en hardhorendheid

11h40 - 13h00

Met my aanvanklike beplanning van die sessie was my doelstellings vir die sessie dat studente

- (1) 'n breë oorsig moes verkry ten opsigte van die funksies van die normale oor;
- (2) bewus moes wees van die hooforsake van doofheid; en
- (3) 'n oorsig moes verkry ten opsigte van die rol van die arbeidsterapeut by die dowe of hardhorende persoon (kind en volwassene).

Ek het nie baie uitgesien na vandag se sessie nie, aangesien ek nie gesond gevoel het as gevolg van griep wat ek gehad het. Ek was ook bekommerd dat ek nie my

sessie sou kon afhandel nie, aangesien my stem besig was om te verdwyn.

Ek het begin deur die doelstellings van die sessie aan die studente uiteen te sit. In plaas van 'n formele sessie, het ek gevra wat hulle alles van die besoek aan die Karl du Toitsentrum kon onthou. Soos wat studente spontaan terugvoer gegee het, het ek al hulle kommentaar op die bord neergeskryf. Nadat alle verbale terugvoer deur die studente van my neergeskryf was, het ons dit as klas saam bespreek. Byvoorbeeld, toe studente gesê het dat taalontwikkeling belangrik is, het ek 'n fasiliterende rol gespeel en byvoorbeeld vir die studente, na aanleiding van hul kommentaar, gevra watter tipes kommunikasie vir die dowe kind aan hulle bekend is. Leemtes is aangevul deurdat ek aan die studente ook ander vorms van kommunikasie bekendgestel het.

Tweedejaarsvakke soos Anatomie is bygebring, byvoorbeeld by die funksies van die normale oor. Studente moes kennis herroep soos die dele waaruit die oor bestaan en die funksies van daardie spesifieke liggaamsdeel. Hulle moes selfs probeer motiveer het van hoe abnormale oorfunksie die dowe of hardhorende persone se algemene funksionering sou beïnvloed en watter aanpassings die arbeidsterapeut sou moes maak in haar behandeling van so 'n persoon.

Deurlopend het ek terugverwys na die behandelingsessie wat hulle by die Karl du Toit Sentrum, en deur die arbeidsterapeut aangebied, waargeneem het. Ek het vrae gevra van hoekom die arbeidsterapeut daardie spesifieke aktiwiteit gekies het; watter aanpassings, indien enige, sy vir die drie kinders in die groepe gedoen

watter probleme hulle waargeneem het; hoe dit van kind tot kind verskil het; en hoekom dink hulle dit so was. Dit het hopelik 'n meer duidelike beeld geskep van watter spesifieke aspekte die arbeidsterapeut op behoort te konsentreer, en haar spesifieke rol.

Studente was wel in staat om sekere kennis ten opsigte van die behandelings-tegnieke wat die arbeidsterapeut gebruik het te identifiseer nadat hulle aan die praktiese behandelingssessie van die arbeidsterapeut blootgestel was. Van die studente het selfs gesê dat dit nou vir hulle meer duidelik was waarom die behandelingssessie só gedoen was!

Teen die einde van die sessie is 'n samevatting daarvan met behulp van die transparante aan die studente weergegee. Ek het hulle bedank vir hul spontane deelname, veral omdat dit vandag my laaste doseersessie met hulle sou wees behalwe vir die laaste formele toets wat, soos reeds genoem, vir die 14de April 1993 geskeduleer was. Studente is herinner aan die opsomming van hul dagboek-inskrywings wat so gou moontlik ingehandig moes word. Van die studente was ook verwag om die Departement se algemene standaard-evaluasievorm, wat gewoonlik deur studente ingevul word na die afhandeling van 'n sessiemodule, in te handig.

Studente het my bedank vir die "heerlike en leersame" chirurgiesessies en selfs kommentaar gelewer dat "Ons wens Mev de Jongh het hierdie jaar ook vir ons die ortopedie en spalke en hulpmiddels-sessies gegee"! Dit het my goed laat voel - soos die gesegde gaan, "worth the effort put into it"!

3.4.15 Woensdag 31 Maart 1993: Elfde sessie oor Oogheelkunde deur Kirstie
14h00 - 16h15

As gevolg van my "mislike" gevoel het ek myself van hierdie sessie verskoon. Ek het Kirstie, my mede-kollega wat die sessie op 22 Maart aangebied het, gevra om asseblief vir my 'n uiteensetting van haar sessiebeplanning te gee. Dit het soos volg gelyk:

- 2H00 - "Introduction with emphasis on Blindness"
- 2H10 - "Main causes of total Blindness"
 "Traumatic Blindness"
 "Congenital causes of Blindness"
- 2H20 - "Losses of Blindness" - overhead
- 2H30 - "Workshop - in pairs"

3.4.16 Dinsdag 13 April 1993: Twaalfde sessie oor Oogheelkunde deur Kirstie
10h50 - 12h20

Vandag het ek weer as waarnemer by Kirstie se sessie ingesit. Sy het weer 'n uiteensetting gegee van wat vandag in haar sessie gedek sou word, naamlik, konsentrasie op persone met "low vision". 'n Teoretiese inleiding is hieromtrent deur middel van 'n lesing gegee. Studente het 'n meer passiewe rol gespeel en van hulle was verwag om net te luister. Sekere terminologie omtrent persone met "low vision" is deur Kirstie verbaal verduidelik.

Van die studente is toe verwag om in vier groepe te verdeel. Elke groep moes roteer totdat almal by die vier verskillende stasies by vier verskillende tafels of eindpunte sekere instruksies gevolg het. By die eerste stasie was daar sekere geskrewe instruksies opgestel deur Kirstie wat die studente moes lees ten einde prakties as groep te kyk na die bepaling van 'n persoon met "visual acuity".

By die tweede stasie was daar verskillende hulpmiddels, byvoorbeeld, 'n vergrootglas. Studente moes as groep prakties met die verskillende hulpmiddels eksperimenteer en hul ervaring ten opsigte van die gebruik van die hulpmiddels met mekaar deel. By die derde stasie moes studente prakties die effek van kontraste uitoefen, byvoorbeeld waar twee kontrasterende kleure gebruik was, naamlik wit op swart en vice versa en die studente moes bepaal watter die maklikste gelees en gesien kon word. By die vierde stasie moes die studente deur middel van die Snellenkaart mekaar se visuele veld bepaal.

Nadat al vier studentegroepe by al vier stasies roteer het, moes hulle die beginsels van behandeling na aanleiding van wat hulle nou-net prakties ge-eksperimenteer het in die klas bespreek en as groep voordra hoe hulle dit ervaar het. Ek het as waarnemer tussen al vier stasies roteer.

By elk van die vier stasies was daar net 'n dominante paar studente wat betrokke was, terwyl die ander in die groep besig was om te gesels oor alles behalwe die sessie-instruksies. Kirstie het die meeste van die tyd by die een spesifieke stasie (Snellen-kaartbepaling) deurgebring en studente daar gehelp.

Dit was vir my goed om as waarnemer aan die dag se sessie deel te neem. Ek het baie gehou van die praktiese ervaring en eksperimentering waaraan die studente blootgestel was, maar het op 'n stadium gewonder of hulle die doel van die praktiese sessies regtig besef het en of hulle wel geleer het en die instruksies gevolg het. Miskien iets wat ek in my sessies meer kan inbring naamlik, 'n praktiese sessie. Persoonlik sou ek die studente die geleentheid gegee het om verbaal aan die klas terugvoer te gee ten opsigte van wat hulle by elke stasie geleer het. Ek sou verder gegaan het en reg teen die einde 'n globale samevatting van die studente se terugvoer van al vier stasies gedoen het.

Die klas het om 12h20 verdaag. Ek het die studente weereens herinner aan die inhandiging van hul dagboekinskrywings en voorspoed toegewens met hul volgende sessiemodule.

3.5 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk het ek gepoog om 'n gedetailleerde narratiewe verloop van my hele toegepaste chirurgie-module weer te gee. Terselfdertyd het ek my aksies geëvalueer en gemonitor deurdat ek elke dag se sessies beskrywend geëvalueer het. Dit was vir my 'n wonderlike en leersame proses en het my insig ten opsigte van die toegepaste chirurgie-module baie verbreed. Wonderlike "issues" en temas het herhaaldelik vorendag gekom. In die volgende hoofstuk sal ek reflekteer ten opsigte van bepaalde "issues" wat ek veral as belangrik ag.

HOOFSTUK 4

NABETRAGTING OOR MY NAVORSINGSSTUDIE

4.1 INLEIDING

In Hoofstuk Een van my tesis het ek verwys na moontlike aspekte rondom hoe ek my eie klaskamerpraktyk wou navors en evalueer. Sedert my aanstelling as arbeidsterapielektor by die Universiteit van Wes-Kaapland in 1987 het ek myself gedurig gekonfronteer met vrae soos, Wat is die beste manier van onderrig?; Wat is 'n kurrikulum?; en Hoe kan ek my klaskameronderrig verbeter? Weens verskeie invloede, soos vroeër bespreek het die departement arbeidsterapie verskeie werkswinkels, waaronder 'n strategiese beplanningswerkswinkel in 1988 ook plaasgevind het, gehou ten einde die effek van daardie verskeie invloede op die departement, die personeel en hul onderrig te bespreek. Die departement arbeidsterapie het vorendag gekom met 'n departementele missie en doelwitte (sien p.15). Ten einde aan die missie te voldoen het ek as lid van die departement meer bewus geword van die omstredenheid van die konsep kurrikulum en die moontlike konflik wat daar kon bestaan tussen die geskrewe of beoogde kurrikulum aan die een kant en die operasionele kurrikulum aan die ander.

Op daardie stadium het ek besluit om te fokus op my huidige toegepaste chirurgie-kurrikulum en om dit te evalueer na aanleiding van die geskrewe Coetzee-kriteriale struktuur (Coetzee 1991:205) ten einde die onderliggende kurrikulum-model(le) en kurrikulumbenadering(s) daarvan vas te stel. Terselfdertyd wou ek

ook Coetzee se teoretiese kriteriale struktuur opmeet teen wat ek in die praktyk ervaar het. Sonder om enige groot veranderings teweeg te bring aan die toegepaste chirurgie-kurrikulum en die inhoud daarvan (soos in Hoofstuk Drie beskrywe) sistematies dag-na-dag vir vyf weke gaan kyk na my eie klaskamerpraktyk, met die doel om krities te reflekteer ten opsigte van my eie klaskameronderrig en met die uiteindelige doel om my onderrig en klaskamerpraktyk te verbeter. David Hopkins (1985:1) stel dit soos volg:

Classroom research is an act undertaken by teachers either to improve their own or a colleague's teaching or to test the assumptions of educational theory in practice.

Die sistematiese dokumentering van my klaskamerpraktyk oor vyf weke was een saak; die nabetragting daarvoor iets heel anders. Ek was onseker oor hoe om dit te doen en waar om te begin, terwyl ek terselfdertyd oorval gevoel het met al die inligting en inhoud van die toegepaste chirurgie-kurrikulum waarna ek sistematies dag-na-dag vir vyf weke na gaan kyk en opgeskryf het. Terselfdertyd was ek onseker wat om met al my data-inwinning te doen en hoe om dit presies te analiseer. Al hierdie onsekerheid het my net meer en meer angstig gemaak, veral omtrent die kompleksiteit van die praktyk teenoor wat ek "teoreties", stelselmatig voorafbeplan het.

Dit was op hierdie stadium (3de Oktober 1994) dat ek met Owen (my promotor) gaan praat het van hoe en waar ek moet begin met die opskryf van my nabetragting ten opsigte van my eie klaskamerpraktyk. Owen het vroeër wonderlike

kommentaar geskryf, byvoorbeeld in my vierde lesing oor amputasies op 15 Maart 1993 waar een student 'n behandelingstechniek, naamlik suspensie, waarmee sy besig was in 'n ander module as antwoord gegee het vir die voorkoming van kontrakture by 'n persoon met 'n onderknieamputasie. Toe sy dit prakties moes verduidelik, het sy besef dit kon eintlik nie werk om kontrakture by 'n onderknieamputasie te voorkom nie. Owen se kommentaar was: "ook 'n interessante illustrasie van die gevare van teorie-praktyk!" Donald Schön (1983:295) stel dit soortgelyk maar waar hy veral gaan kyk het na die implikasies vir die professie en die professie se plek in die samelewing:

Just as reflective practice takes the form of a reflective conversation with the situation, so that reflective practitioner's relation with his client takes the forum of a literally reflective conversation. He recognizes an obligation to make his own understanding accessible to his client, which means that he needs often to reflect anew on what he knows.

Toe ek met Owen gepraat het, was sy voorstel dat ek terug moes gaan om sistematies te kyk na my opgeskrewe klaskamerpraktyk, en dan vir myself volgens 'n raamwerk die breë gedagtes na aanleiding van 'n paar hoofpunte uiteensit met voorbeelde om my stellings te staaf.

Hammersley en Atkinson (1983:174), wat ook gaan kyk het na die proses van analisering in etnografie, sê die volgende:

In ethnography the analysis of data is not a distinct stage of the research. It begins in the pre-fieldwork phase, in the formulations and clarification of research problems, and continues into the process of writing up. Formally, it starts to take shape in analytic notes and memoranda,

informally, it is embodied in the ethnographer's ideas, lunches, and concepts. This is the core idea of 'grounded theorizing'.

In hierdie hoofstuk wil ek dan reflekteer oor my eie klaskamerpraktyk na aanleiding van my stelselmatige poging om dit na te vors, watter onderrigmetodes ek gebruik het en hoe en watter tekortkominge ek in my eie manier van onderrig ervaar het. Ek wil ook evalueer hoe ek deur middel van aksienavorsing my eie onderrig in die praktyk kon verbeter. Verder wil ek bespreek of daar enige veranderinge by myself en/of my studente plaasgevind het en watter rol die studente en hul betrokkenheid bygedra het tot die verandering van my benadering. Ek wil ook evalueer hoe ek kennis gesien en hoe die studente kennis, vaardighede en houdinge ervaar het in die klaskamer en in die praktykopset.

Soos reeds genoem (sien p. 89) het ek nie die Coetzee-kriteriale struktuur probeer operasionaliseer nie, maar ek het die kriteriale struktuur suiwer gebruik as riglyn om die huidige toegepaste chirurgie-kurrikulum te evalueer ten einde die onderliggende kurrikulum-model(le) en kurrikulumbenaderings daarvan vas te stel. Aan die einde van hierdie hoofstuk sal ek in meer diepte die Coetzee-kriteriale struktuur bespreek en wat Coetzee se doel was met die ontwerp van so 'n arbeidsterapiekurrikulumteorie.

4.2 MY EIE ONDERRIG EN VERANDERINGE WAT BY MY AS DOSENT PLAASGEVIND HET

4.2.1 Inleiding

My oorspronklike doel met die toegepaste chirurgie-kursus was dat studente die teorie en vaardighede voorgeskryf vir die toegepaste chirurgie-kursus sou bemeester sodat hulle onder toesig die beplanning, implementering, en evaluering van behandeling van individue met chirurgiese siektetoestande van verskillende ouderdomsgroepe in gestruktureerde omgewings sou kon behandel.

Ek het hierdie doelstelling na aanleiding van die Coetzee-kriteriale struktuur ge-evalueer. Dit het geblyk dat die bestaande toegepaste chirurgie-kurrikulum hoofsaaklik 'n akademiese rasionalistiese en tegnologiese benadering reflekteer het deurdat dit die klem geplaas het op die bemeestering van bepaalde voorafopgestelde kennis en vaardighede en die bereiking van voorafopgestelde doelwitte. Die toegepaste chirurgie-kurrikulum van 1993 het verskil van die vorige jare in die sin dat ek die module se sessies skriftelik voorafbeplan het ten opsigte van die doelwitte vir elke dag se sessie, die onderrigstrategieë wat ek sou gebruik en my manier van evaluering om te kon bepaal of studente wel in staat was om die kennis en vaardighede te bemeester.

Vir die tipes chirurgiese siektetoestande waaraan ek die studente wou blootstel, het ek as riglyn my eie praktiese ervaring en kennis as vertrekpunt gebruik vir die beplanning van die hele chirurgiemodule. Vir my was die hele beplanning van my

kursus metodologies wonderlik omdat ek vir die eerste keer skriftelik en sistematies gaan kyk het wat ek in my klaskamer doen.

Volgens Goodson (1987:8), kan die lewensvatbaarheid van `n kurrikulum nie bepaal word tensy die operasionele kurrikulum ook in ag geneem word nie. Die argument is dat die geskrewe kurrikulum die parameters stel vir die interaktiewe verwesenliking van die operasionele kurrikulum in die klaskamer. Dit sal verhoed dat onderrig in die klaskamer plaasvind sonder `n werklike begrip van wat aangaan (ibid.:9). My oorspronklike bedoeling was om na aanleiding van gegewens ingewin in die klaskamerpraktyk, te besluit of die Coetzee-kriteriale struktuur die opvoeder van `n nuttige riglyn vir die operasionele verwesenliking van die geskrewe kurrikulum voorsien het of bloot dat dit nie werk nie. So sou, volgens Barrow (1984:224), hopelik verhoed word dat implementering in die pad van beplanning kom.

Dit was baie interessant hoe buitestaanders en studente my nuwe idees ervaar het van hoe ek my hele onderrig van die toegepaste chirurgie-module wou benader. Die verandering ten opsigte van my manier van onderrig wat ek probeer instel het was om aktiewe klasdeelname by studente te stimuleer deur as fasiliteerder op te tree. Hierdie poging tot `n alternatiewe manier van onderrig was vir my ook angswekkend aangesien ek onseker was wat om van studente te verwag. Ek het op `n informele manier hierdie alternatiewe manier van onderrig aan my mede-kollegas genoem en van hulle was baie geïnteresseerd in die evaluering van myself ten opsigte van hierdie onderrigstyl. Wat ek na die afhandeling van die

chirurgiemodule besef het, was dat ten einde te verhoed dat die proses van verandering in die wiele gery word, die bydraes van medekollegas, studente of deelnemers aan so 'n proses se bydraes baie belangrik was. Dit sou kon help om hulle eie situasie te transformeer en ook om weg te beweeg van die ou tradisionele manier van onderrig waaraan die meeste van ons as dosente in die departement gewoond was.

Ek het byvoorbeeld (sien p.42) alreeds tydens my eerste sessie met die studente van my skriftelike beplanning afgewyk. Ek het die bepaalde kennis nie deur middel van formele klasonderrig aan die studente oorgedra nie, maar wel die lesing met my persoonlike ervaring wat ek in die praktyk opgedoen het verryk. Die verandering wat by myself as dosent plaasgevind het voordat ek die klaskamer betree het, het 'n groot rol gespeel in hoe ek die dag se sessie aangebied het. Ek het toe besef dat wat ek vooraf skriftelik vir die klas beplan het, ek wel as riglyn gebruik het om my klas aan te bied, maar hoe ek dit in die praktyk toegepas het, het verskil. Dit bring my by die volgende afdeling oor die rol van die dosent in die klaskamer en hoe moeilik dit vir my was om my eie aksies altyd te evalueer.

4.2.2 Die rol van die dosent in die klaskamer

As inisieerder en aktiewe deelnemer aan die navors van my eie klaskamerpraktyk, het ek tot 'n nuwe waardering van die dinamika van die klaskamerpraktyk gekom. Voor my navorsingsprojek het ek my rol as dosent hoofsaaklik gesien as om studente te onderrig en om toe te sien dat studente die aanvanklike doel vir die

toegepaste chirurgie-kursus bereik, naamlik dat studente die teorie en vaardighede voorgeskryf in die toegepaste chirurgie-kursus sou bemeester sodat hulle onder toesig die beplanning, implementering, en evaluering van behandeling van individue met chirurgiese siektetoestande van verskillende ouderdomsgroepe en gestruktureerde omgewings sou kon behandel. Hierdie persepsie van onderrig het by myself begin verander en het ek selfs voor die aanbieding van die toegepaste chirurgie-kursus in 1993, voorkom dat die studente nie net passiewe ontvangers van kennis moes wees nie, maar vry om hulle eie potensiaal te ontwikkel en hulle eie lewens te beheer. Ten spyte van my eie tradisionele opleiding en die rolmodelle waaraan ek blootgestel was, het ek my rol as dosent aanvanklik gesien as net 'n stap bokant die van studente in status, met ander woorde die afdwing van 'n "top down exercise of authority". Die feit dat ek aksienavorsing as metode gekies het om my eie klaskamerpraktyk na te vors, het my daartoe verbind om my klaskamerpraktyk te demokratiseer. Omdat ek aksienavorsing as een van die geskikste metodes gesien het en wel omdat dit gegrond is op beginsels van verandering en studentebetrokkenheid, het ek nie net hulpmiddels in myself ontdek nie, maar ook tekortkominge soos die behoefte om meer en meer openlik met studente te kommunikeer. Ek wou ook meer toeganklik en sensitief ten opsigte van studente se behoeftes wees.

Alhoewel ek sekere tekortkominge in myself ontdek het, was dit vir my nie altyd maklik om my eie aksies te evalueer nie. Donald Schön (1983:243) staaf dit deur te sê dat: "Managers do reflect in action, but they seldom reflect on their reflection-in-action". Smith en Lusterman (1979:4), wat spesifiek gaan kyk het na

die "Teacher as a Person", staaf dit deur te sê dat:

Since teachers have such a great influence on the development of children, and ultimately upon the future of our culture, we believe it essential that prospective teachers understand themselves as people and examine their own motivations and feelings about teaching.

My eie blootstelling aan en begrip van aksienavorsing het my van die nodige gereedskap voorsien om nie net my eie aksies te monitor en te evalueer nie, maar ook om myself as persoon en dosent te verstaan ten einde my in staat te stel om my klaskamerpraktyk te demokratiseer. Wat ek voorafbeplan het vir die toegepaste chirurgie-module het saamgegaan met baie praktiese probleme en eksterne faktore wat my skriftelike beplanning beïnvloed het. Ek sal vervolgens nou daarvoor probeer reflekteer.

4.2.3 Voorafbeplanning van die toegepaste chirurgie-module

Die hele skriftelike voorafbeplanning van die chirurgie-module het saamgeval met baie ekstra administratiewe en organisatoriese bekommernisse, bekommernisse van hoe versamel 'n mens data, byvoorbeeld; die hou van 'n dagboek oor elke dag se lesingbeplanning en die praktiese uitvoering daarvan, en wat kom alles in so 'n dagboek; die feit dat buitepersone/waarnemers by my lesingsessies sou insit; ens. Bykomende praktiese probleme wat ek ervaar het, was al die administratiewe reëlins wat getref moes word ten opsigte van die verkryging van toepaslike oudiovisuele materiale, byvoorbeeld skyfies, en die reëling van praktiese besoeke by die verskillende hospitale en instansies, insluitende die maak van fotostate en

die reël van vervoer vir sekere dae. Hierdie vooraf-reëlings het my laat beseef dat eksterne faktore 'n groot rol gespeel het by die gedurige verandering van die skriftelike beplanning van my toegepaste chirurgie-module. Dit het my ook laat beseef dat die operasionalisering van 'n voorgestelde kurrikulum dikwels kan bots met die moeilike-veranderlikes van die realiteit waarbinne dit moet geskied.

Dan beseef 'n mens ook hoe buigbaar en aanpasbaar jy self moet wees ten opsigte van jou skriftelike beplanning van 'n kurrikulum soos die chirurgie-module, en dit word weereens gestaaf deur wat Donald Schön (1983:15) sê, "The situations of practice are inherently unstable". Dit geld ook ten opsigte van die infrastruktuur in die departement self waar beplanning volgens 'n bepaalde tydrooster geskied. My openlike kommunikasie met die studente by die aanvang van die chirurgie-module (sien p.42) waar ek die doel van die module as deel van my navorsing verduidelik het, het ek studente die vrymoedigheid gegee om vrae te vra om hulle eie onsekerhede op te los (sien p.43). Ook my verwagtings ten opsigte van die studente spesifiek in terme van dataversameling deur die hou van 'n dagboek, het my glad nie bedreig laat voel nie. My openlike kommunikasie met die studente het my vry laat voel om al hoe meer na die studente uit te reik en sodoende het ek ook my eie kommunikasievaardighede verbreed en bevorder. My eie gedrag en optrede in die klaskameropset was baie belangrik veral omdat ek aktiewe studentedeelname wou bevorder. Smith en Lusterman (1979:7) sê in hul navorsing ten opsigte van die dosent se gedrag in die klaskamer dat:

The actual behaviour of a teacher in die classroom as she interacts with students reflects both her motives for being a teacher and her implicit

theory of what teaching is.

Na aanleiding van my eie ondervinding oor die afgelope jare van studenteonderrig, glo ek dat hoe studente jou as dosent in die klas ervaar, definitief 'n impak het op wat en hoe hulle leer. Ek het ondervind dat studente-evaluering van my as dosent en my onderrig baie belangrik was ten einde die nodige aanpassings in my onderrig te maak.

Alhoewel ek tot op hede my chirurgie-kurrikulum self beplan het, was my motivering nog steeds om aktiewe studente klasdeelname te fasiliteer. Ek het altyd ruimte in die klaskamer probeer toelaat vir studente om ook hulle lewenservaringe met my en mede-studente te deel en was bereid om aanpassings te maak.

In die volgende afdeling sal ek meer breedvoerig my rol as fasiliteerder bespreek, ook om te kom by wat my implisiete onderwysteorie is.

4.2.4 My onderrigstyl en my rol as fasiliteerder

As ek reflekteer oor my hele narratief van die toegepaste chirurgie-module, let ek op dat ek gedurig van myself as 'n fasiliteerder praat. Ek het my rol as fasiliteerder gesien as iemand wat kennis wou oordra, maar op 'n alternatiewe manier.

4.2.4.1 Fasilitering van vrae deur myself

Ek wou deur middel van spontane aktiewe klasdeelname studente meer betrek by hul eie leersituasie deurdat ek deurlopend studentedeelname probeer fasiliteer het deur vrae te stel. Stephen Brookfield (1986:9) gaan selfs verder deur te sê dat voordat `n mens in gesprek kan gaan van hoe `n mens leer fasiliteer, is dit belangrik om die sentrale beginsels van `n effektiewe praktyk te klassifiseer. Hy stel hulle soos volg:

- (a) Participation in learning is voluntary; adults engage in learning as a result of their own volition ...
- (b) Effective practice is characterized by a respect among participants for each other's self-worth ...
- (c) Facilitation is collaborative ...
- (d) Praxis is placed at the heart of effective facilitation ...
- (e) Facilitation aims to foster in adults a spirit of critical reflection ...
- (f) The aim of facilitation is the nurturing of self-directed, empowered adults ...

In my onderrigstyl as fasiliteerder het ek in `n mate aan sekere van die ses beginsels waarvan Stephen Brookfield (1986:9) praat geraak. Byvoorbeeld, ek het studente se uitgangspunte as aanknopingspunte gebruik [sien beginsel (a) op p.100] rondom 'n bespreking oor 'n chirurgiese siektetoestand.

4.2.4.2 Gebruikmaking van voorbeelde van die lewenservaringe van die studente

Tydens my eerste lesingsessie op 8 Maart 1993 aan die studente het een van die studente in die klas 'n voorbeeld van 'n vriendin van haar genoem wat brandwonde opgedoen het. In plaas daarvan dat ek kennis omtrent 'n brandwondgeval formeel aan die klas oorgedra het (sien p.44) het ek vrae gestel soos, Hoe sou julle so 'n persoon benader?; Watter kennis dink julle behoort julle te weet om so 'n persoon te kan behandel?; en, Hoe sou julle dit toepas?

4.2.4.3 Terugverwysing na vorige jare se vakke

Die kennis van Anatomie en Fisiologie wat die studente in hul tweedejaar opgedoen het, het ek gevra watter spiere dink hulle wat hulle in die anatomiekursus van geleer het, word by die spesifieke brandwondgeval onder bespreking, geaffekteer. Om 'n tweede voorbeeld te noem, een student het genoem dat 'n vriendin van haar brandwonde oor die gesig, nek en arms opgedoen het. Die student het genoem dat haar vriendin besig was om fleksorkontrakteure oor haar elmboë te ontwikkel. Ek het aan die studente gevra of hulle vir my die fleksorspiere in die arm kon noem na aanleiding van die spiere van die arm wat hulle in die Anatomiekursus behandel het. Ek het selfs verder gegaan en gevra of die studente, nadat hulle al die fleksorspiere van die arm opgenoem het, hulle meer spesifiek kon sê watter spiere van die student se vriendin geaffekteer was. So het ek probeer om die gevare van verbrokkeling van die hele

arbeidsterapiekursus oor die vier jare teë te werk. Owen, my promotor wat ook een van my lesings op 15 Maart 1993 geobserveer het, het ook in sy verslag die volgende opmerking gemaak, "again the link with previous work" veral toe ek die studente terugverwys het na die bepalingsmodule wat hulle in hul tweedejaar gedoen het. Die hele tyd het ek die spesifieke onderwerp of siektetoestand ter sprake gefasiliteer deurdat ek nie net sekere aspekte of faktore uitgewys het nie, maar ook vanuit studentedeelname en voorbeelde wat hulle genoem het.

4.2.4.4 Gebruikmaking van my eie hulpmiddels en vakkundigheid

My selfvertroudheid met my chirurgie as vak, en my rykheid van voorbeelde as gevolg van my eie praktiese ervaring, het my baie versekerd laat voel en het ek my vakkundigheid gebruik om vrae wat studente gevra het op 'n gerusstellende en nie 'n bedreigende manier te beantwoord en te hanteer. Owen, wat op 15 Maart, 1993 'n amputasielesing van my bygewoon het, het die volgende in sy verslag gesê: "She really has a nice, relaxed style, she holds herself well ... She really seems to know her stuff."

4.2.4.5 Styl van onderrig

Tydens die hele chirurgie-module was my styl van so 'n aard dat studente genoeg tyd en geleentheid gegun was om sekere gedagtegang / response goed te deurdink voordat hulle hulle antwoorde gegee het. Byvoorbeeld, toe daar van die studente verwag was om meer spesifiek die fleksorspiere in die arm uit te wys en

te motiveer hoekom hulle so sê het onderlinge besprekinge tussen studente plaasgevind en het ek studente wel daardie tyd gegun om met mekaar te debatteer. Owen se terugvoer in sy verslag van die amputasielesing wat hy op 15 Maart 1993 geobserveer het, staaf dit deur die volgende kommentaar te lewer:

"She pauses very well to let students think before they reply to her, is not tempted to fill up the silences with her own voice ... It is striking that the class is comfortable enough to chat back and to try ideas ... Jo-celène definitely has 'right answers' in mind, but the students are not scared to risk wrong ones in search of the answers."

Wat ook wonderlik was in my waarneming, is die respek wat studente vir mekaar se opinies gehad het. Stephen Brookfield (1986:13) staaf dit deur te sê dat: "Good facilitation is characterized by a respect for participants' uniqueness, self-worth, and separateness."

4.2.4.6 Probleme tydens fasilitering

Sekere terminologie wat ek gebruik het en wat die studente vir die eerste keer gehoor het, is uitgewys, maar 'n faktor wat ek in die toekoms aan meer aandag sal moet gee is hoe konsolideer 'n mens nuwe woorde en konsepte. Ek kon meermale gebruik gemaak het van my intuïsie veral wanneer studente moeg en vervelig begin raak het. Hier praat Donald Schön (1983:239) ook van intuïsie deurdat hy dit soos volg stel: "Managers have become acutely aware that they are often confronted with unique situations to which they must respond under

conditions of stress and limited time which leave no room for extended calculation or analysis." Iets wat ook gebeur het as ek onseker oor 'n onderwerp gevoel het en hoe dit die studente en my eie deelname geaffekteer het. Byvoorbeeld, toe ek op Woensdag 27 Maart 1993 'n lesingsessie gehad het oor plastiese- en torakale chirurgie het ek baie onseker ten opsigte van my onderrig gevoel. Die feit dat ek nog nooit in die praktykopset blootgestel was aan 'n persoon wat plastiese- en torakale chirurgie ondergaan het nie, was ek afhanklik van net my teoretiese kennis omtrent so 'n geval. Die feit dat ek nie aan studente praktiese voorbeelde kon uitwys nie as gevolg van my eie tekortkominge met praktiese ervaring het hierdie gebrek aan die uitwys van praktiese voorbeelde ter verduideliking my rol as fasiliteerder geaffekteer. Ek was nie in staat om deur middel van vrae die kennis / agtergrond omtrent 'n persoon met plastiese- of torakale chirurgie ondergaan het oor te dra nie. Dit het my tot die besef laat kom dat ek nie regtig oop was vir bespreking nie. My verdedigende houding omtrent die onderwerp het tot gevolg gehad dat ek die kennis formeel aan studente oorgedra het. As gevolg van my formele onderrig, het die studente 'n passiewe rol aangeneem en was hulle traag om hul opinies te lig.

'n Ander moontlike metode wat ek miskien beter kon gebruik het om aktiewe deelname en studentebetrokkenheid te bevorder is die gebruik van audio-visuele materiaal, byvoorbeeld by die wys van skyfies. In plaas van dat ek sekere aspekte op die skyfies aan studente uitgewys het, kon ek meer vanuit die studente die inligting ontlont het. Ek kom al hoe meer tot die besef dat my rol as fasiliteerder en my verantwoordelikheid en begrip van wat in 'n lesingsessie behoort plaas te

vind al hoe sterker na vore kom.

4.3 VERANDERINGE WAT BY STUDENTE INGETREE HET

4.3.1 Studente as bron van inligting en as aktiewe deelnemers

Alhoewel ek die hele toegepaste chirurgie-kurrikulum onafhanklik beplan het met bepaalde doelwitte waaraan die studente moes voldoen, was my indirekte doel om studente so aktief moontlik te betrek deur middel van klasdeelname. Miskien iets waaraan ek in die toekoms sal moet aan aandag gee van hoe ek studente by die beplanning van my toegepaste chirurgie-kurrikulum sou wou betrek ten einde die dosent as bron van inligting in `n groot mate te vervang met studente as bron van inligting. Omdat die geleentheid vir die studente daar was, kon hulle ook terselfdertyd hul kommunikasievaardighede teenoor my en die mede-studente verbeter. Na elke lesingsessie wat oor die vyf weke gestrek het, was daar deurlopend geleentheid vir studente gewees om vrae te stel, onsekerhede uit die weg te ruim en terselfdertyd kon studente hulle opinies lig, byvoorbeeld (sien p.55) toe ons vanaf `n praktiese besoek gekom het en studente die vrymoedigheid gehad het om op pad terug kampus toe in die bus te stel, hoekom hulle nie in `n brandwondeenheid wou werk nie. Deurdadig studente aktief kon deelneem en kommunikeer was dit ook 'n poging van my kant om studente meer verantwoordelikheid te laat ervaar ten opsigte van hul eie leersituasie. Alhoewel ek my styl van onderrig as die van fasiliteerder gesien het, is ek onseker van hoeveel studente wel as individue of in `n klasgroep geleer het. Ek het deur middel van die vrae van vrae, studente se klasdeelname probeer bevorder. David Hopkins (1985:11) stel

dit soortgelyks wanneer hy sê, "Teachers automatically ask more stimulating questions when they are consciously trying to increase student input into discussions."

Studente was wel die geleentheid tydens my onderrigssessies gebied om vrae te stel oor 'n spesifieke chirurgiese siektetoestand wat ons besig was om te behandel, byvoorbeeld in die eerste lesing oor brandwonde op 8 Maart 1993 (sien p.44) waarin ek die oorsake van brandwonde bespreek het. Ek het byvoorbeeld verwys na 'n seun wat elektriese brandwonde opgedoen het en na aanleiding van my eie persoonlike ervaring in die praktyk het ek die rol van 'n arbeidsterapeut ten opsigte van die behandeling van hierdie brandwondgeval verduidelik. Ek het studente genooi en die geleentheid gegun om vrae te vra en 'n soortgelyke ondervinding met die klas te deel. Een student het wel as voorbeeld genoem dat 'n vriendin van haar ook brandwonde opgedoen het. Ek het op haar voorbeeld uitgebrei en vrae gevra soos, Hoe sou julle so 'n persoon benader?; en Watter kennis of inligting wat julle tot op hede ontvang het, is van toepassing op die spesifieke geval en Hoe sou julle dit toepas? Die studente kon dus die hele tyd hul eie ervaringe met die klas deel (sien p.74). Nog 'n voorbeeld was waar studente mastektomiegevalle in hul gemeenskap met die klas gedeel het (sien p.75). Die feit dat studente wel hul eie ervaringe met my en die klas kon deel, het 'n baie dinamiese wedersydse bespreking onder die studente ontlok. Die studente het 'n gevoel van belangrikheid ontwikkel. Hulle het gevoel dat hulle opinies ook in ag geneem was. Van die studente se kommentaar was:

"We sensed some power in that we were able to express our views freely

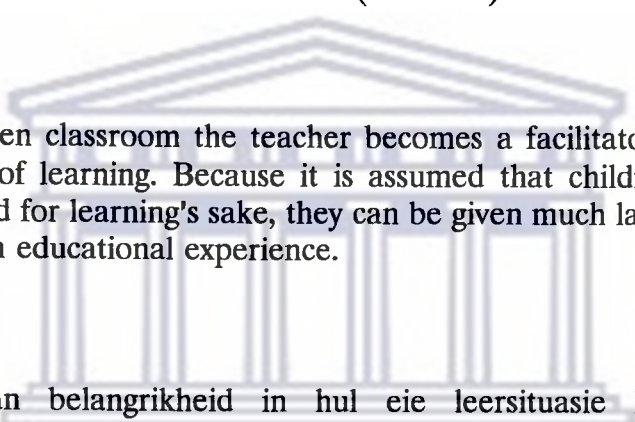
on the subject matter."

"We were listened too."

"It was the only module that we knew exactly what was going on."

"We could actively participate and were never criticised."

Die feit dat studente as individue belangrik gevoel het en dat hul opinies in ag geneem was, het hul dus gemotiveer om meer verantwoordelik en positief tot die leersituasie te wees. Smith en Lusterman (1979:185) stel dit as volg:



In an open classroom the teacher becomes a facilitator or guide, not a director of learning. Because it is assumed that children are genuinely motivated for learning's sake, they can be given much latitude in directing their own educational experience.

Die gevoel van belangrikheid in hul eie leersituasie het ook in hul dagboekkommentaar na vore gekom. Van hulle kommentaar was:

"We felt important".

"We could give our views on the teaching of the lecturer".

"Our views mattered".

"We belonged".

Miskien vir die toekoms moet ek studente meer bemagtig om groter beheer oor hul eie lewens te verkry; sodoende sou ek studentedeelname en verantwoordelikheid in die leersituasie nog meer kon verhoog sowel as die bevordering van kritiese denke en 'n positiewe houding tot leer. Byvoorbeeld, in plaas daarvan dat ek op 15 Maart 1993 soos beplan 'n formele lesing sou gee oor die bepaling van

`n amputasiegeval, het ek `n praktiese kliniese probleemgeval deur middel van `n transparant aan studente vertoon, waarna hulle as `n groep die probleme en tipes van bepaling moes uitwys en staaf. Tydens my hele aanbieding van die chirurgie-module het ek studente se betrokkenheid gesien deur gebruik te maak van aktiewe klasdeelname deurdat ek vrae aan hulle gestel soos byvoorbeeld, watter inligting het julle gebruik uit die gegewe gevallestudie om dit wat julle beantwoord het te staaf? Faktore waarteen ek nie gewaak het toe ek van die studente verwag het om as klasgroep sekere vrae vanaf die transparante te beantwoord, is dat net 'n sekere dominante groep van ses studente die hele tyd die vrae beantwoord het. Eksel self het net sekere studente by hul name genoem om terugvoer te kry. Deurdat ek sekere studente by hul name genoem het om terugvoer te verkry, het ek die stiller studente daarvan weerhou om hul opinies te opper. Ek besef nou dat my rol as fasiliteerder nie net daar is om vrae te vra nie, maar ook om aan situasies en oplossings te dink van hoe ek alle studente in die toekoms kon betrek tot aktiewe deelname deur gebruikmaking van `n verskeidenheid van onderrigstrategieë, klein groeptake wat ek miskien kan beplan rondom studente se behoeftes en vermoëns. Stephen Brookfield (1986:233) stel dit soos volg:

A major tenet of the rationale underlying the facilitation of learning is that educators should assist adults to speculate creatively on possible ways of organizing their personal worlds.

Die openlike kommunikasie tussen my en die studente het beide van ons die vryheid gegee om die tradisionele idees en die rol van die dosent en die student te bevraagteken. Ek het studente deurlopend die vryheid gegun om hulle opinies

te lig, en met my manier van vrae stel, het ek studente die gevoel gegee dat ek ook van hulle ervarings wou leer. Wat ek wel besef het, is dat my eie agtergrond en opleiding kultureel baie van die studente se agtergrond en opleiding verskil het. Hierdie verskille ten opsigte van my opleiding, agtergrond en kultuur teenoor die van die studente sin het my rol as fasiliteerder ook beïnvloed. Ek was by tye onseker of ek nie my idees oor 'n spesifieke chirurgiegeval onbewustelik aan die studente oorgedra het nie. Tog het ek die studente voorbeelde uit my eie agtergrond ter illustrasie verduidelik, maar terselfdertyd het ek studente uitgenooi om hul eie idees en verskille aan die klas weer te gee. Dit het veral baie duidelik na vore gekom uit die studente se dagboekkommentaar by die aanvanklike verduideliking van die doel van die toegepaste chirurgie-kurrikulum en die verwagtinge wat ek aan die studente gestel het by die aanvang van die vyf weke module. Die volgende sentiment soos gesê deur een student was die tipiese reaksie van die meeste van die klas:

We were very anxious when the surgery module was explained, we thought the lecturer's expectations of us were too high.

Oor die algemeen was die studente se kommentaar in hulle dagboeke wat hulle ingehandig het aan die einde van die chirurgie-module baie positief. Hulle het gehou van my logiese en sistematiese manier van klasgee en veral my spontane manier van onderrig binne 'n sistematiese raamwerk. Wat ek hieruit afgelei het, was dat omdat studente nie my skriftelike teoretiese doelstellings vir elke dag se sessie vooraf gekry het nie, hulle my manier van onderrig as fasiliteerder as spontaan gesien het, alhoewel ek nogtans volgens 'n logiese sisteem gewerk het,

byvoorbeeld toe ek die behandeling van 'n persoon met 'n amputasie verduidelik het. Studente was genooi om hul kommentaar te lewer en ek was oop vir studente se kommentaar en kritiek. Stephen Brookfield (1986:124) sê dat 'n dosent:

... is often seen as someone who assists adults to locate individuals and material resources in order that may complete learning efforts that they, as learner, have defined.

My eie ervaring na jare se ondervinding is dat studente se kommentaar baie positief is. Ten spyte van die feit dat studente bewus was van wat ek gepoog het om te doen in die chirurgie-module en dat hulle dit blykbaar ten volle ondersteun het, wonder ek of my verhouding as dosent nie baie bedreigend vir hulle was nie. Studente kon gedink het, hulle moet slaag want ten einde die jaar te slaag moes hulle al die krediete in elke module verwerf en indien hulle iets negatiefs sê, dit teen hulle gehou kon word. 'n Ander moontlikheid kon gewees het dat die studente my gerespekteer het veral ten opsigte van my kennis, die hoeveelheid verwysings wat ek met my saamgebring het as gevolg van my eie praktiese ervaring en ook omdat hulle die hele module as realisties en baie toeganklik ervaar het. My vermoede is tog dat na die aanbieding van die chirurgie-module en toe ek die studente se dagboekkommentaar gelees het, wonder ek, omdat ek die hoof van die departement is, of hulle nie my "posisie" as 'n moontlike faktor gesien het ten opsigte van hulle positiewe kommentaar oor my onderrigmetodes en strategieë nie. Stephen Brookfield (1986:14) stel dit so ten einde spanning en afstand tussen die dosent en studente te verminder:

One of the most daunting and difficult (but essential) tasks of the facilitator, then, is to set a climate for learning (Knowles, 1980) and to assist in the development of a group culture in which adults can feel free to challenge one another and can feel comfortable with being challenged.

Ten spyte van die feit dat studente wel die geleentheid gegun was om hul opinies te lig en met mekaar en myself informeel te bespreek, bekommer die stiller studente my. Ek wonder of die stiller studente wel verstaan en geleer het. Dit sal my taak wees om aan moontlike ander metodes van onderrigstrategieë, spontane deelname en evaluering te dink om hierdie stiller studente ook te akkommodeer. Terselfdertyd moet ek aan nog metodes dink wat die vlak van aktiewe deelname van alle studente kan verhoog.

Oor die algemeen het die studente die chirurgie-module en my manier van onderrig anders as die ander modules in die departement ervaar. Die tipiese kommentaar soos gesê deur die meerderheid van studente in die klas was:

"Her lecturing style was on the level of the students".

"It was the only module that we know exactly what was going on".

"The lecturer did a summary of a holistic picture at the end of the lecture".

"Constant practical application through assignments and visits".

"Discussions after hospital visits".

"Liked that the lecturer travelled with students on the bus to visits".

"Previous knowledge in previous years was integrated in the surgery course".

'n Negatiewe kommentaar vanaf die studente was baie meer fisies en konkreet

van aard. Die studente het genoem dat die klas by tye te raserig was en ook dat daar te selde rusperiodes gedurende die lesingsessies was. Hierdie is faktore waaraan ek definitief in die toekoms aan aandag sal moet gee veral omdat dit aktiewe studentedeelname en betrokkenheid kon verlaag het.

Studente se betrokkenheid was ook baie meer passief van aard veral toe ek van hulle verwag het om sekere inligting wat nie in hul notas voorgekom het nie, vanaf die transparante af te neem. Sekere studente het ook ekstra tyd benodig met die afneem van hierdie inligting. Omdat sekere studente stadiger die inligting afgeneem het, het dit die ander studente wat al klaar die inligting afgeneem het geaffekteer deurdat hulle vervelig en rusteloos geraak het en onderling begin praat het. In hoe 'n mate hierdie gedrag van die studente die ander studente wat nog besig was om die inligting af te neem geaffekteer het, weet ek nie, maar een student het wel gereageer deurdat sy net "sjuut" gesê het.

Tot dusver in hierdie hoofstuk het ek probeer reflekteer oor veranderinge wat by my as dosent plaasgevind het en watter praktiese aanpassings ek moes maak ten einde dit wat relevant is te probeer fasiliteer en aan studente oor te dra. Terselfdertyd kon ek studente se eie ervarings en agtergrond as bron van relevante inligting in my klaskamer gebruik. Ek sal in die volgende afdeling reflekteer oor die ingewikkeldheid van die praktiese situasie ten einde te kan bepaal hoe om via professionele opleiding mense daarvoor voor te berei.

4.4 TEORIE VERSUS DIE INGEWIKKELDHEID VAN DIE PRAKTIESE SITUASIE

Nie alleen het eksterne faktore soos administratiewe reëlings van vervoer 'n invloed gehad op die beplanning van die geskrewe toegepaste chirurgie-kurrikulum nie, maar ook die voorafreëlings wat getref moes word ten opsigte van praktiese besoeke deur die studente aan die verskillende hospitale en instansies. My beoogde doel was dat die studente eers die teoretiese kennis omtrent 'n spesifieke chirurgiese siektetoestand moes verkry voordat hulle dan 'n besoek aan die hospitaal of instansie sou bring. Sodoende sou die studente dan 'n geleentheid gehad het om hul teoretiese kennis omtrent 'n spesifieke chirurgiese siektetoestand in die praktyk waar te neem, en in die lig van die teorie, hopelik hulle leer verder in die praktyk sou versterk.

Omdat die verskillende hospitale en instansies nie altyd my versoek ten opsigte van spesifieke tye en datum kon toestaan nie, het die voorgestelde geskrewe chirurgie-kurrikulum se operasionalisering dikwels gebots met die moeilik veranderlikes van die realiteite waarbinne dit moes geskied. Schön (1983:15) staaf dit deur te sê dat: "The situations of practice are inherently unstable and ... professions are now confronted with an unprecedented requirement for adaptability."

Ek as dosent moes altyd aanpasbaar wees ten opsigte van die hele geskrewe beplanning van die chirurgie-kurrikulum, ten einde die teorie en die praktykopset

bymekaar uit te bring. Met my aanvanklike beplanning van die geskrewe / teoretiese chirurgie-kurrikulum het ek ook besef dat ek binne 'n bepaalde sisteem / infrastruktuur moes werk en indien ek verandering teweeg wou bring, hoe moeilik dit vir my sou wees om dinge te verander. Byvoorbeeld, ek moes binne die tydraamwerk aan die derdejaarstudente se rooster werk en het net vyf weke tot my beskikking gehad om die toegepaste chirurgie-module te doseer. Omdat ek vanuit 'n teoretiese model en dan na die toepassing in die praktykopset gewerk het, moes ek ook probeer toesien dat sodra studente die teoretiese kennis van 'n spesifieke chirurgiese-siektetoestand afgehandel het, hulle dan in die praktyk aan so 'n chirurgiese-geval blootgestel moes word. Dit was nie altyd moontlik nie.

Reeds tydens my lesing op 10 Maart 1993 oor brandwondgevalle het ek afgewyk van my aanvanklike geskrewe beplanning vir die lesingsessie. In plaas van 'n formele lesing waar ek sekere teoretiese kennis sou oordra, het ek die lesing baie prakties begin. Ek het vir die studente skyfies gewys van die verskillende tipes van brandwonde wat 'n mens kan opdoen (sien p.50). My doel met die wys van die skyfies was ook om studente in die klaskamer voor te berei vir wat hulle in die praktykopset kon verwag. Ek het dit as 'n "simplified reality" gesien. Die rede vir die afwyking van my beplanning was ook omdat een van my beperkinge was dat ek by die Universiteit van Wes-Kaapland gestasioneer was en dat dit vir my moeilik was om terselfdertyd in die praktyk te wees aangesien die Universiteit nie gekoppel was aan 'n mediese skool soos by baie ander universiteite nie. Ek het dus die praktykopset na die klaskameropset probeer bring.

Deur die blootstelling van die studente aan die skyfies, was dit vir baie van hulle hulle eerste kennismaking van wat om in die werklikheid te verwag. Een student het glad die klas verlaat omdat sy naer geword het oor wat sy gesien het. Tog dink ek was hierdie praktiese blootstelling van brandwonde in die klaskamersituasie nodig om studente 'n voorsmaak te kon gee van wat om in die hospitale te verwag. So iets kan nooit regtig net deur teoretiese notas gedoen word nie.

By die inhandiging van die studente se werkstukke oor 'n brandwondgeval, het van die studente baie beter gevaar as ander in die teorie. Teenstrydig hiermee het die teenoorgestelde weer plaasgevind waar daar van die studente verwag was om die drukkledingstukke wat hulle in die praktykopset waargeneem het, te evalueer. Hierdie twee voorafgaande voorbeelde staaf weereens die feit dat teorie en die praktiese opset as leersituasie, onafskeidbaar van mekaar is. Ek wil dit selfs verder waag om te sê dat die opleidingsprogram so geartikuleer moet word dat dit ruimte laat vir studente om beide 'n basiese kennis / teorie op te doen en ook met die praktykopset gekonfronteer te word. Met die blootstelling van die studente vooraf van 'n teoretiese kennis / agtergrond ten opsigte van 'n spesifieke chirurgiese siektetoestand voordat hulle in die praktyk daarmee gekonfronteer was, het ek gevind dat studente meer aktief en direk betrokke was by die sessie deurdat die teoretiese kennis hulle in staat gestel het om vrae te vra oor die spesifieke behandelingsessie van 'n chirurgiese geval. Die studente was oor die algemeen baie meer in beheer van hulleself as hul blootstelling aan die praktykopset onmiddellik na die teoretiese klaskameropset plaasgevind het. Hulle kon dus makliker hul teorie en praktyk integreer, byvoorbeeld nadat studente die

teoretiese kennis oor 'n brandwondgeval in die klaskameropset afgehandel het, was hulle onmiddellik blootgestel in die praktykopset aan die behandeling van 'n persoon met brandwonde. Dit was asof studente hul kennis en vaardighede onmiddellik kon herroep vir die toepassing en integrasie daarvan in die praktyk. Studente het kommentaar gelewer soos:

"Ons het eers die teoretiese agtergrond as basis verkies voordat ons na 'n praktiese besoek gegaan het."

"Ons het meer versekerd in die praktiese opset gevoel veral as ons sekere probleme oor chirurgiese siektetoestande teoreties in die klas probeer oplos het."

Onvoorspelbaarheid in die praktyk het 'n groot invloed gehad op die studente se aktiewe deelname. Tydens die besoek op 29 Maart 1993 aan die dialise-eenheid te Groote Schuur Hospitaal het die afwesigheid van die suster die hele voorafbeplanning, en reëlins wat ek getref het, geaffekteer. Studente kon die gespanne atmosfeer aanvoel. Die suster wat toe ingestaan het, was nie heeltemal seker van wat van haar verwag was nie en die studente het die situasie as ongeorganiseerd ervaar. Hierdie rol van hoe om onvoorspelbaarheid te hanteer is iets wat die studente nog moet leer as professionele mense, veral ten opsigte van daaglikse dramas en hoe om hulle te hanteer. Miskien sal dit nodig wees dat ek in my toekomstige geskrewe beplanning vooraf 'n hospitaalbesoek moet doen ten einde self die praktykopset eers te evalueer en verken sodat ek ook meer realistiese vereistes ten opsigte van die studente teenoor die praktykopset kan stel.

Tydens al die praktiese besoeke wat die studente aan die verskillende hospitale en instansies gedoen het, was daar nie van hulle verwag om direk betrokke te raak by die behandelingssessie wat gedemonstreer was nie. Ek het die rol van fasiliteerder gespeel deur aan studente vrae te vra, maar ook om aan hulle wenke te gee van, byvoorbeeld, na hoe om op te let na watter aanpassings die kliniese arbeidsterapeut ten opsigte van behandeling in haar sessie maak. Byvoorbeeld, by die strukturering van die aktiwiteit deur die kliniese arbeidsterapeut ten einde omvang van beweging by die elmboog te bevorder, het ek studente gevra hoekom dink hulle struktureer die kliniese arbeidsterapeut die aktiwiteit so dat die pasiënt sy arm moet strek om dit by te kom? Miskien moes ek die studente direk betrek het in die praktykopset, maar ook met die doel dat hul groter beheer oor hul eie leersituasie kon verkry. Ek het om etiese rede nie die studente direk in die behandeling van die pasiënt betrek nie, ook omdat dit 'n groot groep studente was, en die beskikbaarheid van brandwondpasiënte op daardie stadium beperk was en vanweë die feit dat ek nie die pasiënte as proefkonlyne wou gebruik nie. Ek het probeer om die praktiese demonstrasie en deurdat ek vrae gefasiliteer het, probeer om studente tot maksimum vlak van leer te probeer betrek. My rol as dosent teenoor die verwagtinge wat ek aan die kliniese arbeidsterapeut gestel het, kon meer realisties gewees het, as ek vooraf self in die praktykopset direk betrokke was met 'n behandelingssessie voordat ek die studente betrek het. Dit sou my teoretiese voorbereiding in die klas baie meer realisties ten opsigte van die werklikheid / praktykopset gemaak het.

Die blootstelling van die studente aan die praktykopset was vir 1993 spesifiek

toegespeits op algemene hospitale. Ek wonder ook of dit regtig is waaraan ek die studente uitsluitlik wou blootstel, omdat dit juis verskil van die huidige tendense ten opsigte van gesondheidsbenaderings in ons land. 'n Moontlike rede vir die blootstelling van die studente spesifiek aan hospitale was omdat dit vir my 'n situasie was waarmee ek vertrouwd gevoel het as gevolg van my eie tradisionele opleiding en agtergrond. Wat ek wel wil voorkom, is dat die studente as gevolg van hulle blootstelling aan hospitale en instansies, nie moet vergeet dat die werklike praktyk so ver as die gemeenskap en in hul eie huise gaan, en dat ek studente sal moet voorberei nie net vir die hede nie, maar vir toekomstige arbeidsterapiedienslewering.

Professionele opleiding behoort praktisyns op te lewer wat as lewenslange studente in staat sal wees om voortdurend-veranderde gesondheidsbehoefte te bepaal, op hoogte te bly met veranderde konsepte en nuwe kennis en hul gedrag ooreenkomstig aan te pas (Neufeld en Barrows 1974:1041; Harden et al 1984:284-297 en Hightower - Vandamm 1985:785-790).

In my poging om my klaskamerpraktyk na te vors, (sien p.92) het ek te doen gekry met baie vraagstukke omtrent die verandering wat by my as dosent plaasgevind het, my rol as dosent, my rol as fasiliteerder, die studente as bron van inligting en die ingewikkeldheid van die teorie versus die praktyk by die beplanning en nabetraging van die aanbieding van die toegepaste chirurgiekursus en die arbeidsterapieopleiding as 'n professie.

Soos reeds genoem (sien p.89) het ek die Coetzee-kriteriale struktuur gebruik as oorspronklike wegspringplek vir my werk. Voordat ek kon vergelyk wat die Coetzee-kriteriale struktuur vir my werk sê en vice versa, dink ek dit is nodig dat ek eers `n opsomming gee van presies waarom die Coetzee-kriteriale struktuur handel en wat Coetzee se doel was met die ontwerp van so `n arbeidsterapie kurrikulumteorie.

4.5 `N KRITERIALE STRUKTUUR VIR DIE ONTWERP VAN `N GESKREWE ARBEIDSTERAPIE KURRIKULUM

4.5.1 Inleiding

Die doel van Coetzee (1991:vi) se studie was om `n arbeidsterapie-kurrikulumteorie te ontwikkel wat as riglyn kon dien om Suid-Afrikaanse arbeidsterapie-opvoeders te help om hul insig in hul opvoedkundige handeling te verbreed. Hierdie kurrikulumteorie was ontwikkel en voorgelê aan die hand van `n kritiese beskouing van kernbronne uit die literatuur wat oor kurrikulum handel. Die ontwerpte arbeidsterapie-kurrikulumteorie sou as basis dien in die ontwikkeling van `n kriteriale struktuur wat ook gebruik sou kon word om die bestaande arbeidsterapie-kurrikulum van die Universiteit van Wes-Kaapland (UWK) te evalueer ten einde die blywende lewensvatbaarheid daarvan vas te stel.

Aan die hand van die kriteriale struktuur is die geskrewe minimum vereistes vir die opleiding van arbeidsterapeute van die Wêreld Federasie van Arbeidsterapeute (WFOT), die geskrewe minimum vereistes vir die opleiding van arbeids-

terapiestudente van die Suid-Afrikaanse Geneeskundige en Tandheelkundige Raad (SAGTR), asook die geskrewe arbeidsterapie-kurrikulum van UWK ge-evalueer ten einde hul onderliggende kurrikulumbenaderings en blywende lewensvatbaarheid as kurrikulum vas te stel. Coetzee se bevinding (1991:vi) was dat beide die minimum vereistes van WFOT en die minimum vereistes van die SAGTR hoofsaaklik rasionalisties van aard was en dat hul blywende lewensvatbaarheid beperk blyk te wees.

Daarteenoor het die UWK-dokument 'n eklektiese kurrikulumbenaderingsbeeld getoon maar wel met akademiese rasionalisme as die dominante kurrikulum-paradigma. Hierdie kurrikulum volgens, Coetzee, blyk blywend lewensvatbaar tot die hede maar beperk ten opsigte van die toekoms te wees.

Aangesien kennis en vaardighede weens die ontdekking van nuwe kennis en die vooruitgang van tegnologie nie staties kan wees nie kan bevoegdheid ook nie as staties gesien word nie. Gevolglik kan nog die kwalifiserende eksamens nog die minimum vereiste vir die opleiding langtermyn bevoegdheid by graduandi waarborg. Beide kan slegs moontlik bepaal of die potensiële graduand ten minste die minimumvlak van bevoegdheid, noodsaaklik vir toetreding tot die praktyk, bereik het. Selfs hier sal daar van instansie tot instansie 'n waardeverskil ten opsigte van die begrip bevoegdheid wees (Jarvis 1983:34-48).

4.5.2 ʼn Arbeidsterapie-kurrikulumteorie

Dit blyk dus dat die soeke na ʼn blywend lewensvatbare arbeidsterapie-kurrikulum nie soseer baat sal vind by ʼn situasie analise van die hede of die toekoms of by die ad hoc wysiging van leer- en onderrigmetodes of inhoud nie, maar volgens teoretici soos Eisner (1985:61-62, 82-85) by die ontwikkeling van ʼn kurrikulumteorie, wat uit ʼn weldeurdagte stel aannames, konsepte en metodes sal bestaan, en wat dan as riglyn kan dien om Suid-Afrikaanse opvoeders te help om insig te verkry in die rykdom en moontlikhede van die opvoedkundige praktyk, dit te waardeer en bewus te word van die subtiliteite van die gevolge daarvan.

Dit sal die arbeidsterapie-opvoeders in staat stel om bepaalde praktyke te regverdig en ander te verwerp, hulle bewus te maak van verskillende uitgangspunte en waardesisteme wat daar aangaande opvoedkunde heers, en die moontlike implikasies daarvan en hulle dan in staat te stel om met meer oordeelkundige besluite vorendag te kom. Daarsonder sal die kurrikulumpraktyk neig om op ʼn tref-en-trap basis (Zias 1976:89, 94) aangebied te word.

Aangesien die kurrikulum die fondament van enige opvoedkundige sisteem en kurrikulumteorie is en indien werklik doelgerigte veranderinge beoog word, behoort geen wysiging aan ʼn opvoedkundige sisteem aangebring te word sonder dat ʼn kurrikulum in heroenskou geneem word nie (Kelly 1989:1-2). Dit is dus belangrik dat opvoeders eerstens duidelikheid verkry oor presies hoe die begrip kurrikulum in enige opset verstaan en aangewend moet word.

Baie mense se begrip van kurrikulum is beperk. Hulle sien dit bloot as die inhoud van die onderrigprogram soos aangedui deur die vakke en sillabusse (Van den Berg 1989:1). Ander, soos Kelly (1989:14-15, 24-25) meen weer dat die probleem met die definiëring van kurrikulum so kompleks is dat dit beter is om 'n oorsigtelike en baie omvattende definisie van kurrikulum te voorsien wat slegs na die oorkoepelende rasionaal van die opleidingsinstansie verwys. Mense soos Barrow (1984:8) meen weer dat dit noodsaaklik is om oor 'n duidelike begrip en dus definisie van die kurrikulum wat geïmplimenteer word of gaan word, te beskik.

Eisner (1985:46 - 49) meen dat die situasie baie kompleks is en dat daar in werklikheid nie net een siening van die begrip kurrikulum is wat in ag geneem kan word by die beplanning, uitvoering en evaluering van die onderrigprogramme nie. Dit is belangrik dat opvoeders bewus moet wees van al die verskillende vorme van kurrikulum wat deel kan uitmaak van hul onderrigprogramme, aangesien elkeen van hierdie kurrikula 'n belangrike uitwerking op die invloed van die onderrigprogram kan hê.

Vir Eisner (ibid.:47) verwys die beoogde kurrikulum na die onderrigprogram wat beplan is, bekend is aan almal en gevolglik blootgestel is aan kritiese evaluasie deur almal. In teenstelling hiermee stel hy die operasionele kurrikulum (ibid.:46-49), wat die praktiese uitvoering van die beoogde kurrikulum is, en wat dus verwys na die werklike gebeure in die onderrigsituasie. Dit vorm dan ook die uiteindelijke of "werklike" kurrikulum.

Die nul kurrikulum verwys weer na daardie aspekte wat die onderriginstansie bewustelik of onbewustelik uit hulle onderrigprogramme weglaat, byvoorbeeld, die keuses wat nie aan studente gestel word nie (Eisner *ibid.*:92-107).

Die verskuilde kurrikulum verwys weer na daardie aspekte wat die onderriginstansie subtiel onderrig, of versuim om te onderrig, maar wat nie 'n ooglopende deel uitmaak van die beplande kurrikulum nie, byvoorbeeld die oordra van bepaalde waardes (Van den Berg 1989:4).

Laastens kan daar ook onderskeid getref word tussen die formele en informele kurrikulum (Kelly 1989:11-13). Die formele kurrikulum verwys na daardie aktiwiteite waarvoor daar spesiaal 'n amptelike rooster vir die uitvoering daarvan ontwikkel word, terwyl die informele kurrikulum weer na daardie aktiwiteite wat buite die vasgestelde klasrooster plaasvind, verwys. Ondersteuners van hierdie tipe kurrikulum meen dat dit belangrik is dat die informele kurrikulum bewustelik deel moet uitmaak van die ervaringsprogram van die studente aangesien die potensieel net soveel opvoedkundige waarde as formele aktiwiteite het.

Dit blyk dus dat 'n sentrale probleem ten opsigte van die daarstelling van enige kurrikulum te doen het met belangrike besluite oor wat as belangrike openbare opvoedkundige kennis vir die arbeidsterapiestudent moet geld. Dit het dus te doen met die beklemtoning van waardes. Sulke besluite, soos Apple (1979:111) onderstreep, is nie maar net "Technical problems that only necessitate ... strategies as information produced by technical experts" nie. Hy huldig eerder die standpunt

dat kurrikulumontwerp gesien moet word as 'n "inherently political and moral process ... (which)... involves competing ideological, political and intensely personal conceptions of valuable educational activity" (Apple 1979:111).

Volgens Beyer en Apple (1988:5) is daar 'n reeks komplekse vraagstukke waarvoor daar in die kurrikulumveld besluite geneem moet word. Hulle lys die volgende:

Epistemological. What should count as knowledge? As knowing? Should we take a behavioural position and one that divides knowledge and knowing into cognitive, affective, and psycho-motor areas, or do we need a less reductive and more integrated picture of knowledge and the mind, one that stresses knowledge as process?

Political. Who shall control the selection?

Economic. How is the control of knowledge linked to the existing and unequal distribution of power goods, and services in society?

Ideological. What knowledge is of most worth? Whose knowledge is it?

Technical. How shall curricular knowledge be made accessible to students?

Aesthetic. How do we link the curriculum knowledge to the biography and personal meanings of the student? How do we act "artfully" as curriculum designers and teachers in doing this?

Ethical. How shall we treat others responsibly and justly in education? What ideas of moral conduct and community serve as the underpinnings of the ways students and teachers are treated?

Historical. What traditions in the field already exist to help us answer these

questions? What other resources do we need to go further?

Met inagneming van die politieke dimensies van die kurrikulum, moet dit `n mens nie verbaas as daar nie enige eenvoudige tegniese definisie van kurrikulum bestaan wat vir eens en vir altyd vasgestel kan word nie. Volgens Beyer en Apple (1988:94) is so `n "voltooid" kurrikulumbepanningsmodel egter nie noodsaaklik nie; eerder is dit meer belangrik dat die beplanner bewus moet wees van die verskillende bestaande prototipe-paradigmas en modelle, in staat moet wees om dit te gebruik, en ook bewus moet wees van die implikasies van hulle toepassing. Wat dus volgens Zias (1976:89) benodig word is `n kurrikulumteorie wat prototipe-kurrikulêre verskynsels beskryf, voorspel, verduidelik en regverdig. Alleenlik so sal besluite en resultate verdedig en begryp kan word (Barrow 1984:17). So `n arbeidsterapie-kurrikulumteorie sal dus berus op `n omvattende begrip van kern kurrikulumbenaderings en hul onderliggende uitgangspunte en waardesisteme (Eisner 1985:62-82). Dit is hierdie filosofieë wat opvoeders in staat stel om vanuit verskillende perspektiewe `n saak analities te benader. Die keuse van `n kurrikulumbenadering bepaal dus grotendeels wat onderrig sal word (Eisner 1985:60-62, 82-85). Alhoewel ek nie die teoretiese kurrikulumbenadering in die praktyk toegepas het, maar dit wel as vertrekpunt gebruik het (sien p.19).

4.5.3 Kriteriale struktuur

Na aanleiding van so `n omvattende studie van verskeie hoofkurrikulumbenaderings, professionele opleiding aan Suid-Afrikaanse universiteite en die

arbeidsterapiedefinisies van WFOT en van die Suid-Afrikaanse Geneeskundige en Tandheelkundige Raad asook die omvang van arbeidsterapie (Staatskoerant 1974:1) het Coetzee (1991:197) 'n arbeidsterapie-kurrikulumteorie ontwikkel. Daarvolgens is prototipe kurrikulummodelle, -benaderings en -kriteria geïdentifiseer en vervolgens saamgevat en voorgestel as skematiese kriteriale strukture (Coetzee *ibid.*:197). Dit was vergesel van 'n ondersteuningsdokument wat elke benadering en kriterium in terme van hul eienskappe, voor- en nadele meer breedvoerig bespreek. As hulpmiddel vergemaklik dit die besluitnemingsproses tydens kurrikulumbepanning, -evaluering en -hernuwing deurdat die indeks van prototipe-kriteria (*ibid.*:206) tesame met 'n ondersteuningsdokument aan die kurrikulumbepanner die oorkoepelende beelde van prototipe - kurrikulummodelle en hul gepaardgaande benaderings voorsien.

Deur die kriteriale struktuur gemoeid met die beoogde of bestaande kurrikulum sistematies te voltooi, kan die opvoeder 'n visuele "neutedop"-indruk van die dominante kurrikulum benadering van 'n bestaande of beoogde kurrikulum verkry asook die moontlike aard van die blywende lewensvatbaarheid daarvan. Dit word verkry deur elke toepaslike kriterium te omsirkel. Die model(le) met die meeste omsirkelde kriteria is dan die dominante model(le). Probleemareas kan maklik so geïdentifiseer word en die ooreenstemmende wysigings kan op die skematiese kriteriale struktuur gemoeid met die gewysigde of finale kurrikulum (Coetzee 1991:223) aangebring word wat aan die opvoeder 'n visuele "neutedop"-indruk van die gewysigde of finale kurrikulum se onderliggende benadering en die aard van lewensvatbaarheid sal voorsien.

Coetzee (1991:198) het na aanleiding van die arbeidsterapiekurrikulumteorie hoofsaaklik vier kurrikulummodelle, hul onderliggende benaderings en kriteria geïdentifiseer. Hulle was: (a) die kurrikulum gemoeid met rasionalistiese kennisinhoud; (b) die kurrikulum gemoeid met doelwitte; (c) die kurrikulum gemoeid met die aard van die samelewing; en (d) die kurrikulums gemoeid met persoonlike inligting.

Coetzee het in haar studie (1991:31) haar veral toegespits op die vyf oriëntasies volgens Eisner (1985:60-62, 82-85) omdat dit verteenwoordigend was van die meeste van die prototipe-kurrikulumoriëntasies wat deur ander kurrikulumteoretici beskryf was. Coetzee (ibid.:151) het ook in haar studie met Zias (1976:89) saamgestem deur om 'n meer blywende en lewensvatbare kurrikulum daar te kon stel, 'n kurrikulumteorie voorsien moes word wat aan opvoeders die kriteria sou voorsien wat benodig sou word om die toereikendheid en die implikasies van 'n voorgestelde praktyk te beoordeel.

4.5.4 Die waarde van die Coetzee-kriteriale struktuur opgemeet teen operasionalisering

Dit was op hierdie stadium (Junie 1993) dat ek die toegepaste chirurgie-kurrikulum na aanleiding van die Coetzee-kriteriale struktuur geëvalueer het. Die ag kurrikulêre oorwegings volgens Beyer en Apple voorgestel (1988:5) was by die evaluering in ag geneem (sien p.124). Hulle was: epistemologies, polities, ekonomies, ideologies, tegnies, esteties, eties en histories. Ek het ook die rasionaal tot

elke besluit en die moontlike implikasies wat dit vir die opleiding van die arbeidsterapie-studente kon inhou, vasgestel ten einde die toepaslikheid, die uitvoerbaarheid en die verwesenlikingspotensiaal van die bestaande toegepaste chirurgie-kurrikulum krities te evalueer. Soos wat ek 'n spesifieke eienskap in my bestaande toegepaste chirurgie-kurrikula geïdentifiseer het, het ek dit op die skematiese voorgestelde konsepkriteriale struktuur gemoeid met die bestaande chirurgie-kurrikulum aangedui. Dit het verhoed dat ek nie vooraf 'n bepaalde benadering gekies het nie, deurdat ek al die prototipe-kriteria in oorweging geneem het. Ek het ook Coetzee se ondersteuningsdokument (1991:295) gebruik as hulpmiddel om die mees algemene kenmerke sowel as die voor- en nadele van elke kriterium ten opsigte van die bestaande toegepaste chirurgie-kurrikulum uit te lig. Na aanleiding van die Coetzee-kriteriale struktuur het die toegepaste chirurgie-kurrikulum hoofsaaklik 'n akademiese rasionalistiese en tegnologiese beeld gereflekteer deurdat dit die klem geplaas het op die bemeestering van bepaalde voorafopgestelde kennis en vaardighede en die bereiking van voorafopgestelde doelwitte. Ek het na aanleiding van die inligting wat ek op hierdie skematiese voorgestelde kriteriale struktuur gemoeid met die bestaande toegepaste chirurgie-kurrikulum vasgestel het, nie enige wysigings aangebring ten opsigte van die bestaande chirurgie-kurrikulum nie, maar dit as vertrekpunt gebruik om elke dag se sessies aan te bied.

Alhoewel die huidige toegepaste chirurgie-kurrikulum se dominante benadering akademies rasionalisties en tegnologies van aard was, het dit wat in die praktyk gebeur het, verskil van wat teoreties beplan was (sien p.46). Die Coetzee-

kriteriale struktuur, alhoewel dit teoreties was, het my gehelp om tot beter ingeligte besluite te kom. Ek het gevind dat die skematiese voorgestelde kriteriale struktuur en die ondersteuningsdokument (Coetzee 1991:295) vir my as 'n visuele hulpmiddel 'n effektiewe en maklike manier was om vir my 'n "neutedop"-indruk van die chirurgie-kurrikulum se onderliggende benadering(s) en blywende lewensvatbaarheid te voorsien (sien p.20). Dit was 'n proses wat gou uitgevoer kon word en dit het my dus in staat gestel om die chirurgie-kurrikulum teoreties te evalueer. Dit bevestig weereens wat Coetzee (1991:219) sê dat die blywende lewensvatbaarheid van 'n kurrikulum slegs deur die operasionele kurrikulum vasgestel kan word.

Coetzee (1991:225) sê dat die geskrewe minimum vereistes opsigself geen waarborg laat dat bepaalde minimum standaarde van praktyklewering in werklikheid gehandhaaf word nie en dat die geskrewe dokumente slegs die parameters stel waarbinne kurrikulumdebatte gevoer kan word en waarvolgens kurrikulumbepanning-implémentering en evaluering kan dien.

Alhoewel ek vir die beplanning van my toegepaste chirurgie-kurrikulum wel volgens die Coetzee-kriteriale struktuur geëvalueer het, het ek net die bestaande chirurgie-kurrikulum geëvalueer ten einde te kon bepaal wat die dominante model was. Ek het nie, soos aanvanklik beoog was, die Coetzee-kriteriale struktuur probeer operasionaliseer nie.

Coetzee (1991:33) sien die grootste waarde van hierdie struktuur dat dit sal

voorkom dat die opvoeder die kurrikulum vanuit 'n stel implisiete aannames sal benader en daardeur deur die rykdom van verskillende invloedryke kurrikulêre verskynsels en sosiale en politieke debatte wat rondom elke besluit wentel sal ignoreer.

Coetzee (1991:225) herinner die opvoeder wel daaraan dat die geskrewe of beplande kurrikulum nog geen waarborg is dat dit in die klaskamersituasie verwesenlik sal word nie en dat die kurrikulum eers werklik betekenis in die konteks van 'n dinamiese interaksie van verskynsels metodologie en pragmatiese toepassings verkry (Kuhn 1970:142).

Coetzee (1991:vii) se studie beklemtoon weereens dat die geskrewe kurrikulum slegs die parameters stel waarbinne kurrikulumdebatte gevoer kan word en dat dit slegs as riglyn dien. In werklikheid kan die sukses en lewensvatbaarheid van 'n kurrikulum nie bepaal word tensy die operasionele kurrikulum ook in ag geneem word nie, maar volgens Goodson (1987:8) is hierdie interverwantskap afhanklik van die voorafgaande konstruksie van kurrikulêre stellings, sillabusse en teorieë asook die interaktiewe verwesenliking van die geskrewe kurrikulum in die klaskamer.

4.6 SAMEVATTING

Alhoewel die Coetzee-kriteriale struktuur 'n suiwer teoretiese stelsel is, was dit vir my van waarde om dit as riglyn te kon gebruik ten einde die toegepaste

chirurgie-kurrikulum te evalueer om te kon sien in watter kurrikulumoriëntasie my onderrig val. Ek het nie die Coetzee-kriteriale struktuur probeer operasionaliseer nie. Sonder om enige veranderinge teweeg te bring aan die toegepaste chirurgie-kurrikulum, het ek net sistematies gaan kyk na my eie praktyk. In die volgende hoofstuk sal ek poog om kortliks aanbevelings te maak vir persone wat daarin belangstel om hul eie praktyk te evalueer met die uiteindelijke doel om dit te verander of te verbeter.



HOOFSTUK 5

SLOTSOM EN AANBEVELINGS

5.1 INLEIDING

In die voorafgaande hoofstuk het ek probeer reflekteer oor my eie klaskamerpraktik na aanleiding van my stelselmatige poging om dit na te vors. Ek het ook volgens 'n raamwerk die breë gedagtes na aanleiding van 'n paar hoofpunte uiteengesit en daaroor gereflekteer.

In hierdie hoofstuk wil ek afsluit deur 'n paar samevattende aanbevelings te maak ten opsigte van wat ek ondervind het my die betekenis van die studie vir my as navorser was tydens my navorsingsstudie en wat moontlik van waarde kan wees vir enige toekomstige opvoeder(s) wat 'n soortgelyke navorsing wil onderneem.

Alhoewel ek beoog het om na aanleiding van die Coetzee-kriteriale struktuur as teoretiese model te bepaal tot watter mate die bestaande toegepaste chirurgie-kurrikulum werklik operasioneel verwesenlik word en tot watter mate dit blywend lewensvatbaar is, het ek liewers net die kriteriale struktuur gebruik en my toegepaste chirurgie-kurrikulum daarvolgens geëvalueer. Ek het toe gaan kyk na "hoe gee ek klas".

5.2 DIE BETEKENIS VAN DIE STUDIE VIR MY AS NAVORSER

Alhoewel my aksienavorsing beperk was tot my eie klaskamerpraktyk was ek aanvanklik oorbluf met die kompleksiteit van om verandering en/of vernuwing in die praktyk teweeg te bring. Ek het ondervind dat my aksienavorsing wel verder versprei het in my eie handeling in die departement self en in die kliniese opset. Omdat ek geglo het soos baie ander aksienavorsers dat aksienavorsing oop moet wees vir die publiek om te kan kritiseer was die hele proses vir my nog steeds baie bedreigend, maar deur die aanvaarding en interpretering van die kritiek het ek gevoel dat ek gedurig my vlak van bewustheid van wat ek doen verhoog het. Mede-kollegas en ander in die gesondheidsdienste wat gefrustreerd, magteloos en ontevrede voel oor enige aspek van hul klaskamerpraktyk en/of kliniese opset kan vry voel om op te tree om dit te verbeter en te verander veral as hulle presies wil vasstel wat hulle wil verander of verbeter. In my navorsing wou ek graag studente aktief betrek het by die aanbieding van die toegepaste chirurgie-kursus. Wat ek uit my navorsing geleer het, was om vas te stel wat studente verhinder om aktief deel te neem. My rol as dosent en my eie aksies kon moontlik 'n stremmende uitwerking op studente se aksies gehad het. Die fisiese struktuur van die klaskamer, byvoorbeeld die tradisionele rangskikking van sitplekke in rye agtermekaar, kon ook 'n belemmerende faktor in gesprek in die klaskamer gewees het.

Uit my navorsing het ek ook die belangrikheid van vooraf onderhandelinge met die studente besef ten einde om verandering en vernuwing in die klaskamer te

bewerkstellig. Nie net was die onderhandeling 'n eensydige optrede van my kant af nie, maar moes ek almal as gelyke deelnemers in alle stadiums van my navorsingsproses betrek het. Openlike kommunikasie, eerlikheid en vertroulikheid was kenmerke wat gereeld getoets was en wat sterk bygedra het tot die sukses van verandering en vernuwing.

Deeglike beplanning is uiters belangrik, nie net skriftelik ten opsigte van elke sessie nie, maar ook ten opsigte van tydsduur van die module, wanneer die waarnemer by u klas gaan insit, hoe om administratiewe struikelblokke te oorkom moet voor die inwerkingstelling van die onderrigmodule geskied, ens. Alhoewel die hele beplanning van my kursus metodologies wonderlik was omdat ek vir die eerste keer skriftelik en sistematies gaan kyk het na wat ek in my klaskamer doen, het ek gevind dat ek nie rigied in my beplanning moes wees nie en dat nuwe inligting en onvoorsiene struikelblokke my navorsing in 'n ander rigting gedwing het. Die hele beplanning van die chirurgie-module sien ek nog nie net as 'n eenvoudige proses wat seepglad verloop het nie, maar eerder as 'n uitdaging met eiesoortige probleme. Ek sowel as die studente moes aanpassings maak met nuwe uitdagings van beide kante.

Nie net wou ek aktiewe studentedeelname bevorder nie, maar omdat ek my onderrigstyl as dié van 'n fasiliteerder (sien 4.2.4) gesien het was ek onseker oor hoeveel studente wel as individue of as 'n klasgroep geleer het. Miskien 'n faktor wat 'n mens in ag moet neem in toekomstige onderrig. Indien die doel is dat studente maksimum geleentheid moet kry om insette te lewer, kan die indeling

van studente in klein groepe 'n oplossing wees. Die grootte van 'n groep kan moontlik afhang van die ingewikkeldheid van die opdrag wat studente moet uitvoer. Omdat ek my rol as fasiliteerder gesien het, het ek gevind dat dit vir my maklik was om ruimte vir studente te skep om hulself te bemagtig. So het ek geglo dat deurdat ek studente toegelaat het om self vrae te stel, inligting te soek en besluite te neem terwyl ek op die agtergrond was, het ek weg beweeg van my magposisie as dosent en sodoende het ek voorkom dat ek domineer en eensydige besluite neem.

Deurdat ek die Coetzee-kriteriale struktuur gebruik het as handeling vir my werk, het ek dit veral van waarde gevind as 'n tipe hulpmiddel wat my in staat gestel het om my eie teoretiese toegepaste chirurgie-kurrikulum te kon evalueer, veral omdat ek onseker was van wat presies 'n "kurrikulum" behels en ook omdat ek nog minder bewus was van die omstredenheid van die konsep kurrikulum. Ek is eens met Coetzee en ander teoretici dat dit belangrik is om wel bewus te wees van alle verskillende vorme van kurrikulums wat deel kan uitmaak van hul onderrigprogramme, aangesien elkeen van hierdie kurrikula 'n belangrike uitwerking op die invloed van die onderrigprogram kan hê. As hulpmiddel vergemaklik die Coetzee-kriteriale struktuur die besluitnemingsproses tydens kurrikulumbepanning, -evaluering en -hernuwing deurdat dit van die kurrikulumbepanner die oorkoepelende beelde van prototipe - kurrikulummodelle en hul gepaardgaande benaderings voorsien. Die waarde van hierdie Coetzee-kriteriale struktuur voorkom dat die opvoeder die kurrikulum vanuit 'n stel implisiete aannames sal benader en dus sosiale en politieke debatte wat rondom

elke besluit wentel sal ignoreer. Alhoewel ek nie die Coetzee-kriteriale struktuur probeer operasionaliseer het nie was die evaluering van my geskrewe toegepaste chirurgie-kurrikulum na aanleiding van die Coetzee-kriteriale struktuur as waardevolle riglyn en vertrekpunt om my klaskamerpraktyk te probeer verander en/of vernuwe.

5.3 SLOTGEDAGTE

Nie alleen is 'n weldeurdagte en beplande kurrikulum van belang vir die opleiding van toekomstige arbeidsterapeute nie, maar die vraag bly voortbestaan of die inhoud van die kurrikulum relevant en realisties genoeg is om toekomstige arbeidsterapeute genoegsaam toe te rus om aan die wisselende gesondheidsbehoefte en eise van die samelewing te kan voldoen.

The logo of the University of the Western Cape, featuring a stylized classical building with columns and a pediment, with the text "UNIVERSITY of the WESTERN CAPE" below it.

UNIVERSITY of the
WESTERN CAPE

VERWYSINGS

Apple, M.A. (1979). Ideology and Curriculum. Boston: Routledge & Kegan Paul.

Barrow, R. (1984). (1984). Giving teaching back to Teachers: A Critical Introduction to Curriculum Theory. London, Ontario: The Althouse Press.

Beyer, L.E. & Apple, M.W. (1988). (Eds.). The Curriculum: Problems, Politics, and Possibilities. New York: State University of New York Press.

Bogdan, R. & Biklen, S. (1992). Qualitative Research for Education. An Introduction to Theory and Methods. Boston: Allyn and Bacon.

Brookfield, S. (1986). Understanding and Facilitating Adult Learning. San Francisco: Jossey Bass.

Bruner, J. (1990). Acts of Meaning. Cambridge MA: Harvard University Press.

Coetzee, S. (1991). Die opstel van 'n Kriteriale Struktuur vir die ontwerp van 'n geskrewe Arbeidsterapiekurrikulum, met spesiale verwysing na die Universiteit van Wes-Kaapland. Ongepubliseerde M. Phil tesis, Universiteit van Wes-Kaapland: Bellville.

Curzon, L.B. (1985). Onderrig in Verdere Onderwys: 'n Oorsig van Beginsels en Praktyke. Pretoria, Van Schaik (Edms) Bpk.

De Jongh, J. (1983). Gevallestudie met betrekking tot artrogriposa met spesifieke verwysing na Arbeidsterapie-behandeling. Arbeidsterapie Joernaal, 13(2), 34-37.

Eisner, E.W. (1985). The Educational Imagination. New York: McMillan.

Elliott, J. (1984). Action Research: A framework for self-evaluation in schools. In Flanagan, W.; Breen, C.; & Walker, M. (eds.). Action Research: Justified Optimism or Wishful Thinking? Cape Town: University of Cape Town.

Elliott, J. (1984). Action Research for Educational Change. Buchingham: Open University Press.

Ely, M. & Anzul, M., Friedman, T., Garner, D. & McCormack Steinmetz, A. (1991). Doing Qualitative Research: Circles within Circles. London: Falmer Press.

Feagin, J., Orum, A. & Sjoberg, G. (1991). (Eds.). A Case for the Case Study. London: The University Press of North Carolina Press.

Giroux, H.A. (1981). Ideology Culture and the Process of Schooling. London: Falmer Press.

Goodson, I.F. (1987). Studying Schooling: The Struggle of the Written Curriculum.

Referaat gelewer by die Jaarlikse Kongres van die "American Educational Research Association": Washington. D.C.

Grundy, S. & Kemmis, S. (1984). Educational Action Research in Australia: The State of the Art (an Overview). In Flanagan, W.; Breen, C. & Walker, M. (eds.).

Action Research: Justified Optimism or Wishful Thinking? Cape Town: University of Cape Town.

Hammersley, M. & Atkinson, P. (1983). Ethnography, Principles in Practice. London: Routledge.

Harden, R.M., Sowden, S. & Dunn, W.R. (1984). "Educational strategies in curriculum development: the SPICES model." Medical Education, Vol 18(4), 284-287.

Health and Welfare Mission Project, (HWMP) (1992). Final Report. Bellville: University of the Western Cape.

Hightower-Vandamm (1985). "Occupational therapy's journey: The implementation, challenge, and expectation." American Journal of Occupational Therapy, 39(7), 785-790.

Hopkins, D. (1985). A Teacher's Guide to Classroom Research. Philadelphia: Open University Press.

Jarvis, P. (1983). Professional Education. London: Croom Helm Limited.

Kelly, A.V. (1989). The Curriculum: Theory and Practice. London: Paul Chapman.

Kuhn, T.S. (1970). The Structure of Scientific Revolutions. Chicago: University of Chicago Press.

McNiff, J. (1988). Action Research - Principles and Practice. London: MacMillan.

Neufeld, V.R. & Barrows, S.B. (1974). "The McMaster Philosophy': An Approach to Medical Education." Journal of Medical Education, 49(11), 1040-1050.

Okeley, J. & Callaway, H. (1992). Anthropology and Autobiography. London: Routledge.

Plüddeman, U. (1990). "Notes on Continuous Assessment". Centre for Academic Development. UWC. Unpublished, Bellville.

Schön, D.A. (1983). The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action. New York: Basic.

Smith, J.M. & Lusteran, D. (1979). The Teacher as Learning Facilitator: Psychology and the Educational Process. California: Wadsworth Publishing Company.

Taylor, S.J. & Bogdan, R. (1984). Introduction to Qualitative Research Methods. (2nd ed.). New York: John Wiley and Sons.

Van den Berg, O. (1989). "People's Curriculum - The Subversion, Reconstruction and Transformation of South African Schooling." Referaat gelewer by die Kurrikulum Konferensie van die Teachers Association of South Africa, Durban.

Zias, R.S. (1976). Curriculum: Principles and Foundations. New York: Harper & Row.

The logo of the University of the Western Cape, featuring a stylized classical building with columns and a pediment.

UNIVERSITY *of the*
WESTERN CAPE

BYLAE 1 : BEPLANNINGSESSIE

9 - 03 - 93. STUDENTE MOET BEWUS WEES VAN DIE VERSKILLENDE STADIA VAN BRANDWONDE.

.STUDENTE MOET IN STAAT WEES OM INTELLEKTUELE, VOLLEDIGE BEPALING VAN 'N BRANDWOND GEVAL TE DOEN T.O.V. EEN BEHANDELINGSFASE.

STUDENTE MOET IN STAAT WEES OM 'N FUNKSIONELE PROBLEEEMLYS VAN EEN STADIUM OP TE TREK.

STUDENTE MOET IN STAAT WEES OM DIE DOELSTELLINGS VAN BEHANDELING BY EEN STADIUM TE IDENTIFISEER EN TE EVALUEER.

STUDENTE MOET 'N BEWUSSYN VAN DIE VOORSORGMAATREËLS T.O.V. AL DIE STADIA REFLEKTEER.

HOE; 1. D.m.v. 'n formele lesing gaan studente blootgestel word aan die verskillende stadia van brandwonde.

2. Aan die hand van hierdie gevallstudie, studente te versoek word om 'n verbale korrekte/volledige bepaling te doen en waar leemtes t.o.v. kennis, vaardighede en houdings ontbreek, sal die dosent dit d.m.v. formele lesing aanvul.

3. 'n Formele oriënteringslesing aangaande bepaling, probleemidentifisering, doelstellingformulering en voorsorgmaatreëls sal eerstens aan studente gegee word. Voorts sal daar van studente verwag word om onafhanklik aan die hand van die voorafgaande bepaling die probleemlys te identifiseer. Waar leemtes ontstaan, sal bepaalde kennis d.m.v. formele lesing aangevul word.

4. Vervolgens sal studente aan die hand van die probleemlys versoek word om onafhanklik die doelstellings van behandeling te identifiseer. Waar leemtes ontbreek, sal bepaalde kennis d.m.v. formele lesing aangevul word.

5. Laastens, sal daar van studente verwag word om die voorsorgmaatreëls te identifiseer en waar leemtes ontstaan, sal bepaalde kennis d.m.v. formele lesing aangevul word.

EVALUERING;

OM VAS TE STEL OF STUDENTE BEWUS IS VAN DIE VERSKILLENDE STADIA VAN BRANDWONDE

Die mate waartoe studente (op 'n 1 - 3 punt skaal) in staat sal wees om volgens 4 gevallstudies die stadia onafhanklik te identifiseer op grond van die voorafgaande lesing, sal dien as evaluering van die studente se vlak van bewussyn van stadia.

OM VAS TE STEL OF STUDENTE IN STAAT WAS OM -

'N VOLLEDIGE, DENKBEELDIGE BEPALING,

'N FUNKSIONELE PROBLEEEMLYS

DIE DOELSTELLINGS VAN BEHANDELING EN

DIE VOORSORGMAATREËLS T.O.V. EEN STADIUM TE DOEN

Die mate waartoe die groep in staat was om die probleme, doelstellings en voorsorgmaatreëls (op 'n 3 punt skaal) onafhanklik te identifiseer, sal dien as maatstaaf van bevoegdheid van die studente i.t.v. die denkbeeldige bepaling van 'n brandwond geval.

3-punt skaal;

1-----2-----3
 swak/ bevredigend goed/
 onbevredigend <https://etd.uwc.ac.za> uitstekend.

BYLAE 2 : ONDERHOUDSVRAE**VRAE**

1. As jy nou terugdink aan die chirurgie-module, hoe het jy die chirurgiesessies ervaar?
2. Hoe sou jy dit verander het en hoekom?
3. Dink jy dit is belangrik om wel sekere kennis/inhoud oor 'n spesifieke chirurgiese geval te hê?
4. Het jy enige persoon met 'n chirurgiese siektetoestand in jou kliniese blokke behandel?
5. Hoe vergelyk die chirurgie-module met ander modules in die departement?

BYLAE 3 : WAARNEMER SE VERSLAG

NARRATIVE ON OBSERVATION OF LECTURE GIVEN BY JO-CELENE DE JONGH ON AMPUTATIONS: 3RD-YEAR OCCUPATIONAL THERAPY, UWC, MONDAY 15 MARCH 14H00 - CA. 16H00.

Owen van den Berg
Department of Didactics

The class started at 2.13, by which time there were 12 students in the class, all women [is this taken into account in reflecting on the reality of the teaching/learning dynamic?]. After explaining what I was doing visiting the class, J asked what "amputation" means. After some students had responded, she asked, "What kinds does one get?", and drew out examples from the students, wrote the examples on the board and confidently made connections and started to categorize the information coming from the students. Friendly, good acceptance of the students and their contributions. She went into information on the various diseases on the way through, drew out words ("infections") and then tried to elicit examples ("Do you know about ...") before talking about the item. It struck me that her English was not perfect but adequate. The blackboard was tending to get a little messy although she had started with and maintained basically a good design.

At 2.20 three more students arrived; they were simply accepted into the class without any comment to them or summary of where the class had got to. At 2.21 she asked her third question, "Why is it important to know about different types of amputations?" The class seemed quite responsive at this point. She talked about "different level" and added, "You don't have to know them by heart" [is this typical, or is what they have to learn very structured, so that this was an important bit of information to them?] The word "metatarsis" [?] was introduced with the question whether they knew it, and she then proceeded to try to draw something about it out of them, also by giving hints ("if you think about your Physics"). At this stage I made the note, "She keeps going, but trying to draw out all the time" [I also commented in my notes, how does one consolidate new words/concepts?] She was also utilizing the OHP - the students were consulting a page in their books, and I wondered what was in those books and what the pattern of the lectures was that the students obviously understood but which I as an outsider could not discover.

At 2.28 she made another move: "Now, if you have to guess, think back to burns" - and out from the students popped the treatment stages. She set the five out on the board, asking for a summary of possible problems at each stage. She wanted a brainstorming of problems without placing them in the five categories. There were lots of ideas from the class [what's in their books, I wonder], and she evoked some of these ideas by suggesting they "think of assessments you've done in 2nd year" - again the link with

previous work. The class was really enjoying this part of the session, and there was much laughter about "suspension". Melanie couldn't get at the answer J wanted, but she kept at her and followed through nicely (in this case, to the question whether suspension was necessary at all). There was LOTS of chatting amongst the students, who were well involved. She really has a nice, relaxed style, she holds herself well [more confident in front of the classroom than I know her from our meetings!]. Good referring to things on the board, and each idea they give she throws back as a question and teases it out further. Her expertise is used in a reassuring and not a threatening way!

"How will you position that patient post-operatively" is the next phase I see - she arrives at the problems of practice, and seems to be working from the bottom of the body upwards, building her stories very well with the use of examples. And on to how they might assess things pre-operatively. She pauses very well to let students think before they reply to her, is not tempted to fill up the silences with her own voice. The next question asks whether all patients will go through all stages, if not, why not, and again she draws the answers out of them. It is striking that the class is comfortable enough to chat back and to try ideas. J definitely has "right answers" in mind, but the students are not scared to risk wrong ones in search of the answers.

By 2.47 we are comparing the cases of children versus adults: what are the differences? She focuses on developmental problems in the case of amputations involving children. Her language is rather sexist - it seems all amputees are male! She reminds them of the clinical situation as another way of trying to draw things out of them - "Have you seen a feeding strap at Conradie?". She deals with things logically and systematically, rich with examples. [Are all words/concepts ("Neuroma" at 2.54) adequately dealt with, and does her blackboard organization leave space for them?]

At 2.57 we have an intervention by a student, who raises a question that to me seemed a bit off the point. It takes three minutes to deal with the diversion, but then J goes straight back to her topic, doesn't lose her direction. At 3.02 J reaches her first real pause - she struggles to think of a different example, but is quite self-assured to take the time and let the class wait. Even when she gets little feedback, she maintains her momentum and stays with the topic. [How does one consolidate, "revisit" those areas of difficulty, my notes wonder.]

Between 3.03 and 3.06 there seems to be a significant shift in the proceedings. At 3.03 she raises the matter of a particular operation, and lets the student-to-student chatter about it that emerges continue for a while before resuming. Yet, by 3.06, when she asks about the "aims of treatment at the rehabilitation stage", there are few responses - are they tired now?, I write in my notes. She perseveres with her array of strategies to get the students thinking - ~~"Where's your Anatomy?"~~, she demands - ~~"In~~ talking about the nerves in the hand. And she really seems to know her stuff - "the MAIN THING", she says, "is blood supply". More

questions - "come, Melanie, you know ..." The students explain amongst themselves. And Melanie is the only student she has mentioned by name in 58 minutes, not what does that tell us?

A decision is taken to take a break, really quite sudden, but it is a hot day, and the sudden "insinking" at 3.06 may have resulted in this decision. Funny how the momentum got lost almost in a split second, and how the decision to break came within two minutes - teacher's intuition?

At 3.27 we are at it again [- gee, one wonders just how much input the students are getting in a full day?] The students are to read a case study and elaborate on it. They are given five minutes (3.29) to jot things down: what will you assess, where will you start - the case is shown on the OHP, the lights are dimmed, and so it is actually very difficult to see to write although one is now supposed to be writing! The students are quiet, there is some writing going on. Before this, there was virtually no note taking I could see, some of the students seeming just to make additional notes in those reading packs of theirs. [I wonder how one can encourage students to write down useful stuff as they go?]

"All finished?", J announces, or is it asks, at 3.32 - that is, before the five minutes are up. "Okay, let's hear", and as the session proceeds J is again accepting and building on ideas or comments, while the class is contributing quite effortlessly and with adequate explanations of their suggestions. "What else ... what else ... what else", she elicits away. The blackboard has been cleaned and what emerges now is again well organized. At 3.36 there is a succession of chants from the students - "no, no, no, no, no, no, no, no" - in response to her questions as she seeks out type, level, stage. And I scream silently for the lights to be turned back on. Now her attempts to link with previous work come by way of references are to work done earlier in the session. We are dealing with the case of a contract labourer, and the point is made that the "information you put in a case study is there for a purpose". Is there place to work in a Khayelitsha shack? What is his dominant hand? ... "But don't you think", expostulates the selfsame Melanie - that row of three students seems the most actively involved, do they have a special status? [cf. Melanie being the only student named in the first hour]. And so, the task completed, J asks, "Does that give you a clear picture of how to go about assessment?" She asks with kindness, but with a satisfied confidence that it should.

It is 3.44. J shows some slides, wants them to identify the level of amputation and the reason for it. She is confident about her own knowledge, and impressive in showing her expertise. She speaks to some of the slides without drawing things out from the students - fascinating that she didn't try to draw out more from the slides, she does it so well with verbal stimuli, but here she doesn't really ask them what they can see. Yet her language is full of "Can you see ...?", but the drawing out is not there. As we get further into the slide show, so she begins to draw things out from the students again - "What phase is that?", "Why?", "What

is the structure of the activity?" - "okay, that's more like it", I note at 3.52. As her typical questioning mode returns, I wonder with my pen whether maybe the earlier slides were to provide some basic information or examples before she resumes her questioning mode.

It is 4.02. We have just seen a whole pile of slides of one woman, they have been dealt with very quickly. "Any questions, do you know where in the notes you are?" [The mysteries of the role of the notes remain for me]. But we are through - she outlines what will be done in tomorrow's session and asks them to look at some notes (on stump bandaging) for tomorrow and asks them to "try it out at home tonight", handing out crepe bandages. At 4.03, amidst the chatter amongst the students that accompanies this wrapping up (no pun intended) and dishing out, she tells them they have five minutes to do their journalling before they leave.

A breezy and coherent teaching session has concluded, and the students leave like satisfied customers from the movies. The atmosphere never varied from the pleasant and accepting, but the brain-engagement demands never palled. The class begins to empty, the exiting students not quiet but chatting away in two's and three's ...



UNIVERSITY of the
WESTERN CAPE

Conducting

BYLAE 3 : WAARNEMER SE VERSLAGCLASS OBSERVATION J. DE JONGH

Uta Lehmann

Lecture on: burns 9.3. 10.50am - 12.20pmSummary of lecture

The class (23 women) sat in rows facing Jocelene.

This was the second session dealing with burns, recapping on work done the previous day on stages in burns and extending into the role played by the OT in assessing and treating burn patients.

Jocelene asked questions about the role of the OT at different stages of treatment, drawing on previously transmitted information and encouraging students to draw conclusions and to come up with solutions themselves. As students developed a list of tasks under guidance, Jocelene would summarise and condense information and put it on the board. Students were told that they were not required to take notes as the necessary info was contained in the course reader.

This was followed by a case presented by Jocelene on a transparency. The class was given a short case history and a sketch showing the percentage of burns on the body. The class was asked about percentage of burns, the stage of treatment, and what assessments they would do as OTs. As students were answering - calling out answers to Jocelene's questions, asking questions themselves at times - Jocelene listed answers on the board.

The lesson was concluded with a task: the class was given three case studies on a transparency and asked to identify the stages by way of calling out answers. Students commented that this was a very easy task and they indeed seemed to have little problem in answering questions.

Teacher activities:

Jocelene presented information, asked questions (to the class as a whole, not to specific students), presented cases, sorted and drew up new information on the board, answered questions

Student activities:

Students listened, answered questions by way of calling out answers, asked questions in between.

OBSERVATIONS

The lesson plan stipulates that students should be aware of different burn stages, do a theoretical assessment of a stage, do a functional assessment

stage, identify and evaluate a treatment plan, and be aware of precautions.

The lesson contained information and questions relating to all the requirements mentioned above, with Jocelene receiving answers from students in most cases.

What is not clear, however, is whether all students were following the lecture and were able to answer questions. Questions were addressed to the class as a whole. The tendency was that a group of active students would take charge of the answers, with the majority of students sitting quietly and listening or exchanging remarks between each other. Thus, whether the aim of the lesson was met with regard to all students does not become clear from the lesson itself.

Furthermore, because students were at no point during the lecture required to write -in fact, were discouraged to take notes-, they were never forced to engage with the subject matter of the lecture. This might even have been compounded by the fact that they were told all the information was available in the course reader.

On the other hand, Jocelene's relaxed and informal way of lecturing certainly encouraged engagement, the asking of questions and the open exchange of ideas. This is although the environment was certainly not conducive to active engagement: a small room with low ceiling, no day-light, bad ventilation and seating in rows.

Observation session Burns Section, Tygerberg Hospital, 10.3. 2-4pm

Summary of session

The session was run by the hospital therapist.

Students were taken into the burn unit for a 10 minute tour.

They then observed an OT session for a young woman who was treated for severe hand burns. They were given a short history of the patient, after which they were asked to observe and make notes on the activities of the OT (assessment techniques, utensils used, etc.). A written evaluation of the session was to be handed in later.

Students were then introduced to a patient with old burns wearing pressure garments. They were asked about the reason for wearing different garments and how they were applied and explanations were provided where necessary. Students were encouraged to ask questions of both patient and therapist.

Teacher activity

<https://etd.uwc.ac.za/>

Jocelene remained very much in the background, just guiding students' observations with questions every once in a while.

Students activity

Students observed and took notes. Although encouraged only few asked questions in either part of the session.

Observations

The circumstances of the session allowed for no student activity other than the asking of questions. Students had certainly be provided with the necessary information in the previous day's class session to follow the session, ask questions and draw conclusions. Nevertheless, interventions were relatively rare.

Whether they did, in fact, follow the session and made sense of it would have to be assessed from their written evaluation, which I have not have a chance to look at.

Lecture on dialysis 30 March 10.50am to 12.20pm

The class had visited the dialysis unit at Groote Schuur Hospital the previous day. One of the aims of the lecture was explained as finding out which order (first lecture then visit or the other way around) was more conducive to learning.

The lecture started with a brief, unannounced test to recap the the previous day's observations. Six questions concerning the facts of analysis and one on the role of the OT were given to students. They had about ten minutes to answer questions, another ten were used for feed-back.

The rest of the session had a very similar format to the burns lecture. Its contents focussed on the facts of kidney failure, dialysis and kidney transplants, the treatment and rehabilitation process and the role of the OT.

The concluding question asked by Jocelene, whether an OT is centrally important in a renal unit, was answered in the negative.

Observations

Like in the burns lecture, student participation was very uneven. Some students reacted liveley to Jocelene's prompting of answering and asking questions. Other were quiet, but visibly

concentrating, while a few were obviously not "with it".

An evaluation should focuss on how much quieter students took in and how the activity level of all students could be raised.

XXXXXXXXXX



UNIVERSITY *of the*
WESTERN CAPE

BYLAE 4 : DEPARTEMENTELE EVALUASIEVORM

EVALUATION OF LECTURER

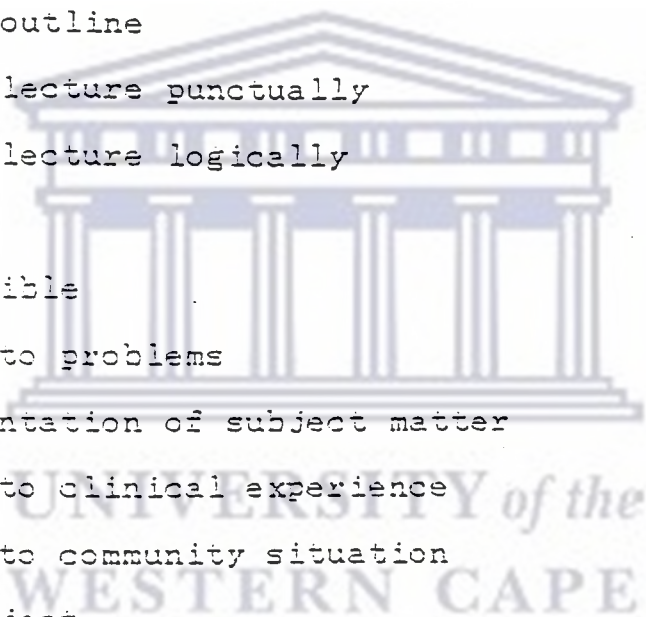
Course.....

Year.....

Rate each point to the following scale and place appropriate number in block at each point.

- 1 - Poor
- 2 - Promising
- 3 - Good
- 4 - Very good

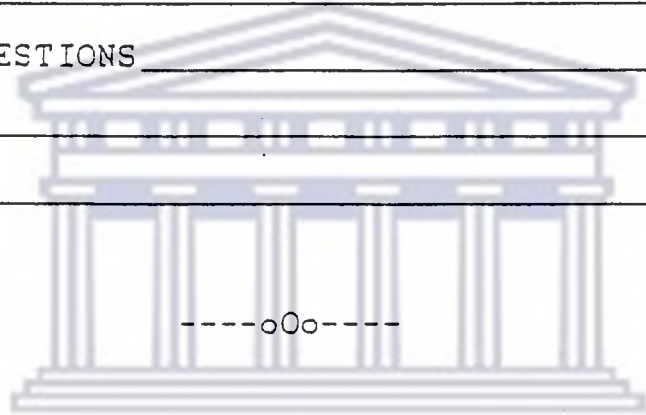
1	Explains course outline	<input type="checkbox"/>
2	Begins and ends lecture punctually	<input type="checkbox"/>
3	Begins and ends lecture logically	<input type="checkbox"/>
4	Language clear	<input type="checkbox"/>
5	Lectures are audible	<input type="checkbox"/>
6	Give attentions to problems	<input type="checkbox"/>
7	Systematic presentation of subject matter	<input type="checkbox"/>
8	Relates subject to clinical experience	<input type="checkbox"/>
9	Relates subject to community situation	<input type="checkbox"/>
10	Knowledge of subject	<input type="checkbox"/>
11	Lectures easy to follow	<input type="checkbox"/>
12	Tests are reasonable	<input type="checkbox"/>
13	Openess to student disagreement	<input type="checkbox"/>
14	Assignments appropriate	<input type="checkbox"/>
15	Fairness in marking	<input type="checkbox"/>
16	Tries to maintain interest level	<input type="checkbox"/>
17	Relevance of subject matter	<input type="checkbox"/>
18	Implements progressive teaching methods (active learning)	<input type="checkbox"/>
19	Uses other media/sources to enhance lectures	<input type="checkbox"/>
20	Overall rating of lecturer	<input type="checkbox"/>



POSITIVE COMMENTS .

NEGATIVE COMMENTS

FUTURE PLANNING SUGGESTIONS



UNIVERSITY *of the*
WESTERN CAPE