

**WERKBESETTINGSPATRONE VAN GEREgistreERDE BERADERS
IN SUID-AFRIKA**

BIANCA JOSEPH

**Tesis ingelewer ter gedeeltelike voldoening aan die vereistes vir die graad van Magister in die
Lettere en Wysbegeerte (Sielkunde) aan die Universiteit van Stellenbosch**



Studieleier: Me. R.L. Carolissen

Desember 2007

VERKLARING

Ek, die ondertekende, verklaar hiermee dat die werk in hierdie tesis vervat, my eie oorspronklike werk is en dat ek dit nie vantevore in die geheel of gedeeltelik by enige universiteit ter verkryging van 'n graad voorgelê het nie.

.....

Handtekening

.....

Datum

OPSOMMING

Na meer as tien jaar van demokrasie in Suid-Afrika is transformasie in baie areas nog nie sigbaar nie. 'n Groot persentasie van die Suid-Afrikaanse bevolking word tans sonder sielkundige dienste gelaat omdat dienste ontoeganklik en onbekostigbaar is. Die B.Psig kursus was dus geskep om die probleem van dienslewering op te los. Die kursus mik om graduandi toegang tot registrasie as beraders by die HPCSA te gee, om sielkundige dienste vinniger by die bevolking uit te kry. Hierdie studie ondersoek dus die werkbesettingspatrone van geregistreerde beraders in Suid-Afrika. Geregistreerde beraders is opgelei om dienste binne die primêre gesondheidsorg sektor te lewer. Dit is binne hierdie sektor waar die meeste Suid-Afrikaners dienste gebruik. Die studie toon dat slegs agt persent van geregistreerde beraders wel in hierdie sektor werk. Die meerderheid werk binne die opvoedkunde sektor of binne die privaatsektor. Beraders wat in die opvoedkunde sektor werk verrig nie noodwendig sielkundige dienste nie, maar eerder die van opvoeder. Dienste wat binne die privaatsektor gelewer word veroorsaak dat dienste nog steeds onbekostigbaar vir die groter deel van die bevolking is. Die oorhoofse rede vir die afwesigheid van werk binne die primêre gesondheidsorg sektor is die afwesigheid van poste vir beraders in die betrokke sektor. Die bevindinge van die studie is in ooreenstemming met die van Kotze (2005) dat die toeganklikheid tot geestesgesondheid dienslewering nie beduidend verander het na die instelling van die B.Psig kursus nie.

ABSTRACT

South Africa has been a democratic country for more than ten years, and still transformation is not visible in many areas. Psychological services are inaccessible and unaffordable for the larger part of South-Africans. The B.Psych degree was specifically implemented to address this problem. The course aims to give graduates access to registration as counsellors at the HPCSA in order to bring psychological services to people more easily. This study thus explores the employment patterns of registered counsellors in South Africa. These counsellors have been trained to deliver services within the primary health care sector because most people use services within this sector. Only eight percent of registered counsellors in South Africa are working within this sector. Most registered counsellors are working in the education sector or the private sector. Counsellors that are working in the education sector are primarily delivering educational services and not psychological services. Counsellors that are working in the private sector are contributing to making services inaccessible and unaffordable to many people. The absence of workers in the primary healthcare sector is mainly because there is little employment for registered counsellors within this sector. The findings of this study are in accordance with the findings of Kotze (2005) that accessibility to psychological services did not significantly change with the implementation of the B.Psych course.

VOORWOORD

Hiermee spreek ek my innige dank en opregte waardering uit teenoor die volgende persone:

- My God en Hemelse Vader vir Sy genade aan my gegee om hierdie tesis te kon voltooi
- My ma, en die res van my familie, vir die gebede en ondersteuning
- Me Carolissen vir haar leiding en bemoediging
- My mede-tesisstudente en veral my kantoormaatjies vir hul ondersteuning en verdraagsaamheid`
- Huis McDonald se “HK” vir die luister na al my kla en kerm
- My vriende op wie ek ten alle tye kan staatmaak, Essie, Tash, Lolla, Lucille, Makka, Ferdie, Carley en al die ander.
- Marna, vir die taalversorging en Marieanna vir die tegniese versorging
- Ek is baie lief vir julle almal en erken elkeen se rol in my persoonlike groei, beide as mens en student. Dankie

INHOUDSOPGAWE

Verklaring	ii
Opsomming	iii
Abstract	iv
Voorwoord	v
Inhoudsopgawe	vi
Lys van tabelle	x
Lys van figure	xi
HOOFSTUK EEN: INLEIDING	1
Motivering vir die studie	1
Doelstellings van die studie	2
Operasionele definisie	2
Oorsig van die hoofstukke	4
HOOFSTUK TWEE: TEORETIESE ONDERBOU	5
2.1. Inleiding	5
2.2. Die ekologiese perspektief: Kurt Lewin	5
2.3. Die ekologiese perspektief: Bronfenbrenner	6
2.4. Die gemeenskapsberadingsmodel van Lewis, Lewis, Daniels en D’Andrea	6
2.5. Gottfredson se teorie oor beroepsaspirasies	10
HOOFSTUK DRIE: LITERATUUROORSIG	13
3.1. Inleiding	13

3.2. Konseptualisering van geestesgesondheid	13
3.3. Konseptualisering en ontstaan van gemeenskapsielkunde	14
3.4. Primêre gesondheidsorg	18
3.4.1. Konseptualisering van primêre gesondheidsorg binne die Suid Afrikaanse konteks	18
3.4.2. Geestesgesondheid voorkoming binne primêre gesondheidsorg	20
3.4.3 Die samesmelting van geestesgesondheid met primêre gesondheidsorg	21
3.5. Sielkundige opleiding in Suid-Afrika	23
3.6. Die B.Psig kursus	27
3.6.1. Kontroversies rondom die B.Psig kursus	32
3.6.1.1. Transformerende kontroversies	32
3.6.1.2. Kontroversies rondom werkbsetting	35
3.7. Hoofstuk opsomming	36
HOOFSTUK VIER: METODOLOGIE	38
4.1. Inleiding	38
4.2. Doelstellings van die studie	38
4.3. Navorsingshipotese	38
4.4. Navorsings vrae	38
4.5.1. Kwantitatiewe vrae	38
4.5.2. Kwalitatiewe vrae	39
4.5. Navorsingsontwerp	40
4.6.1. Inleiding	40

4.6.2. Huidige konteks van die B.Psig kursus	40
4.6.3. Bespreking van die navorsingsontwerp	42
4.6. Teikenpopulasie	44
4.7. Steekproef	44
4.8. Prosedures	49
4.9. Instrumente	50
4.10. Etiek	52
HOOFSTUK VYF: RESULTATE EN BESPREKING	53
5.1. Inleiding	53
5.2. Kwantitatiewe resultate	53
5.3. Bespreking van kwantitatiewe resultate	58
5.3.1 Ras	58
5.3.2. Taal	60
5.3.3. Geslag	61
5.3.4 Kategorie geregistreer	62
5.3.5 Sektor aangestel	63
5.4. Kwalitatiewe bespreking	63
5.4.1. Die B.Psig kursus	63
5.4.2. Werkbesetting	69
5.4.2.1 Die opvoedkunde sektor	70
5.4.2.2. Die privaatsektor	71
5.4.2.3. Die gesondheidsorg sektor	72
5.4.3 Dienslewering	78
5.5. Opsomming van kwalitatiewe resultate	82
5.6. Opsomming van die studie	83

5.7. Implikasies vir die praktyk	84
5.8. Aanbevelings	85
5.9. Verdere navorsing	86
6. VERWYSINGSLYS	87
BYLAE	
Bylaag 1: Opnamevraelys	96
Bylaag 2: Survey Questionnaire	104

LYS VAN TABELLE

	Bladsy
Tabel 1: Vergelyking Tussen Kotze (2005) se Respondente en die van die Betrokke Studie Teenoor die Steekproef in Terme van Ras.	45
Tabel 2: Vergelyking Tussen Kotze (2005) se Respondente en die van die Betrokke Studie Teenoor die Steekproef in Terme van Geslag.	46
Tabel 3: Vergelyking Tussen Kotze (2005) se Respondente en die van die Betrokke Studie Teenoor die Steekproef in Terme van Taal	46
Tabel 4: Vergelyking Tussen die Provinsie waarin Geregistreerde Beraders Geregistreer het Teenoor die Provinsie waarin Respondente Geregistreer het en die Provinsie waarin Respondente Werk	47
Tabel 5: Vergelyking van Werkbesettingspatrone ten opsigte van Sektore waarin Graduandi (Kotze, 2005) en Beraders Werk	48
Tabel 6: Vergelyking van Jaarlikse Salarisse Verdien deur B.Psig Graduandi, Kotze (2005) en Geregistreerde Beraders.	49

LYS VAN FIGURE

Bladsy

Figuur 1. Gemeenskapsberadingsmodel van Lewis et al. (2003)

7

HOOFSTUK EEN

INLEIDING

1.1 Motivering vir die studie

Gegewe Suid-Afrika se geskiedenis van Apartheid en die ontwikkeling van geestesgesondheidsdienste, is daar tans 'n vakuum in gemeenskappe met betrekking tot beradings- en sielkundige dienste. Sielkundige dienste figureer meestal in die privaatsektor wat 'n groot persentasie van die Suid-Afrikaanse bevolking sonder sulke dienste laat (Freeman & Pillay, 1997).

Ten einde die vakuum kleiner te maak en sosiale geregtigheid binne veral sogenaamde voorheen benadeelde gemeenskappe te bevorder, in terme van die voorsiening van dienste, het die regering dus sekere wetgewings in plek gestel. Wetgewing vir die voorsiening van geestesgesondheidsorg sluit in dat gesondheidsinstansies dienste aan almal moet voorsien op die gepaste vlak van benodigde dienste (Mental Health Care Act, 2002).

Een van die pogings aangewend om bogenoemde probleem aan te spreek en die wetgewing in plek te sit is die insluiting van 'n middel-vlak registrasie tot sielkunde (Henderson, 2004). Die B.Psig program, wat 'n vier jaar graadkursus is, mik om geestesgesondheid praktisyne op te lei om geestesgesondheidsdienste op 'n primêre gesondheidsorg vlak in Suid-Afrika te voorsien (HPCSA, form 258). Dit is op hierdie vlak wat die meeste Suid-Afrikaners dienste gebruik en benodig (Freeman & Pillay, 1997).

Na vier jaar se studie is B.Psig graduandi bekommerd oor werkseleenthede (Kotze, 2005) en na meer as tien jaar van demokrasie is daar nog steeds duisende Suid-Afrikaners wat sonder geestesgesondheidsdienste gelaat word. Dit bring 'n gaping mee tussen beraders se behoefte om werk en 'n voldoende finansiële inkomste, en Suid-Afrikaners wat dienste benodig, maar nie vir dienste kan betaal nie.

1.2 Doelstellings van die studie

Hierdie studie stel ten doel om die werkbsettingspatrone van geregistreerde beraders in Suid-Afrika te beskryf en te kyk of die B.Psig kursus wel die voorspelde uitkomst in terme van dienslewering op 'n primêre gesondheidsorgvlak bereik het. Kotze (2005) het gevind dat slegs een derde van die B.Psig graduandi in die Wes-Kaap as beraders werk. Sy kom tot die gevolgtrekking dat die toeganklikheid tot geestesgesondheid dienslewering na die instelling van die B.Psig kursus nie beduidend verander het nie.

Die navorser ondersoek die werkbsettingspatrone van geregistreerde beraders op 'n nasionale vlak, by wyse van 'n pos opname studie. Die doel is om vas te stel of hierdie kandidate wel in die primêre gesondheidsorg vlak werk. Hierdie studie vors na of die tendens gevind in Kotze (2005) se studie dieselfde op nasionale vlak is. Daar sal ook ondersoek word hoekom sommige beraders binne die primêre gesondheidsorgsisteem werk en ander nie.

1.3 Operasionele definisie

Werkbesettingspatrone

Werk verwys na beroepsgerigte, beide betaalde en onbetaalde werk, wat deur geregistreerde beraders verrig word. Werkbesettingspatrone verwys dus na die patrone wat geïdentifiseer kan word deur te kyk na die tipe werk, sektore waaronder die werk val (soos die van onderwys, privaat, gemeenskap/NRO en gesondheid) sowel as salarisse wat verdien word vir die betrokke werk.

B.Psig graduandi

B.Psig graduandi sluit alle studente vanaf die onderskeie universiteite wat geïnduseer het met 'n B.Psig graad, maar wat nie noodwendig geregistreer is as beraders nie, in.

Geregistreeerde beraders

Geregistreeerde beraders verwys na die kandidate wat suksesvol die beroepsraadeksamen afgelê het na voltooiing van die B.Psig graad en as sulks by die HPCSA as geregistreeerde beraders geregistreeer is.

Primêre gesondheidsorg

Primêre gesondheidsorg verwys na eerstehandse gesondheidsorg waartoe 'n individu toegang het in die geval van enige gesondheidsprobleem (Pillay & Lockhat, 2001). In Suid-Afrika sluit primêre gesondheid diensleweringpunte soos distrikshospitale, primêre gesondheidsklinieke, algemene gesondheidpraktiseerders en tradisionele genesers in (Pillay & Lockhat, 2001). Hierdie verwys spesifiek na die gesondheidssektor se dienste wat direk met gesondheid verband hou. Beginsels van primêre gesondheidsorg sluit egter in dat daar intersektorale samewerking is wat die bevordering van 'n gesonde lewenstyl en die bemagtiging van individue en gemeenskappe (met die doel om hul beheer oor hul gesondheid te gee) ten doel stel (Petersen, 2000). Om hierdie beginsels toe te pas, is daar baiekeer 'n integrasie van primêre dienste, wat onder meer skole en gemeenskapsorganisasies insluit. Al hierdie dienste kan geklassifiseer word onder die breë vaandel van primêre sorg. Ten einde geestesgesondheidsdienste meer toeganklik vir Suid-Afrikane te maak deur te werk op die gebied van die primêre gesondheidsorg, is 'n integrasie met ander primêre sorginstansies essensieel. Hierdie is 'n baie belangrike punt en daarom, soos Kotze (2005) argumenteer, kan 'n mens ook nie eintlik sê dat dienste nie op primêre vlak gelewer word as beraders in skole werk nie. Daar kan wel gesê word dat beraders nie in die gesondheidsdepartement werk nie.

Vir die doeleinde van hierdie studie sal die twee terme, primêre gesondheidsorg en primêre sorg, afwisselend gebruik word met primêre gesondheidsorg wat spesifiek verwys na entiteite binne die gesondheidsdepartement en primêre sorg wat sal verwys na die breër vaandel van primêre sorg wat organisasies en instansies buite die gesondheidsdepartement insluit.

1.4 Oorsig van die hoofstukke

Die tweede hoofstuk is die teoretiese onderbou van die studie gegrond op die ekologiese perspektief, verskeie rolle van beraders en beroepsaspirasies. Daarna volg die literatuuroorsig in Hoofstuk drie. Die literatuuroorsig begin met die basiese konseptualisering van belangrike begrippe soos geestesgesondheid, gemeenskapsielkunde en primêre gesondheidsorg. Die konseptualisering van die begrippe beoog om vir die leser 'n holistiese agtergrond te skep aangaande die studie. Sielkundige opleiding binne die Suid-Afrikaanse konteks en die kwessies rondom die B.Psig kursus word daarna behandel. Die metodologie seksie, Hoofstuk vier, sluit 'n bespreking in van die huidige konteks van die B.Psig kursus. Die resultate van die studie asook die besprekings rondom die resultate en 'n opsomming van die studie sal in Hoofstuk vyf behandel word.

HOOFSTUK TWEE

TEORETIESE ONDERBOU

2.1 Inleiding

Verskeie ekologiese perspektief-modelle, onder andere die van Lewin (1952) en Bronfenbrenner (1979), sal bespreek word ten einde 'n grondslag te lê vir besprekings rondom gemeenskapsielkunde asook werk binne die primêre gesondheidsorgsisteem. Die gemeenskapsberadingsmodel van Lewis, Lewis, Daniels en D'Andrea (2003) sal binne die konteks van die ekologiese model bespreek word. Gottfredson (1981) se teorie van beroepsaspirasies sal gebruik word om 'n basis te lê vir die moontlike werkbesettingspatrone wat binne die studie mag figureer. Maslow (1970) se hierargie van behoeftes sal aanvullend tot Gottfredson (1981) se teorie behandel word. Die skrywer aanskou die behandeling van die modelle en teorieë as essensieel vir die bespreking van resultate wat in die betrokke studie verkry is.

2.2 Die ekologiese perspektief: Kurt Lewin

Kurt Lewin (1952) se bekende formule, $B = F(P,E)$, bied 'n duidelike raamwerk van die ekologiese perspektief binne sielkunde. Volgens Lewin (1952) is 'n persoon se gedrag (B) die faktor (F) van die persoon (P) en sy omgewing (E). Die twee entiteite is nie onafhanklik van mekaar nie, maar wedersyds interafhanklik. Ten einde 'n persoon se gedrag te verstaan, voorspel of verander, moet jy beide die persoon en sy omgewing in ag neem. Vir Lewin is die sosiale aspekte van 'n persoon se sielkundige situasie net so belangrik soos die fisiese aspekte. Hy sien objektiwiteit binne sielkunde as 'n verskynsel waar die kliënt se veld (persoon+omgewing) gesien word soos dit vir die kliënt bestaan op daardie gegewe tyd.

Studente ervaar verskeie vrese rondom gemeenskapsielkunde, onder andere kulturele verskille, taalgebruik, aspekte van armoede en geweld binne gemeenskappe (Gibson, Sandenberg, & Swartz, 2001). Die student en die kliënt se omgewing/verwysingsraamwerk verskil soms. Daar word van die sielkundige of sielkundestudent verwag om na die kliënt se wêreld te gaan en uit sy of haar

gemaksonde te beweeg om objektief dienste te kan lewer. Lewin (1952) se teorie daag dus die sielkundige uit om die kliënt se wêreld te betree.

2.3 Die ekologiese perspektief: Bronfenbrenner

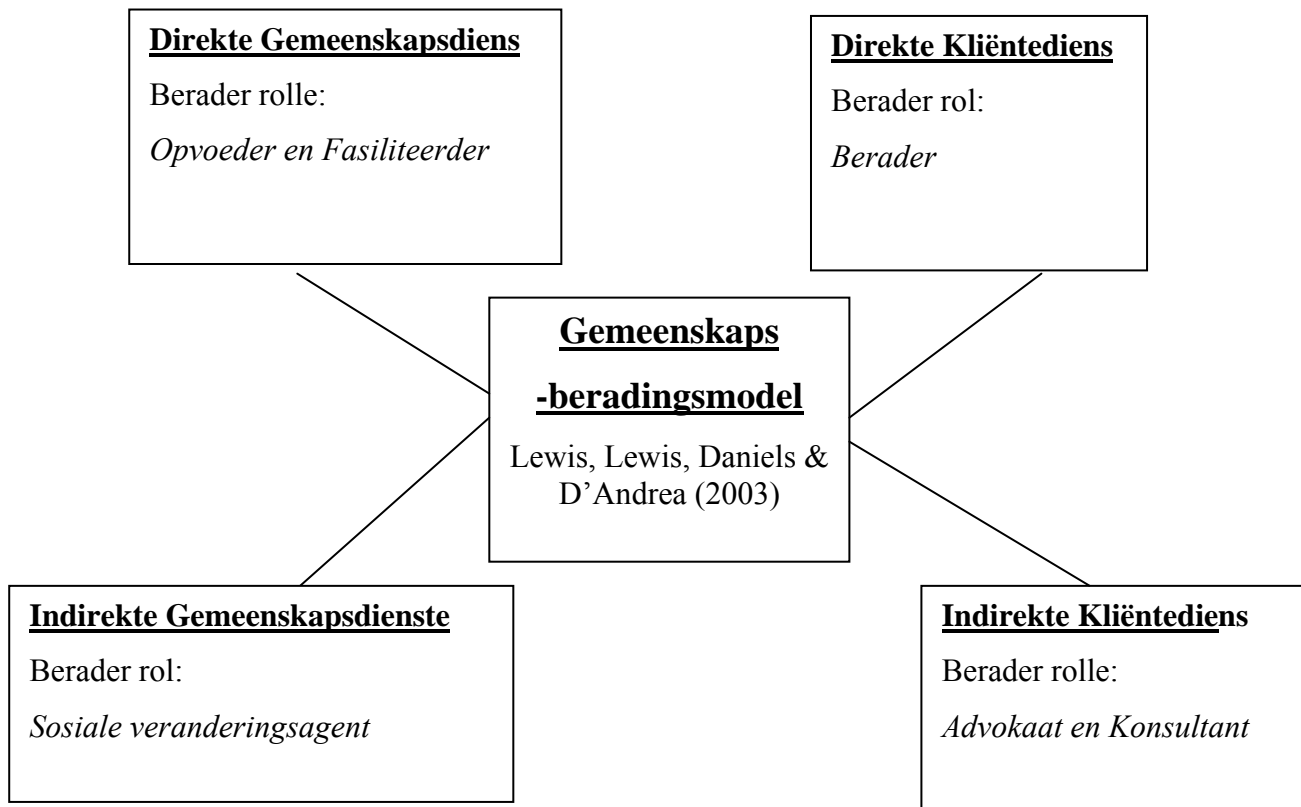
Lewin (1952) se teorie stem ooreen met die van Bronfenbrenner (1979) wat geestesgesondheidsimpakte op 'n individu in vier vlakke verdeel: die mikro-, meso-, ekso- en makro-vlak. Hierdie vier vlakke is ook interafhanklik van mekaar. 'n Verandering op een vlak bring 'n verandering op die ander vlakke mee. Die individu (bv. kind) word op die mikro-vlak verteenwoordig, met verhoudings tussen sisteme soos die individu en die huis en die individu en die skool op die meso-vlak. Die ouer se werk of munisipaliteit figureer op die ekso-vlak en globale of nasionale gebeurtenisse, invloede en strukture soos oorloë en die regering word op die makro-vlak geplaas. Omdat geestesgesondheidsimpakte op hierdie verskillende vlakke plaasvind, is dit ook ideaal vir die geestesgesondheid intervensies om op al hierdie vlakke plaas te vind.

Indien die kind (individu) se ouer byvoorbeeld nie werk nie, kan dit tot gevolg bring dat die kind moontlik nie klere het om aan te trek en kos het om te eet nie. Dit kan 'n groot impak hê op die kind se akademiese vordering en gedrag by die skool. Hierdie teorie beklemtoon die belangrikheid daarvan om die persoon in konteks te aanskou. Dit is op grond van sulke teorieë dat gemeenskapsielkundiges hul toespits op sosiale verandering. Die besef is dat om uitsluitlik met die individu te werk nie noodwendig 'n oplossing sal bring nie. Dit dui ook op die noodsaaklikheid van 'n gemeenskapsielkundige se vermoë om meer as een rol te kan vertolk, om oor meer as slegs terapeutiese vaardighede te beskik ten einde sosiale verandering mee te bring.

2.4 Die gemeenskapsberadingsmodel van Lewis, Lewis, Daniels en D'Andrea

Die gemeenskapsberadingsmodel van Lewis, Lewis, Daniels & D'Andrea (2003) kan dien as teoretiese onderbou vir die rol van beraders binne die primêre gesondheidsorg sisteem. Hierdie model word in vier hoekstene verdeel naamlik,

- a) Direkte gemeenskapsdienste, b) Direkte kliëntediens,
c) Indirekte gemeenskapsdienste en d) Indirekte kliëntediens.



Figuur 1. Gemeenskapsberadingsmodel van Lewis et al. (2003)

a) Direkte gemeenskapsdienste

In hierdie faset van die model is beraders bemoei met die opvoeding en/of opleiding van die gemeenskap as 'n geheel. Beraders deel kennis oor geestesgesondheid en vaardighede wat die behoefte aan professionele helpers verminder. In terme van hierdie faset van die model neem beraders die rol aan van opvoeder en fasiliteerder. Hulle is veral bemoei met voorkomende intervensies wat hoogs pro-aktief is. Hierdie intervensies sluit in: selfhelp-groepe vir vroue wat mishandel word; lewensvaardighede opleiding vir persone met gestremdhede; werkswinkels oor verskeie kwessies bv. MIV/VIGS-bewustheid in die gemeenskap, konflikthanterings- en effektiewe kommunikasie vaardighede en stresshantering.

b) Direkte kliëntedienste

Hierdie faset van die model behels uitreik- en beradingsdienste. Dit behels programme wat direkte bystand bied aan kliënte of potensiële kliënte wat 'n hoë risiko loop om geestesgesondheidsprobleme te ontwikkel. Die gemeenskapsberader neem die tradisionele beradingsrol aan, en werk in baie gevalle op 'n een-tot-een basis. Die berader behoort goeie beradingsvaardighede te hê, omdat alle geestesgesondheidsprobleme nie voorkom kan word nie, en 'n kuratiewe benadering in sommige gevalle mees toepaslik is. Beraders sal dus beradingsdienste lewer aan mense wat byvoorbeeld aan trauma blootgestel is. In 'n groot mate kan sulke dienste as voorkomend op 'n sekondêre vlak gesien word. Individue wat blootgestel was aan trauma mag byvoorbeeld post-traumatische stresversteuring opdoen of in depressie verval. Onmiddellike beradingsdienste kan dus bogenoemde verhoed.

c) Indirekte gemeenskapsdienste

In hierdie faset van die model poog die gemeenskapsberader om sekere strukturele veranderinge teweeg te bring en om openbare beleide te beïnvloed. Hulle besef die invloed van 'n individu se omgewing op sy/haar geestesgesondheid en neem aan dat strukturele veranderinge noodsaaklik is. Die gemeenskapsberader neem die rol aan van sosiale veranderingsagent. Die berader kan met regeringsbeleidmakers, werkers in die opvoedkundige- en gesondheidssektore, asook lede van die gemeenskap saamwerk om strategieë te ontwikkel wat veranderinge teweeg sal bring aangaande kwessies in die breër samelewing, soos MIV/VIGS.

d) Indirekte kliëntedienste

Hierdie faset van die model behels om intervensies in die onmiddellike omgewing van kliënte in plek te stel en nie noodwendig direk met die kliënt te werk nie. Sulke intervensies beoog om seker te maak dat die unieke behoeftes van kliënte aangespreek word. Die rol van die berader in hierdie verband is die van advokaat en konsultant. Dit is byvoorbeeld die plig van die gemeenskapsielkundige in die werkplek om bestuurders bewus te maak van die MIV-voorkoms in hul organisasie en om hulle aan te moedig om toepaslike aksie te neem. Gemeenskapsielkundiges

tree ook op vir die regte van werknemers wat lewe met MIV, soos hul reg tot privaatheid en regverdige arbeidspraktyke. Dit vind plaas deur om met beleidmakers in besighede saam te werk om beleide te ontwikkel wat effektief die behoeftes van persone met MIV in hul besigheid sal aanspreek. Sielkundiges help ook kliënte om toegang te kry tot bronne in hul gemeenskap wat hul spesifieke behoeftes sal aanspreek, en bemagtig hulle dus op hierdie manier. 'n Voorbeeld hiervan is volwasse onderrig-programme, openbare dienste (bv. behuisings kantore) en ander programme wat in die gemeenskap aangebied word waarvan die kliënt moontlik nie bewus is nie.

Die berader binne die model verrig dus nie net beradingsdienste nie, maar brei die rol van 'n berader uit. Beraders binne Lewis et al. (2003) se model vervul rolle soos die van opvoeder en fasiliteerder, sosiale veranderingsagent, advokaat en konsultant. Die waardes van gemeenskapsielkunde wat onder ander voorkoming, bemagtiging, 'n ekologiese perspektief, 'n sin van sielkundige gemeenskaplikheid en sosiale geregtigheid insluit, kan goed ingelyf word binne hierdie model. Hierdie verskeie rolle verseker ook dat intervensies op alle vlakke van Bronfenbrenner (1979) se teorie plaasvind.

Die model van Lewis et al. (2003) sit 'n goeie raamwerk van die verskeie rolle wat beraders binne gemeenskappe behoort te kan vervul uiteen. Hierdie model bring dus ook die kwessie van voldoende opleiding en bekwaamheid van praktisyne na vore. Studente voel baie maal dat hulle nie bekwaam genoeg is om binne so 'n omvattende raamwerk te funksioneer nie. Gibson et al. (2001) redeneer dat daar meer aandag gegee word aan die waarde van verskeie modelle van intervensie as aan die proses van opleiding self. Dit is egter noodsaaklik om te begryp dat intervensie-modelle slegs abstrakte voorstellings van die realiteit is (Edwards, 2002). Dit is die doeltreffende uitvoering van die intervensie en die gebruik van die model wat die beoogde verandering meebring en nie die intervensie-model self nie. Indien beraders dus nie bekwaam genoeg voel om binne 'n model te werk en 'n intervensie doeltreffend te kan uitvoer nie, kan dit problematiese implikasies vir beoogde intervensie uitkomst inhou. Die uitdaging is dus om individue op te lei binne die veld van sielkunde om dienste te kan lewer binne die ekologiese perspektief en modelle soos die van Lewis

et al. (2003). Studente moet 'n opleiding kry wat hulle bekwaam stel om al die bogenoemde rolle te kan uitvoer.

Studente word opgelei om 'n sekere taak te kan vervul in 'n sekere beroepsveld. Die keuse van 'n beroep is dus kardinaal. Daar sal dus volgende in die teoretiese onderbou gefokus word op beroepsaspirasies.

2.5 Gottfredson se teorie oor beroepsaspirasies

Hierdie beroepsteorie kan as grondslag dien vir die beroepskeuses (Stead & Watson, 1999) wat studente maak en 'n fondasie lê oor hoekom beraders kies om binne die primêre gesondheidsorg sisteem te werk of nie. Gottfredson (1981) baseer haar teorie van beroepsaspirasies op vier basiese aannames: 1) Die beroepsontwikkelings proses begin in die kinderjare, 2) Beroepsaspirasies is pogings om jou eie self-konsep te implementeer, 3) die mate waarin die beroep ooreenstemmend is met die persoon se self-persepsie bring beroepstevredenheid mee en 4) Mense ontwikkel beroepstereotipes wat hul begelei in hul keuse van beroep. Dit is veral die derde en vierde punt wat vrae van verhoudings binne die beroep van sielkunde opbring. Stereotipes en idees soos om in 'n kantoor te werk met 'n lang rusbank teenoor om in 'n klein, oorvol kliniek te werk kan 'n rol speel in die keuses wat studente maak wanneer gekonfronteer word met werk op die primêre gesondheidsorg vlak.

Volgens Gottfredson (1981) ontwikkel mense kognitiewe kaarte van beroepe wat rondom die volgende dimensies georganiseer word: manlikheid of vroulikheid van die beroep, die prestige van die beroep en die veld van die beroep. Volgens haar beteken prestige meer as net die status van die beroep en sluit dit intellektuele kapasiteit of vermoë-dimensies in. Dit blyk asof die opleiding in kliniese werk, veral individuele terapie, as meer gunstig, intellektueel uitdagend en gestruktureer gesien word, in kontras met gemeenskapwerk wat gesien word as chaoties, frustrerend en ateoreties (Gibson et al., 2001). Hierdie persepsie mag 'n rol speel wanneer werk binne die primêre gesondheidsorg en die privaatpraktyk oorweeg word. Suffla en Seedat (2004) kom tot die slotsom dat professionele sielkunde grootliks 'n wit- en vroulik-gedomineerde professie is. Richter en

Griesel (1999) skryf die globale tendens toe aan die uitkomst van die ontwikkeling van ekonomiese wat volgens die sosiale dienste geïntereerd is.

Die groot persentasie wit en vroulike sielkundiges mag 'n persepsie onder die publiek skep dat die professionele ontwerp is vir wit vroue. Mans en swart¹ persone mag dus om die rede nie dikwels die professionele as beroep oorweeg nie

Gottfredson (1981) voer ook aan dat beroepsaspirasies die resultaat is van interaksie tussen beramings van toeganklikheid en mededingendheid. Sy meen dat beroepskeuses 'n kompromie is. Persone gee hul eerste keuses op in die guns van dit wat meer toeganklik is. Dit is wanneer mense gedwing word om te komprimeer dat hulle eerstens kyk na geslagstipe, dan prestige en dan belangstelling. Prestige word hoër as belangstelling geag. Indien 'n persoon se passie is om mense te help en verandering te bring, sal die persoon, volgens die teorie, eerder 'n beroep met sogenaamd meer status kies soos die van 'n sielkundige teenoor 'n berader.

Maslow (1970) se hiërargie van behoeftes bevestig die moontlike kompromie wat persone sal maak met betrekking tot beroepskeuses. Terwyl Gottfredson (1981) geslagstipe, prestige en belangstelling uitlig, lê Maslow klem op die vervulling van die persoon se behoeftes. Maslow se hiërargie van behoeftes van onder na bo is as volg: fisiologiese behoeftes, veiligheidsbehoefte, liefde en om te behoort, agting en selfaktualisering. Hierdie teorie veronderstel dat 'n persoon eers sal seker maak dat sy fisiologiese behoeftes bevredig is voordat hy hom sal bekommer oor veiligheidsbehoefte of agting. Dit wil sê dat 'n persoon 'n werk sal neem wat nie 'n mate van agting het nie, maar wel finansiële sekuriteit bring. Hy sal eerder 'n werk kies sonder prestige as om sonder 'n inkomste te wees - 'n inkomste waarmee die bekom van fisiese behoeftes soos die aankope van kos asook finansiële sekuriteit gepaard gaan. Finansiële sekuriteit sluit in ekonomiese sekuriteit, wat verwys na wanneer 'n werknemer 'n kontinue inkomste en goeie byvoordele het (Geldenhuys, 2005). Die

¹ Die gebruik van die term "swart" in hierdie tesis verwys na alle mense wat histories nie as wit geklassifiseer was nie. Hierdie konsep was gebruik in 'n uniforme wyse, in teenstelling met die rassistiese klassifiserings sisteem wat gedurende die Apartheidsjare gedomineer het, en was geskep deur die "black consciousness movement" in Suid-Afrika (Ramphela aangehaal in Stevens, 2003).

mate van kompromie sal afhang van die mate waarna die behoefte van onder na bo, op Maslow se hiërargie, vir die persoon alreeds vervul is.

Die teorieë van beide Gottfredson (1981) en Maslow (1970) beklemtoon eksterne faktore sowel as interne faktore wat 'n rol speel in beroepskeuses. Faktore vanuit Gottfredson se teorie sluit intelligensie, ras, geslag en sosio-ekonomiese status in (Stead & Watson, 1999).

Die verstaan van die ekologiese perspektief van beide Lewin (1952) en Bronfenbrenner (1979) is belangrik binne die konteks van primêre gesondheidsorg. Lewis et al. (2003) se model beklemtoon die omvattende rolle wat beraders binne so 'n konteks moet kan vervul. Die B.Psig kursus poeg egter om beraders op te lei vir werk binne die primêre gesondheidsorgsisteem ten einde omvattende dienste binne gemeenskappe te kan lewer. Gottfredson (1981) bring egter 'n bewustheid van faktore wat 'n rol speel in beroepskeuses. Hierdie faktore soos geslag, ras, intelligensie en sosio-ekonomiese status moet in berekening gebring word wanneer studente gewerf word vir die kursus asook binne die bemarking en beeld wat oorgedra word aangaande beraders binne Suid-Afrika. Maslow (1970) se hiërargie van behoeftes voeg by tot Gottfredson se teorie oor beroepsaspirasie. Maslow se teorie bied moontlike verklarings rondom die motivering agter beroepskeuses.

Hierdie twee teorieë van Gottfredson en Maslow is belangrik vir wanneer daar gekyk word na hoekom sekere mense sal kies om binne die privaatsektor eerder as die gesondheidssektor te werk. Dit kan ook moontlike verklarings bied vir demografiese verskille in terme van ras en geslag binne die sielkunde professie. Hierdie teorieë help dus om die werkbesettingspatrone van geregistreerde beraders in terme van beroepsaspirasies en menslike behoeftes te beskryf.

HOOFSTUK DRIE

LITERATUUROORSIG

3.1 Inleiding

Die literatuuroorsig het ten doel om vir die leser 'n agtergrond te skep oor die B.Psig kursus asook geestesgesondheid in Suid-Afrika en die rol wat sielkunde speel. Daar sal dus gekyk word na konseptualisering van belangrike begrippe soos geestesgesondheid, gemeenskapsielkunde en primêre gesondheidsorg. Besprekings rondom voorkoming binne die primêre gesondheidsorg, die samesmelting van geestesgesondheid en primêre gesondheidsorg, sielkundige opleiding in Suid-Afrika en die B.Psig kursus met sy kontroversies sal daarna volg.

3.2 Konseptualisering van geestesgesondheid

Geestesgesondheid is 'n komplekse en dinamiese verskynsel. Dit verwys nie na 'n absolute toestand nie, en die betekeniswaarde van die term is geneig om te verander. Elke kultuur definieer geestesgesondheid op 'n kultuurgepaste manier. Daar is egter 'n gemeenskaplikheid in elke definisie en dit is dat geestesgesondheid breër is as net die ontbreking van geestesversteurings. Geestesgesondheid kan dus gekonseptualiseer word in terme van subjektiewe welstand, outonomieit, bevoegdheid, intergenerasie-afhanklikheid asook die strewe na self-aktualisering van 'n mens se eie intellektuele en emosionele potensiaal (World Health Organisation [WHO], 2001a).

Geestesgesondheid is 'n konsep wat holisties gesien moet word. Wanneer daar verwys word na die verstand en die liggaam wat 'n eenheid is, het geestesgesondheid 'n impak op nie net die individu se gemoed en verstand nie, maar ook op sy fisiese en sosiale aspekte. Die teenoorgestelde is ook waar. Geestesgesondheid verwys na geestelike, fisiese en emosionele welstand wat bepaal word deur sosiale, kulturele, fisiese en materiële kondisies (Freeman & Pillay, 1997).

Vir die handhawing en bevordering van geestesgesondheid is dit belangrik dat mense 'n bewustheid van geestelikheid ontwikkel en genot verkry uit die werk wat hulle doen. Geestesgesondheid word ook bevorder deur middel van vriendskappe met ander en intieme verhoudings waarin liefde

gehandhaaf word (Meyers, Sweeney, & Witmer, 2000). Dit is ook belangrik om ouderdomsgepaste vaardighede en positiewe omgewings te ontwikkel (Cowen, 1994), en sodoende effektief binne 'n gemeenskap te funksioneer en tot die gemeenskap by te dra (Desjarlais, Eisenberg, Good, & Kleinman, 1995). Geestesgesondheid is inderdaad nie net die afwesigheid van geestesversteurings nie. Dit verwys na 'n manier van lewe, en beïnvloed alle fasette van die mens se lewe.

3.3 Konseptualisering en ontstaan van gemeenskapsielkunde

Gemeenskapsielkunde word volgens Pretorius-Heuchert en Ahmed (2001) beskryf as 'n ongelyksoortige tak van sielkunde, bestaande uit 'n komplekse praktiese toepassing en teorie, wat gedurig aan die verander is (Nelson & Prilleltensky, 2005). Hierdie tak van sielkunde kan nie binne 'n enkele definisie weergegee word nie (Seedat, Duncan, & Lazarus, 2001). Dit is 'n breë veld wat nie uitsluitlik binne sielkunde gesetel is nie en dus floreer gemeenskapsielkunde die beste op 'n primêre gesondheidsorg vlak, waar 'n meer holistiese diens benodig word. Alhoewel die benadering en toepassing van gemeenskapsielkunde so kompleks is en uit meer as een dissipline bestaan, het dit 'n gemeenskaplike doel om menslike kondisies te verbeter en sielkundige welstand te bevorder (Pretorius-Heuchert & Ahmed, 2001).

Gemeenskapsielkunde kan die beste omskryf word in teenstelling met hoofstroom sielkunde. Hierdie teenstelling sal daarom in terme van die waardes van gemeenskapsielkunde bespreek word, omdat waardesisteme die filosofie en funksionering van die benadering omskryf. Hierdie tak van sielkunde is openlik gebaseer op sy waardes (Naidoo, Shabalala, & Bawa, 2003) en kan dus in terme van sy waardes gekonseptualiseer word. Die waardes van gemeenskapsielkunde gee ook 'n aanduiding van die visie van gemeenskapsielkunde (Nelson & Prilleltensky, 2005). Hierdie waardes sluit in 'n ekologiese perspektief, bemagtiging, 'n sielkundige sin van gemeenskaplikheid, voorkoming en sosiale geregtigheid.

Gemeenskapsielkunde neem 'n ekologiese perspektief aan, waar die persoon in sy holistiese konteks geplaas word. Lewin (1952) bied 'n goeie opsomming van die persoon in konteks. Volgens hom is gedrag gelyk aan die funksie van die persoon en die omgewing. Dit wil sê, om 'n persoon se gedrag

te verstaan, voorspel of verander, moet jy beide die persoon en sy omgewing in ag neem (Scileppi, Teed, & Torres, 2000). In kontras met hoofstroom sielkunde wat 'n individualistiese benadering volg (Lewis et al., 2003), plaas gemeenskapsielkunde hul fokus op sisteme en nie slegs die individu nie (Prilleltensky & Nelson, 1997). Hierdie benadering tot sielkunde is veral bemoei met die impak van die omgewing op die mens eerder as om uitsluitlik te kyk na die sielkundige bou van die mens om gedrag te verander (Naidoo et al., 2003) en te verklaar (Seedat, MacKenzie, & Stevens, 2004). Bronfenbrenner (1979), soos reeds genoem, verdeel geestesgesondheidsimpakte op 'n individu in vier vlakke: die mikro-, meso-, ekso- en makro-vlak. Hierdie ekologiese model lê klem op die feit dat 'n verandering op een vlak veranderinge op ander vlakke meebring. Geestesgesondheid intervensies moet daarom ook ideaal op al hierdie vlakke plaasvind.

Die ekologiese perspektief as waarde van gemeenskapsielkunde bied dus 'n holistiese benadering tot terapie en berading. Intervensies word meegebring met die nodige kontekstuele fokus wat benodig word om psigososiale probleme eie aan Suid-Afrika aan te spreek (Naidoo, 2000). Dit verander die manier hoe psigososiale probleme gekonseptualiseer en verstaan word en bied teenstelling vir tradisionele sielkunde se ahistoriese en akontekstuele benadering wat die belangrikheid van sosiale en politiese kontekste op geestesgesondheid ignoreer (Pretorius-Heuchert & Ahmed, 2001).

Wanneer die persoon in konteks verstaan word, kan die sielkundige beter sien hoe om die persoon te bemagtig om self tot oplossings te kom. Gemeenskapsielkunde is bemagtigend wanneer individuele en sistematiese verandering bevorder word (Lewis et al., 2003). Volgens Zimmerman (1995) funksioneer sielkundige bemagtiging deur intrapersoonlike, interaksionele en gedragskomponente. Die interaksionele komponent assesser hoe mense hulle sosiale omgewing verstaan en met hulself in verband bring. Interaksionele eienskappe is 'n persoon se vermoë om 'n kritieke verstaan te verkry van die kragte waarmee hulle die omgewing vorm. Die persoon moet kennis van die bronne en metodes om daardie bronne in werking te stel verkry. Individue word dus bemagtig om bronne binne die gemeenskap te identifiseer en beheer daarvoor te neem. Hierdie waarde van gemeenskapsielkunde komplimenteer die globale definisie van geestesgesondheid, en

ondersteun na die idee dat geestesgesondheid meer is as slegs die afwesigheid van geestesversteurings.

Die waarde van 'n sielkundige sin van gemeenskaplikheid word bevorder deur deelname en bemagtiging van gemeenskapslede. Die sielkundige probeer hierdie waarde implementeer deur 'n gevoel van 'om te behoort' tussen gemeenskapslede te skep (Duffy & Wong, 1996) sodat gemeenskapslede verantwoordelikheid vir hul eie gemeenskap kan neem. Gemeenskapsielkundiges gaan 'n gemeenskap binne nie as eksperte nie, maar as deelnemers in 'n veranderingsvennootskap. Die motivering agter dit is dat sosiale verandering die uitkomst van die lede van die gemeenskap self moet wees. Sielkundiges dien dus as katalisators van sosiale verandering (Montero, 1998). Edwards (1998) beskryf gemeenskapsielkunde as sielkunde met, deur en vir die gemeenskap - 'n sielkunde wat begin en eindig met die gemeenskap. Die regering ondersteun ook die waarde deurdat hulle klem lê daarop dat gemeenskappe aktief betrokke moet wees in die beplanning en implementering van geestesgesondheidsdienste (Department of Health, 1997).

Waar tradisionele sielkunde 'n kuratiewe aanslag het, neem gemeenskapsielkunde 'n voorkomende benadering in. Onderskeid word getref tussen primêre, sekondêre en tersiêre voorkoming. Primêre voorkoming is proaktief (Roos, Taljaard, & Lombaard, 2001) en probeer die gesondes gesond hou (Naidoo et al., 2003). Sekondêre voorkoming teiken vroeë identifikasie en behandeling van probleme (Lewis et al., 2003). Tersiêre voorkoming word spesifiek gemik op die vermindering van langtermynresultate van probleme (Roos et al., 2001). Gemeenskapsielkunde wag nie op kliënte om hulp te vra nie, maar gaan die gemeenskap binne, identifiseer risiko-groepe en probeer om geestesprobleme te voorkom.

Sosiale geregtigheid as waarde van gemeenskapsielkunde word gesien as 'n voorvereiste vir die vervulling van al die ander waardes (Prilleltensky & Nelson, 1997). Om enige vorm van sosiale geregtigheid te bewerkstellig is dit belangrik dat die sielkundige nie net die gemeenskapslede betrek nie, maar ook met ander organisasies binne en buite die gemeenskap skakel (Duffy & Wong, 1996). Wanneer die sielkundige nuwe bronne aan 'n gemeenskap verskaf, is hy/sy besig om sosiale geregtigheid te laat geskied. Die opleiding van die gemeenskapslede om die bronne effektief te gebruik is bemagtigend. Die effektiewe gebruik van bronne soos inligtingsentra en naskoolse aktiwiteite voorkom moontlike afwykende gedrag. Hierdie waarde is sonder twyfel die hoeksteen van al die waardes.

Sosiale geregtigheid is die direkte aktiewe verandering van sisteme, beleide en wette. Gemeenskapsielkunde poog dus om kwaliteit geestesgesondheidsdienste toeganklik te maak vir groepe en gemeenskappe wat voorheen teen gediskrimineer was. Sommige skrywers soos Prilleltensky en Nelson (1997) vind dat die beperkte benadering tot sosiale geregtigheid te kort skiet terwyl andere soos Fox (2003) meen dat dit te ver gaan. Hulle glo dat die implementering van hierdie waarde tot vinnige radikale sosiale verandering kan lei en nie alle mense is in staat om veranderinge te hanteer nie. Mense se gebrek aan aanpassingsvermoë kan lei tot ander sosiale probleme. Prinsloo (1998) het gevind dat baie Suid-Afrikaners van verskillende kulturele groepe aan trauma ly as gevolg van te veel en te radikale veranderinge in Suid-Afrika.

Gemeenskapsielkunde het ontstaan vanuit die behoefte om 'n relevante sielkunde te skep - 'n sielkunde wat ontstaan teen die onderdrukking van mense. Sosiale geregtigheid is dus sentraal tot die ontstaan van gemeenskapsielkunde, maar dit is belangrik dat gemeenskapsielkunde 'n goeie balans handhaaf in die implementering van al vyf sy waardes.

Gemeenskapsielkunde het amptelik in 1960 in Amerika tot stand gekom. Dit was 'n tydperk waarin Amerika sosiale en politieke veranderinge ondergaan het (Nelson & Prilleltensky, 2005; Seedat et al., 2004). Hierdie nuwe sielkundige paradigma het in die meeste lande ontwikkel in reaksie op onderdrukkende sisteme. Suid-Afrika is geen uitsondering nie. Die politieke, sosiale en

professionele klimaat in Suid-Afrika het gevra vir meer toepaslike dienste, die effektiewe gebruik van sielkunde in die geveg teen onderdrukking en 'n relevante sielkunde op toepassings, teorie en navorsingsgebiede (Ahmed & Pillay, 2004; Pretorius-Heuchert & Ahmed, 2001). Relevante toepassing sluit in die erkenning van die herkonstruksie van 'n nuwe Suid-Afrika met 'n diversiteit van kulture (Naidoo, 2000). Dit het op daardie oomblik grootliks verband gehou met sosiale geregtigheid en sosiale transformasie (Ahmed & Pillay). In die kombinasie van hierdie eise het sosiale verandering binne die veld van gemeenskapsielkunde 'n sentrale fokus ingeneem.

Suid-Afrika is nog steeds in die proses van transformasie, op politieke, sosiale en selfs geestesgesondheidsgebied. Gemeenskapsielkunde fokus op transformasie op die vlak van geestesgesondheid. Dit fokus ook daarop om kulturele en kontekstuele kongruensie in sielkundige dienslewering te bewerkstellig (Seedat et al., 2004).

Dit is debateerbaar of gemeenskapsielkunde wel voldoen aan die eise wat tot sy bestaan gelei het en of die tak van sielkunde wel sy sentrale doelwit van sosiale verandering bereik. Henderson (2004) voer aan dat terme soos “onpartydigheid”, “toeganklikheid” en “relevansie” algemene woorde binne transformasie in Suid-Afrika geword het. Geregistreerde beraders dien as die wiel van gemeenskapsielkunde (Kagee, Naidoo, & Van Wyk, 2003) en dus ook die bron van transformasie binne die dienslewering van sielkundige dienste in Suid-Afrika. Indien resultate van hierdie studie bewys dat die kursus nie die beplande uitkomst in terme van dienslewering bereik nie, mag die studie empiriese waarde heg tot verklarings soos die van Henderson (2004) dat transformasie huidiglik in Suid-Afrika slegs praat is.

3.4 Primêre gesondheidsorg

3.4.1 Konseptualisering van primêre gesondheidsorg binne die Suid-Afrikaanse konteks

Net soos in die geval van gemeenskapsielkunde is daar geen enkele definisie vir primêre gesondheidsorg nie (Coughlan, 1995). Coughlan argumenteer dat dit juis die konseptualisering van primêre gesondheidsorg is wat 'n struikelblok is tot effektiewe implementering daarvan. Indien jy

nie presies weet hoe primêre gesondheidsorg moet lyk nie en presies verstaan hoe dit geïmplementeer behoort te word nie, is primêre gesondheidsorg ook net weer 'n leë woord wat in transformasie gebruik word. Meeste Suid-Afrikaners gebruik dienste op hierdie vlak en dit is dus op primêre vlak waar transformasie ten opsigte van relevante dienslewering en toeganklikheid van dienste sigbaar moet wees.

Woody (1998) spreek sy kommer uit as hy vra of ons regtig weet hoe eersterangse primêre gesondheidsorg behoort te lyk. Sy vraag spruit uit 'n kommer dat daar te min navorsing oor of binne primêre gesondheidsorg gedoen word. Gask en Rogers (1998) beklemtoon Woody se bekommernis oor beperkte navorsing. Hulle bemoei hulself egter met geestesgesondheid binne die sektor en wonder wat die ruimte vir geestesgesondheidsnavorsing behoort te wees. Hulle voel dat ontwikkeling in geestesgesondheidsorg sy oorsprong in die primêre gesondheid sektor sal hê, daarom die belangrikheid van navorsing binne die sektor. Kan daar dus sonder effektiewe navorsing gesê word dat die regte behoeftes op die mees effektiefste manier aangespreek word?

Primêre gesondheidsorg behels egter die dienste wat hoofsaaklik deur die staat voorsien word, om seker te maak dat dienste bekostigbaar en toeganklik vir alle Suid-Afrikaners is. Dit sluit in publieke klinieke, distrikshospitale, geestesgesondheidsentrums, algemene gesondheidspraktiseerders, tradisionele genesers (Pillay & Lockhat, 2001), asook mobiele klinieke beman deur verpleegsters en oogkundiges wat na skole en ouetehuse gaan. Hierdie dienslewering verwys spesifiek na die gesondheidsdepartement se dienste wat direk met gesondheid verband hou. Dit is duidelik uit bostaande verduideliking dat dienste binne die primêre gesondheidsorg nie net deur die arm populasie van Suid-Afrika benut word nie.

Dit is volgens die WHO (2001a) die regering se verantwoordelikheid om na die geestes- en fisiese welstand van die bevolking om te sien en geestesgesondheidswetgewing in plek te sit. Die regering het met die begin van demokrasie besef dat dit 'n uitdaging sal wees om eerstens gesondheid te definieer en dan ook 'n omvattende pakket van dienste te voorsien. Met inagneming van armoede en werkloosheid in Suid-Afrika se gemeenskappe en die visie om dienste aan almal beskikbaar te stel

was daar beoog dat hierdie pakket kostevry sal wees regdeur die publieke primêre gesondheidsorg sisteem (Health Sector Strategic Framework, 1999-2004). Die suksesvolle verbetering en bevordering van die psigososiale welstand van alle gemeenskappe word gesien as 'n essensiële deel van die implementering van die Heropbou en Ontwikkelings Program (HOP). Erkenning word gegee aan Suid-Afrika se sterk nie-regerings organisasies en ander instansies soos die kerk en georganiseerde kinder-, jeug- en vroue-organisasies. Die regering ondersteun dus effektiewe samewerking met sulke eenhede (Department of Health). Die Geestesgesondheid en Substans Misbruik direktoraat is verantwoordelik om geestesgesondheidsdienste op nasionale vlak te herstruktureer en te integreer met die primêre gesondheidsorg asook om intersektorale koördinerings en 'n multidissiplinêre span-benadering te bevorder (Department of Health, 1997). Alhoewel geestesgesondheid die regering se verantwoordelikheid is, besef die regering dat hulle dit nie op hulle eie sal kan aanspreek nie. Dit wek wel kommer dat die staat moontlik te veel van sy verantwoordelikhede oorgee aan nie-regerings organisasies en ander instansies.

3.4.2 Geestesgesondheidsvoorkoming binne primêre gesondheidsorg

Indien behandeling van geestesgesondheidsprobleme net 'n kuratiewe doelwit sal hê sal geestesgesondheidsprobleme nie opgelos word nie (Nelson & Prilleltensky, 2005). Met 'n ratio van vier sielkundiges per 100 000 mense (WHO, 2001b) behoort 'n land soos Suid-Afrika hul fokus te plaas op voorkomende eerder as kuratiewe intervensies. Dit is op die primêre gesondheidsorg vlak waar die meeste mense bereik kan word (Freeman & Pillay, 1997; Gask & Rogers, 1998). Voorkoming het dus 'n essensiele aspek van geestesgesondheidsdienste op hierdie vlak geword.

Slegs 2.7% van die totale gesondheidsbegroting word op geestesgesondheid spandeer (WHO, 2001b) en daardie gesondheidsbegroting vorm 'n skrale 7.1% van die land se Bruto Nasionale Produk (WHO, 2001a). Weens die land se ekonomiese posisie en bydrae tot geestesgesondheid, is 'n voorkomingsbenadering meer relevant, gegewe dat voorkomingsintervensies meer koste effektief is as kuratiewe intervensies (Cowen, 1994). Voorkoming is populasie gebaseerd en dus sal meer mense bereik word deur voorkomingsintervensies as deur kuratiewe intervensies op primêre

gesondheidsorg vlak. Voorkomingsintervensies is nie net belangrik as gevolg van die land se tekort aan praktisyne en finansies nie, maar veral as gevolg van die land se hoë persentasie van mense wat aan 'n geestesversteuring lei. Van Wyk (2002) toon aan dat een uit vyf Suid-Afrikaners aan 'n geestesversteuring lei wat sy/haar funksionering beïnvloed. Daar is dus 'n groot behoefte vir voorkomingsintervensies op primêre, sekondêre en tersiêre vlak.

Voorkomingsdienste mik om gevalle van 'n spesifieke probleem onder 'n gegewe populasie te verminder (Lewis et al., 2003). Voorkomingsintervensies is in pas met die ekologiese oriëntasie van gemeenskapsielkunde. Indien sosiale probleme en moeilikhede die resultaat van 'n swak passing tussen 'n persoon se behoefte en omgewingsbronne is, kan dit voorkom word deur die bevordering van individue se bevoegdheid of deur die verbetering van die dienste beskikbaar in die gemeenskap. 'n Integrasie van dienste en vaardighede is dus baie belangrik wanneer 'n voorkomingsbenadering gevolg word.

Beginsels van primêre gesondheidsorg sluit in dat daar intersektorale samewerking is wat die bevordering van 'n gesonde lewenstyl en die bemagtiging van individue en gemeenskappe, met die doel om hul beheer oor hul gesondheid te gee of te bevorder, ten doel stel (Petersen, 2000). Om hierdie beginsels toe te pas is daar baie maal 'n integrasie tussen primêre dienste, wat skole en gemeenskapsorganisasies insluit, nodig. Alle dienste kan ingesluit word onder die breë vaandel van primêre sorg. Om geestesgesondheidsdienste meer toeganklik vir Suid-Afrikaners te maak, deur op die primêre gesondheidsorg te werk, is 'n integrasie met ander primêre sorg instansies noodsaaklik. Hierdie is 'n belangrike punt en daarom, soos Kotze (2005) argumenteer, kan 'n mens ook nie eintlik sê dat dienste nie op primêre vlak gelewer word as beraders in skole werk nie. Daar kan wel gesê word dat beraders nie in die gesondheidsdepartement werk nie.

3.4.3 Die samesmelting van geestesgesondheid met primêre gesondheidsorg

Ongeveer 24% van mense wat primêre gesondheidsdienste gebruik het 'n geestesversteuring (WHO, 2001a). Die mees algemene diagnoses binne primêre gesondheidsorg is depressie, angs en substansmisbruik-versteurings. Binne integrasie van geestesgesondheid en primêre gesondheidsorg

word die klem gelê op die opleiding van primêre gesondheidswerkers. Verpleegsters word opgelei in psigiatriese behandeling om toeganklikheid vir diegene met psigiatriese versteurings te verhoog. Hierdie verskynsel help egter nie om dienste vir diegene met nie-psigiatriese versteurings, wat algemeen op 'n primêre gesondheidsorg vlak voorkom, meer toeganklik te maak nie (Freeman & Pillay, 1997). Petersen (1998) argumenteer dat die opleiding van primêre gesondheidsorgpersoneel om psigiatriese versteurings te identifiseer en te behandel nie aan die visie van 'n omvattende en geïntegreerde primêre geestesgesondheid voldoen nie. Primêre gesondheidsorg personeel moet opgelei word om geestesgesondheidsdienste op 'n omvattende wyse aan te bied (Petersen, 1999). Hierdie omvattende benadering aanskou siektes as afkomstig van 'n interaksie tussen biologiese, kulturele, sielkundige en sosiale faktore (Petersen, 1999). Die subjektiewe ervaring van die siekte vir die persoon moet in berekening gebring word. Die konseptualisering van geestesgesondheid, asook die diskoerse wat gevolg word om geestesgesondheid aan te spreek, is essensieel binne die konteks. Die persepsie wat die gemeenskap en ander praktisyne aangaande geestesgesondheid dienslewering het speel ook 'n groot rol. Petersen (1998) stel 'n paradigma verskuiwing in die biomediese diskoerse voor. Psigiatrie is primêr die mediese manifestasie van geestesiektes (Petersen, 1999) en nie die bevordering van die bevolking se psigososiale welstand soos omskryf binne die breë visie van geestesgesondheidsorg nie (Petersen, 1998). Geestesgesondheid word breër gekonseptualiseer as psigiatriese sorg (Petersen, 2000; WHO, 2001a). Dit is belangrik om in ag te neem dat Suid-Afrika se gesondheidsorgsisteem histories biomediese sorg bevorder het. Die struktuur en organisering binne primêre gesondheidsorg mag die voorsiening van 'n omvattende benadering tot geestesgesondheid beperk (Petersen, 1999).

Ahmed en Pillay (2004) identifiseer 'n moontlike probleem binne die samesmelting. Hulle sien die moontlikheid dat geestesgesondheid dalk op die agtergrond geplaas mag word weens die groot behoefte aan fisiese sorg wat verpleegsters aandag aan moet gee. Verpleegsters voel oorwerk, gefrustreer en onbekwaam om te voldoen aan al die eise wat aan hulle gestel word (Petersen, 2000). Petersen (2004) is egter bekommerd oor die feit dat verpleegsters hulself met geestesgesondheid

moet bemoei. Sy voer aan dat geregistreerde beraders eerder moet omsien na geestesgesondheid binne gesondheidsorgsisteme. Daar word van primêre gesondheidsorg-verpleegsters verwag om dienste op 'n voorkomingsbasis te voorsien. Hierdie dienste sluit in om erge geestesversteurings te identifiseer en te verwys, om psigososiale probleme te hanteer deur probleemoplossingsberading en om nie-erge geestesversteuringe te hanteer (Petersen, 1999). Bogenoemde dienste wat verpleegsters veronderstel is om te verrig is presies waarvoor geregistreerde beraders opgelei is.

Kates, Crustolo, Farrar en Nikolaou (2001) maak melding van moontlike voordele wat die samesmelting van geestesgesondheidsdienste en primêre gesondheidsorg kan inhou indien beraders binne die sektor aangestel word. Die dokters het onmiddellike toegang tot geestesgesondheidsdienste terwyl hy betrokke bly in die sorg van die pasiënt. Die lading wat die versorging van die geestesgesondheid van die pasiënt op die dokter of verpleegster plaas word verlig. Die mediese personeel geniet ook ondersteuning van die beraders. Pasiënte vermy ook die stigma verbonde aan die sien van 'n berader indien sulke dienste by 'n primêre gesondheidsorg instansie beskikbaar is.

Strachan (2000) maak melding van 'n psigiatriese span bestaande uit psigiater, 'n sielkundige, arbeidsterapeut en 'n psigiatriese verpleegster. Die span lei verpleegsters op en sien verder pasiënte by die klinieke. Die geestesversteurde pasiënte kry hul medisyne by die kliniek een keer 'n maand. Hierdie tipes versteuring verskyn soms alleen of soms saam met 'n fisiese versteuring. Die vraag wat natuurlik nou ontstaan is of hierdie soort opleiding vir verpleegsters enigsins vergelyk kan word met die vier jaar van opleiding wat geregistreerde beraders ontvang het. Die afleiding kan gemaak word dat geregistreerde beraders beter toegerus is om voldoende, effektiewe beradingsdienste aan mense te lewer.

3.5 Sielkundige opleiding in Suid-Afrika

Beide die proses van opleiding, inhoud van modules asook wyse van aanbieding het 'n groot invloed op wat sielkunde vandag is. Die kwessie wat tans aandag geniet binne sielkunde in Suid-Afrika is die skewe raskurwe. Meer as 90% van kliniese sielkundiges in Suid-Afrika is wit (Pillay & Kramers, 2003). Die meeste kliniese sielkundiges is ook Afrikaans- of Engelsprekend. Indien hulle

wel 'n swart inheemse taal kan praat is dit gewoonlik onvoldoende vir konsultasie (Ahmed & Pillay, 2004). Dit is veral problematies aangesien 40.8% van Suid-Afrikaner se huistaal of IsiZulu of IsiXhosa is (Ahmed & Pillay). Hierdie statistieke bring struikelblokke binne dienslewering mee, deurdat dienste meestal aan wit middel-klas persone gelewer word. Dit laat dus die groter deel van Suid-Afrikaners sonder dienste. Professionele sielkundige opleiding neem nog steeds grootliks 'n Westerse aanslag aan. Dit bring mee dat opleiding soms irrelevant is tot Suid-Afrika se ryk, kultureel diverse en unieke konteks. Hierdie afdeling beoog dus om bogenoemde kwessies binne sielkundige opleiding te bespreek.

Apartheid het en speel nog steeds 'n groot rol in die huidige raskurwe binne die sielkunde (Pillay & Kramers, 2003; Seedat, 1998). 'Bantu education'² het gemaak dat swart mense of ontnem was van opvoeding of opvoeding op 'n baie laer graad as wit mense ontvang het. Sielkundiges soos Professor Tony Naidoo, ('n professor in gemeenskapsielkunde by Stellenbosch Universiteit) moes oorsee onderrig ontvang weens politieke faktore - soos professionele sielkundige opleiding wat slegs by 'n wit universiteit aangebied was (Naidoo, 2000). Huidiglik is daar geen beperkings tot onderig nie. Die impak van Apartheid op die opvoeding van swart Suid-Afrikaners toon vandag nog letsels. Dit is sigbaar deurdat studente van voorheenbenadeelde gemeenskappe soms sukkel om te voldoen aan die vereistes vir universiteitsprogramme. Sosiale faktore soos die afwesigheid van swart sielkundige rolmodelle in gemeenskappe speel ook 'n rol in swart studente se huiwerigheid om sielkundiges te word. 'n Bydraende faktor is die persepsie binne swart gemeenskappe dat sielkunde 'n wit beroep is.

Daar is 'n sterk verband tussen Apartheid en die finansiële implikasie van opleiding. Finansiële welstand kan sterk gekoppel word aan ras in Suid-Afrika. Tersiêre opleiding is duur. Akkommodasie en klasgeld kos ongeveer R25 000 per jaar. Baie swart studente oorweeg nie eers tersiêre opleiding nie. Hulle bevind hulself gewoonlik in finansiële situasies waar hulle nie eers

² "Bantu education"- verdeeldheid in terme van rasse binne die opvoedkunde institusies. Wetenskap en wiskunde was nie aangebied binne Bantu Education nie (Wikipedia, 2006).

kwalifiseer vir 'n lening nie. Hierdie implikasies kan 'n groot rol speel in die voorkoms van min swart sielkundiges (Seedat, 1998).

Die konseptualisasie van die professie is nog 'n moontlike faktor wat bydra tot die raskurwe binne die sielkunde (Seedat, 1998). Sielkunde word gesien as 'n wit professie. Swart mense is minder geneig om sielkundige hulp te vra weens hul verskillende wêreldsienings. Hulle is meer geneig om van tradisionele geestesgesondheidsmetodes gebruik te maak. Daar bestaan ook die siening dat die gemeenskap na homself kyk (Swartz, 1998).

Sielkundiges is geneig om dienste aan hul eie rassegroep te lewer. Dit is soms moeilik om die persoon in konteks te aanskou indien die terapeut glad nie vertrou is met die kliënt se kulturele agtergrond nie. Taal speel ook 'n groot rol in dienslewering omdat taal die basis is vir die grootste deel van assessering en behandeling in geestesgesondheid (Swartz, 1998). Die meeste kliniese sielkundiges word as onbekwaam beskou om die groter populasie van Suid-Afrika van dienste te voorsien (Pillay & Kramers, 2003) omdat hulle nie 'n Afrika taal kan praat nie (Ahmed & Pillay, 2004). By Stellenbosch Universiteit is Xhosa as verpligtende module vir die B.Psig student voorgeskryf vir beide hul eerste en tweede jare. Dit los egter nie die probleem op nie, want na twee jaar se Xhosa-klasse kan studente steeds nie die taal praat nie. Daar mag 'n persepsie wees onder wit studente dat hulle nie 'n swart taal hoef te verstaan nie, omdat hulle voel dat eerder swart vroue in gemeenskappe moet werk (Johnson, 2005).

Sielkunde is nie 'n aantreklike beroep vir 'n swart persoon in Suid-Afrika nie. Dit is moeilik om 'n privaat praktyk te handhaaf en sielkundiges in die publieke sektor word swak salarisse aangebied (Ahmed & Pillay, 2004).

Die Professionele Raad van Sielkunde (2002) probeer tans die probleem van rasse-ongelykheid in opleiding aanspreek met wetgewing dat professionele sielkunde programme 50% swart studente moet insluit. Ahmed en Pillay (2004) voel egter dat die skewe raskurwe binne die sielkunde nie net op seleksievlakke en deur die versekering van toegang by akademiese instansies aangespreek moet word nie. Volgens hulle reflekteer dit die sielkunde se onvermoë om op 'n substansiële manier

betrokke te raak by die rassekwessie. Intervensies moet op breër vlakke geskied. Dit is duidelik dat professionele bevoegdheid nie die enigste doel van opleidings programme en institusies moet wees nie. Opleidingsinstansies behoort volkome betrokke te raak by sosiale geregtigheid en sosiale transformasie binne Suid-Afrika (Ahmed & Pillay).

Hierdie probleem van dienslewering binne opleiding kan dus op verskeie maniere aangespreek word. Eerstens kan daar gewerk word aan die aanleer van Afrika tale vir studente, asook die werwing van swart sielkunde studente wat Afrika tale vlot kan praat. Tweedens moet daar gekyk word na die inhoud van die kurrikulum. Opleiding moet relevant wees vir die groter populasie van die land (De la Rey & Ipsier, 2004). Hickson en Kriegler (2001) voer aan dat sielkundige opleiding in Suid-Afrika opleiding in kruiskulturele sielkunde, beplanning en bestuur van dienslewering op 'n makro vlak asook primêre voorkomingsprogramme moet insluit.

Gegewe die groot behoefte aan berading in gemeenskappe of op primêre gesondheidsorg vlak, is daar min voorgraadse programme in Suid-Afrika wat gemeenskapsielkunde of sielkunde binne die primêre gesondheidsorg voorhou. Hierdie verskynsel kan dus lei tot sielkundiges wat nie die nodige vaardighede het om binne die raamwerk van gemeenskapgebaseerde sielkunde te praktiseer nie. Die gebrek aan vaardighede kan aanleiding gee tot weerstand teen gemeenskapsielkunde (Gibson et al., 2001). Sielkundiges gaan dus voort om te praktiseer in die area waarin hulle bekwaam voel, wat vir die meeste hoofsaaklik die individualistiese benadering is.

Dit is essensieel dat opleiding in gemeenskapsielkunde ten doel stel om studente te motiveer en te inspireer om sielkunde binne die gemeenskapskonteks toe te pas (Lesch, 1998). Studente voel dat gemeenskapsielkunde nie 'n roete is om te volg as jy 'n sielkundige wil word nie (Johnson, 2005). Die populêre roete is die van kliniese en voorligting sielkunde en tans is die meeste Suid-Afrikaanse sielkundiges onder die twee kategorieë geregistreer (Seedat, 1998). Hierdie verskynsel kan toegeskryf word aan die oormatige klem op voorligting, kliniese en opvoedkundige opleiding teenoor gemeenskapsielkundige opleiding op nagraadse vlak (Naidoo et.al., 2003; Seedat, 1998). Daar is tans geen aparte registrasie vir gemeenskapsielkundiges nie (Lesch, 1998). Die kliniese

sielkundige word opgelei om beide kliniese dienste en dienste in gemeenskappe te lewer. Ahmed en Pillay (2004) voel dat die uitdaging met klinies-gemeenskapsielkunde is om die balans meer na gemeenskapsielkunde te skyf. Volgens die HPCSA (2000) is daar 1734 geregistreerde kliniese sielkundiges, waarvan die meerderheid privaat praktiseer en dienste aan slegs 23% van die populاسie voorsien (Freeman & Pillay, 1997; Pillay & Petersen, 1996).

Hickson en Kriegler (2001) stel voor dat studente as deel van hul opvoeding betrokke moet wees by geestesgesondheidsgebaseerde gemeenskapstrukture. Respondente van Kotze (2005) se studie voel weer dat hulle universiteite hulle voorberei het om in die primêre gesondheidsorg sisteem te werk, maar dat hulle praktiese blootstelling beperk was en daar te veel klem op teorie geplaas was. Vir diegene wat nie die B.Psig kursus volg nie en slegs 'n BA graad met sielkunde as hoofvak studeer, is praktiese ervaring nie ter sprake nie. Nie eens op honneursvlak kry studente gestruktureerde praktiese ervaring nie. Ahmed en Pillay (2004) voer aan dat alhoewel studente praktiese ervaring op kliniese Meestersvlak opdoen, studente nie voorberei word om te werk binne die diversiteit van die land en veral nie binne die raamwerk van die primêre gesondheidsorg nie. In teenstelling met ander sielkunde programme dra die B.Psig program dus toenemend by tot Sielkunde-departemente se opleiding in terme van kontekstuele toepassing asook sosiale relevansie van die professie (Kagee et al., 2003).

Die B.Psig graad probeer wel bogenoemde kwessies aanspreek deurdat studente spesifiek onderrig word vir dienste in die primêre gesondheidsorg sisteem. Die kursus inkorporeer 'n Afrika taal en fokus op kruis-kulturele berading. Hierdie aanslag los in werklikheid nie die probleem op nie. Die meerderheid van B.Psig graduandi werk nie in die primêre gesondheidsorg sisteem nie (Kotze, 2005).

3.6 Die B.Psig kursus

'n Behoefte om vinniger sielkundige dienste binne gemeenskappe te kry het die B.Psig kursus tot stand gebring. Die B.Psig kursus sal egter in die jaar 2007 nie meer by die meeste universiteite aangebied word nie as gevolg van verskeie kontroversies rondom die kursus. Hierdie afdeling het

dus ten doel om vir die leser 'n omvattende agtergrond van die kursus te gee onder andere die doel van die kursus, wat die kursus behels en redes vir die ontstaan van die kursus. Daarna volg 'n oorsig rondom die kontroversies aangaande die kursus.

Die doel van die B.Psig kursus is om studente toelating tot registrasie as beraders met die Professionele Raad van Sielkunde (HPCSA) te gee. Verder moet hulle in staat gestel word om sielkundige dienste op 'n primêre gesondheidsorg vlak te lewer (Carolissen, 2005; Wentworth, 2003). Baie studente is egter oningelig van hierdie doel van die kursus. Sommige studente rapporteer dat hulle mislei voel, en dat hulle gedink het dat die B.Psig kursus 'n makliker roete is om 'n sielkundige te word (Kotze, 2005). Registrasie tot berader by die HPCSA verg dat B.Psig graduandi 'n raadseksamen moet aflê waarin die kandidaat 70% moet verkry. Kandidate met 'n gerigte honneurskwalifikasie en praktiese opleiding, gelykstaande aan die B.Psig graad, kwalifiseer ook om die raadseksamen te skryf en te registreer as 'n berader. Om die eksamen te kan aflê, moes die B.Psig- of honneursgraduandi ses maande praktiese opleiding, gelykstaande aan 720 ure, in die registrasieveld van voorkeur gedoen het (HPCSA, form 234). Hierdie velde sluit berading in die volgende fokusareas in: skool-, MIV/VIGS-, gemeenskap geestesgesondheid-, beroep-, trauma-, sport-, familie-, werknemers- welstand-, menslike hulpbronne- en pastorale berading (HPCSA, form 24 RC). Studente heg baie waarde aan die praktiese ure. Hulle voel egter dat die 720 ure nie voldoende is vir hul voorbereiding nie (Kotze, 2005).

Die B.Psig kursus is 'n voltydse vierjaar-program wat uit verpligte modules saamgestel is. By Stellenbosch Universiteit word hierdie vier jaar as volg verdeel. Die eerste jaar bestaan uit inleidende vakke vanuit verskeie velde, met die tweede jaar wat meer teoretiese gronding geniet. Hierteenoor bestaan die derde en vierde jaar slegs uit Sielkunde-modules. Die derde en vierde jaar verskil ten opsigte van 'n praktiese komponent wat in die vierde jaar gevolg word (Wentworth, 2003). Die formaat van die B.Psig kurrikulum binne die vierjarige opleiding verskil by verskillende universiteite, maar die kern inhoud word deur die HPCSA voorgeskryf.

Die kursus sluit modules in waarvan die kern inhoud die volgende is:

- Psigopatologie binne die konteks van gemeenskappe en primêre sorg,
- Beradingsvaardighede met die fokus op konteks-relevante modules,
- Vinnige assessering, diagnostiese formulering en besluitneming,
- Kwessies binne gemeenskap geestesgesondheidsdienslewering,
- Krisishantering,
- Verwysings,
- Etiek van sielkundige praktyk,
- Kruis-kulturele en kontekstuele kwessies in psigopatologiese voorstelling en diagnose en,
- Kruis-kulturele en kontekstuele kwessies in berading

(HPCSA, form 234).

B.Psig graduandi behoort dus, volgens Stellenbosch Universiteit se kursusuitleg (Departement Sielkunde, 2005), in staat te wees om 1) psigososiale probleme te verstaan en te identifiseer, 2) voorligting te verskaf aan persone met psigososiale probleme, 3) ernstige sielkundige probleme na meer toegeruste professionele persone te verwys, 4) psigometriese evaluering uit te voer, 5) groepsintervensie te doen, 6) psigo-opleidings programme te ontwerp, te implementeer en te evalueer asook 7) psigososiale probleme na te vors.

Universiteite verskil ten opsigte van die praktiese areas wat aangebied word. Stellenbosch Universiteit bied byvoorbeeld slegs die kategorie familie-, gemeenskap geestesgesondheid- en beroepberading aan. Die keuse van 'n praktiese area is van kardinale belang omdat kandidate slegs binne hul praktiese veld mag registreer. Dit plaas egter beperkings op beraders en kan as struikelblok dien in terme van werkseleenthede (Wilson, Richter, Durrheim, Surendorff, & Asafo-Agyei, 1999a). Alhoewel beraders oor 'n omvattende aantal vaardighede en kennis beskik, lei die spesifieke registrasie hulle om slegs binne 'n spesifieke konteks dienste te kan verrig.

Die dienste wat B.Psig graduandi kan verrig is essensieel tot Suid-Afrika omdat die land se politieke geskiedenis 'n groot invloed op Suid-Afrikaners se geestesgesondheid het. Dit is juis hierdie politieke omgewing wat die B.Psig kursus tot stand gebring het. Gegee die voorkoms van geweld, armoede en MIV/VIGS in die land kan daar verwag word dat Suid-Afrikaners se geestesgesondheid in 'n kritieke toestand kan wees (Kale, 1995). Daar is dus 'n groot behoefte aan sielkundige dienste in Suid-Afrika. Die probleem met betrekking tot dienslewering is egter kompleks omdat die oorgrote meerderheid van sielkundiges in die land wit is (Pillay & Kramers, 2003), en hoofsaaklik dienste aan middelklas wit mense lewer (Freeman & Pillay, 1997). Hierdie verskynsel vererger die probleem met dienslewering veral onder die swart bevolking wat 80% van die totale bevolking verteenwoordig (Statistics South Africa, 2006). Gevolglik ontstaan daar 'n behoefte om professionele persone gouer in die diensverskaffingsstelsel te kry (Wilson, Richter, Durrheim, Surendorff, & Asafo-Agyei, 1999b), asook om swart persone in die veld van sielkunde op te lei (Hickson & Kriegler, 2001; Pillay, & Kramers, 2003). Geregistreerde beraders, wat in terme van sielkunde as 'n middel-vlak registrasie beskou word, was as 'n moontlike oplossing vir die behoefte gesien (Hickson & Kriegler, 2001). Die B.Psig kursus was dus veral gemik daarop om nie-wit studente te werf (Duncan, Stevens, & Bowman, 2004).

Dit neem ten minste sewe jaar van opleiding voordat 'n persoon kan registreer as 'n sielkundige. Registrasie tot 'n sielkundige verg die voltooiing van 'n meestersgraad, een jaar internskap, een jaar van gemeenskapsdiens asook die suksesvolle aflegging van die raadseksamen (Professional Board of Psychology, 2003). In die verlede het dit meesterstudente langer as sewe jaar geneem, omdat baie studente by die aanvang van hul internskap nog nie hul proefskrif voltooi het nie. Die individue kan nie registreer sonder die voltooiing van die proefskrif nie en sonder registrasie kan hul nie praktiseer nie (Pillay & Kramers, 2003). Die beleid hieromtrent het onlangs verander. Vanaf November 2007 moet kliniese sielkunde studente hul tesis voltooi voordat hulle hul gemeenskapsjaar kan begin (Professional Board of Psychology, 2005). Dit mag nog altyd lank neem vir studente om die professionele opleiding te voltooi. Die verskil is dat kliniese sielkunde

studente na hul gemeenskapsdiens wel kan registreer met die HPCSA. Hierdie studente se proefskrifte sal dus al voltooi wees. Op hierdie manier mag studente gemotiveerd wees om so gou moontlik hulle proefskrifte af te handel en te registreer.

Die proses tot registrasie as berader behoort slegs vier jaar te neem in vergelyking met die sewe jaar om as sielkundige te registreer. Die vier jaar uitgangspunt sal 'n groter sekerheid gee dat sielkundige behoeftes en psigososiale dienste wel die populاسie bereik. Wilson et al. (1999b) argumenteer dat swak salarisse vir sielkundiges binne die publieke sektor bydra dat professionele sielkundiges, na sewe jaar se opleiding, privaat praktiseer. Hierdie geneigdheid onder sielkundiges bevorder nie die oplossing van die land se probleem van dienslewering binne die publieke sektor aan nie. Die uitgangspunt na vier jaar is dus essensieel tot die kwessie van dienslewering binne Suid-Afrika (Wilson et al., 1999b). Die B.Psig kursus hou egter die kwessie van dienslewering in 'n weegskaal deurdat baie B.Psig graduandi nie as beraders registreer nie (Elkonin & Sandison, 2006; Kotze, 2005).

Die bydra wat geregistreerde beraders kan maak binne dienslewering word ongelukkig nie in die werksektor besef nie (Wilson et al., 1999a). Dit word weerspieël deurdat (a) geregistreerde beraders salarisse gelykstaande aan leke-beraders aangebied word (Carolissen, 2005), (b) daar 'n tekort aan staatsbefondsde poste vir geregistreerde beraders is (Rock & Hamber, 2004) en (c) werknemers nie bewus is van die registrasie “geregistreerde berader” nie (Kotze, 2005) omdat die professie nie goed bemark word nie (Carolissen, 2005; Wilson et al., 1999a).

Australië volg egter 'n ander benadering tot registrasie. Australië het twee uitgangspunte. Eerstens kan 'n persoon na vier jaar as sielkundige registreer. Tweedens volg 'n meer gespesialiseerde sielkundige registrasie, soos die van kliniese-, beradings- en opvoedkundige sielkundige, na ses jaar (Lindegger, 1998). Die meeste van Australië se sielkundiges (vier jaar uitgangspunt) werk in die publieke sektor (Wilson et al., 1999b) in kontras met Suid-Afrika se sielkundiges en beraders (Kotze, 2005; Lindegger). In Engeland is daar 'n program in Birmingham wat spesifiek primêre geestesgesondheidswerkers oplei. Persone wat opgelei word moet graduandi van die sielkunde of

ander relevante dissiplines wees (Lester & Cooper, 2003). Om die huidige probleem van dienslewering effektief aan te spreek moet die aanslag van geregistreerde beraders dalk heroorweeg word binne Suid-Afrika. Daar sal dalk gekyk moet word na alternatiewe soos bogenoemde. Dit is egter van kardinale belang dat poste in ooreenstemming tot opleidingsprogramme en registrasies geskep word.

3.6.1 Kontroversies rondom die B.Psig kursus

Die spesifieke B.Psig-graad wat lei tot registrasie as berader, hou egter sekere probleme ten opsigte van werksgeleenthede, registrasie titel en dienste wat gelewer mag word in. Die middelvlak-registrasie word tans as oneffektief in die aspek van dienslewering beskou (Kotze, 2005). Dit wek sekere bekommernisse oor geestesgesondheid in Suid-Afrika. “Was die ontwikkeling van die B.Psig graad ’n vinnige oplossing tot gekonfronteerde probleme of ’n antwoord op ’n uitroep, ’n uitroep om dienste, ’n uitroep tot verandering?”, is die tipe vraag wat tans gevra moet word. Kontroversies aangaande die B.Psig kursus handel meestal oor transformasie en werkbesetting en sal dus onder hierdie twee subhoofde bespreek word.

3.6.1.1 Transformerende kontroversies

Duncan et al. (2004) redeneer dat geregistreerde beraders die behoeftes aan toeganklikheid van sielkundige dienste oënskynlik adresseer. Die sogenaamde voorheenbenadeelde gemeenskappe en primêre sorg diensgebruikers moet dus deur middel van die nuwe geregistreerde beraders bedien word met sielkundige dienste.

Volgens Suffla, Stevens en Seedat (1999) is die sielkunde beide intern en ekstern primêr verantwoordelik vir die handhawing van rassistiese ideologie binne Suid-Afrika. Die beroep probeer rasse-billikheid meebring deur die aantal swart mense wat dienste benut te verhoog asook om toegang tot professionele posisies binne die sielkunde vir swart mense te laat toeneem (Henderson, 2004). Worsteling in terme van verhoudinge binne die professie word egter nie met hierdie poging tot billikheid opgelos nie, maar eerder vererger. Duncan et al. (2004) redeneer dat dit

meestal swart studente sal wees wat na vier jaar beradingsdienste in gemeenskappe sal bied en hoofsaaklik wit studente wat as professionele sielkundiges binne die privaatsektor sal praktiseer. Kotze (2005) het egter gevind dat die meeste B.Psig graduandi vanuit haar studie wit was. Hierby moet in ag geneem word dat die meeste van die deelnemers in Kotze se studie, vanaf Stellenbosch Universiteit, wat hoofsaaklik wit is, afkomstig was. Kotze voer ook aan dat van die 70% wit B.Psig graduandi slegs 39% as beraders werk. Die statistiek vanaf die HPCSA gedateer 11 April 2006 toon egter aan dat 50% van geregistreerde beraders in die Wes-Kaap wit is. Indien alle geregistreerde beraders wel beradingsdienste in gemeenskappe lewer, is daar dan nie slegs swart beraders nie. Kotze toon aan dat die meeste wit respondente in die opvoedkunde sektor werk. Daar bestaan ook die moontlikheid dat wit studente nie in voorheenbenadeelde gemeenskappe sal werk nie omdat sielkunde studente voel dat die algemene persoon wat gemeenskapsielkunde betree swart moet wees (Johnson, 2005).

Die intra-professionele verhoudinge (verhoudinge binne die professie, soos tussen sielkundige en berader) in terme van rassediskriminasie word nie aangespreek nie en lei tot struwelinge binne die sielkunde (Suffla et al., 1999). Die B.Psig kursus dra op die oomblik by tot die dilemma omdat die moontlikheid nou ontstaan dat sielkundiges en beraders hul werksgebiede verdeel op die basis van kliëntedienste (Henderson, 2004). Hierdie moontlike verdeling van werksgebiede kan gesien word as slegs 'n ander vorm van ongelykheid in dienslewering. Kliënte wat vir dienste kan betaal sal professionele sielkundige dienste geniet en kliënte wat nie vir dienste kan betaal nie, sal slegs beradingsdienste verkry. Die segregasie van werksgebiede soos in bogenoemde geval bevestig die gevoel dat swart beraders slegs die swart bevolking moet bedien (Johnson, 2005).

Geregistreerde beraders kon met die aanvang van die kursus privaat gepraktiseer het. Hierdie beslissing het egter in 2003 verander (Henderson, 2004). Beraders kon toe slegs vir die staat, nie-regeringsorganisasies of gemeenskapsgebaseerde organisasies werk. Na 'n hofbevel in Junie 2005 was daar besluit dat geregistreerde beraders weer privaat mag praktiseer. Hierdie beslissing hou egter die gevaar in dat selfs beradingsdienste ontoeganklik mag wees vir die wat nie dienste kan

bekostig nie (Pienaar, 2005). Hierdie inkonsekwentheid van die Professionele Raad van Sielkunde rondom die kursus veroorsaak dat studente onseker is oor hul toekoms (Wentworth, 2003). Gevolglik het dit by sekere universiteite bygedra tot die afskaffing van die kursus (Annalie Pauw, Universiteit van Pretoria, persoonlike kommunikasie, 7 Junie 2006). B.Psig graduandi gee bogenoemde inkonsekwentheid tesame met 'n tekort aan werkseleenthede en geadverteerde poste as redes hoekom sommige nie die raadseksamen afgelê het nie (Elkonin & Sandison, 2006). Registrasie as beraders beteken nie baie vir die studente nie.

Die wetgewing wat die B.Psig graad ingestel het ten einde dienste op die primêre gesondheidsorg vlak te lewer kan op sigself bydra tot onvoldoende uitkomst. Sielkundiges mag dus redeneer dat daar alreeds voorsiening gemaak word vir dienste op die primêre gesondheidsorg vlak en dat daardie tipe dienslewering nie aan hulle toegeken word nie. Indien hierdie studie dus toon dat geregistreerde beraders nie binne die primêre gesondheidsorg sisteem werk nie, mag dit beteken dat die situasie van dienslewering erger as voorheen is.

Rock en Hamber (1994) voer drie redes aan waarom die B.Psig kursus nie sal werk nie: 1) die opleidings- en professionele model mag bestaande rasseverdeling en ongelykheid versterk, 2) die finansiële en menslike hulpbron-koste wat benodig word vir die opleiding is te groot, 3) en die tekort aan staatsbefondsde poste vir sielkundiges in die publieke sektor, tesame met met die opleiding van meer professionele persone, mag meer sielkundiges in die privaatsektor tot gevolg hê. Die probleme waarmee daar tans geworstel word was geantisipeer. Dit wil dus voorkom asof hierdie geantisipeerde kontroversies nie in berekening gebring was met die implementering van die kursus nie, en dat daar geen maatreëls in plek gestel was om die kontroversies te voorkom nie. Dit is ironies om te merk dat die probleme wat Rock en Hamber alreeds voor die aanvang van die kursus geïdentifiseer het, inderdaad nou die kern van die probleem is.

3.6.1.2 Kontroversies rondom werkbesetting

Net 59 beraders het al teen Februarie 2005 op nasionale vlak geregistreer ten spyte van die feit dat by Stellenbosch Universiteit alleen al 34 studente gegraduateer het. Carolissen (2005) skryf dit toe aan 'n refleksie van studente se gevoel dat die graad nie waarde het in terme van werkneming nie. Die feit dat die kursus nie goed gevestig is in die werksplek nie en dat dit nie goed bemark was nie, was van die vrese wat studente gehad het in 'n studie gedoen deur Wentworth (2003). Kotze (2005) bevestig hierdie vrese en het gevind dat in die meeste gevalle werkgewers nie bewus was van die kategorie Geregistreeerde Beraders nie. In kontras hiermee het 90% van B.Psig graduandi in die Wes-Kaap werk gevind, maar daar moet in ag geneem word dat baie van die werk nie beradingsdienste inhou nie (Kotze, 2005). Dit wil voorkom asof toegepaste vaardighede, in teenstelling met bloot akademiese kwalifikasie, meer belangrik word in die werksplek (Wilson et al., 1999a).

Na afloop van die raadseksamen in Februarie 2006 het daar teen Mei 2006 alreeds 181 B.Psig graduandi as beraders geregistreer. In die loop van slegs een jaar het die getal geregistreeerde beraders in Suid-Afrika verdriedubbel. Dit blyk asof die uitspraak tot die reg om privaat te mag praktiseer (Pienaar, 2005) bydraend kan wees tot die geweldige styging in die statistiek (Kotze, 2005). Indien die reg tot 'n privaatpraktyk wel die rede is vir die styging, veryd el dit die doel van registrasie as berader vir werk binne die primêre gesondheidsorg. Die beperkte aantal werksgeleenthede vir professionele sielkundiges in Suid-Afrika, soos aangedui in 'n studie gedoen deur Richter et al. (1998), dui daarop dat sielkunde 'n privaatpraktyk-professie geword het.

Wilson et al. (1999a) dui aan dat daar meer werksgeleenthede beskikbaar is vir mense met algemene kwalifikasies soos 'n BA-graad of honneurs in plaas van 'n spesifieke kwalifikasie soos die van 'n geregistreeerde berader of professionele sielkundige. Hulle voel egter dat daar wel 'n behoefte is vir die middel-vlak registrasie vir sielkunde, maar dat die naam geregistreeerde berader problematies kan wees. Dit skep die persepsie by die publiek dat geregistreeerde beraders slegs sielkundige dienste kan verrig. Die feit dat beraders onder 'n spesifieke kategorie of fokusarea

registreer (byvoorbeeld trauma of sport) vererger die beeld aan die publiek en werksektor dat hulle slegs oor sekere vaardighede beskik (Hickson & Kriegler, 2001). Carolissen (2005) maak ook melding van die feit dat geregistreerde beraders as gevolg van die benaming “geregistreerde beraders” telkens verwar word met leke-beraders. Nie-staatsorganisasies is dus geneig om beraders ’n salaris gelykstaande aan die van leke-beraders te betaal. Hierdie verwarring dui ook daarop dat die registrasie nie erken word nie (Elkonin & Sandison, 2006). Die term berader mag ook die gaping in status tussen geregistreerde berader en geregistreerde sielkundige versterk (Henderson, 2004). Alternatiewe soos “sielkundige berader” word tans oorweeg (Professional Board of Psychoogy, 2005).

Daar moet weer besin word oor die huidige uitkomst van die B.Psig kursus. Produseer hierdie kursus wel mense wat sielkundige dienste binne die primêre gesondheidsorg lewer? Spreek hierdie kursus wel die probleem van dienslewering binne gemeenskappe aan? Is die afskaffing van die kursus die enigste uitweg, of kan die verskeie kontroversies rondom die kursus uitgesorteer word?

3.7 Hoofstuk opsomming

Daar word saamgestem dat geestesgesondheid nie slegs die afwesigheid van geestesversteurings is nie, maar dat dit ’n holistiese gesonde lewe voorhou. Gemeenskapsielkunde, wat bes beskryf kan word binne sy waardes (wat voorkoming, bemagtiging, ’n ekologiese perspektief, ’n sin van gemeenskaplikheid en sosiale geregtigheid insluit), poog om op relevante maniere ’n holisties gesonde lewe te bevorder vir alle Suid-Afrikaners. Deur die implimenterig van hierdie waardes dien sielkundiges as katalisators van sosiale verandering.

Gemeenskapsielkunde funksioneer die beste op ’n primêre gesondheidsorg vlak. Primêre gesondheidsorg binne die Suid-Afrikaanse konteks behels die dienste wat hoofsaaklik deur die staat voorsien word. Dit sluit in publieke klinieke, distrikshospitale, geestesgesondheid sentrums, algemene gesondheidspraktiseerders en tradisionele genesers. Dit is op hierdie vlak wat die meeste Suid-Afrikaners vir dienste kom, en dit is dus die mees relevante vlak om meer energie in te stoot. Voorkomingsdienste is essensieel op hierdie vlak omdat daar ’n tekort aan bronne, beide menslike

en ander is. Daarom dan die besluit om geestesgesondheid te inkorporeer binne primêre gesondheidsorg, waarbinne geregistreerde beraders 'n groot rol behoort te vervul.

Professionele sielkundige opleiding neem nog steeds grootliks 'n Westerse aanslag aan wat problematies is vir die relevansie van opleiding vir die Suid-Afrikaanse konteks. Die skewe raskurwe binne die sielkundige professie hou verskeie probleme met betrekking tot dienslewering in. Sielkunde is onaantreklik vir baie swart studente omdat dit beskou word as 'n wit beroep en ook omdat salarisse onvoldoende is. Die professie het ook 'n tekort aan swart rolmodelle en tersiêre opleiding is soms onbekostigbaar vir baie voornemende swart studente. Die werwing van swart sielkundige studente is dus kardinaal, maar 'n effektiewe werwingsprogram ontbreek steeds.

Die B.Psig kursus was geskep om dienste vinniger in gemeenskappe te kry. Die kursus word sedert die jaar 2007 nie meer by baie universiteite aangebied nie. Daar is verskeie kontroversiële kwessies rondom die kursus in terme van transformasie en werkbsetting. Dit is ook nie duidelik of die kursus wel voorspelde doelwitte bereik het nie.

Die B.Psig kursus was in hierdie hoofstuk bespreek binne die konteks van gemeenskapsielkunde en primêre gesondheidsorg in Suid-Afrika. Die inligting in die hoofstuk behoort vir die leser 'n meer insiggewende perspektief te gee oor moontlike strukturele verklarings vir die resultate gevind in die studie. Redes vir die huidige werkbsettingspatrone van geregistreerde beraders in Suid-Afrika asook die demografie van praktisyne binne die sielkunde professie kan moontlik gestaaf word met die inligting wat verskaf was binne die hoofstuk

HOOFSTUK VIER

METODOLOGIE

4.1 Inleiding

'n Oorsig van die metodologie gebruik in die studie sal as volg bespreek word. Die breë doelstellings van die studie en die navorsingshipotese sal deurgegee word, asook die spesifieke navorsingsvrae. Die navorsingsontwerp (wat 'n bespreking van die huidige konteks van die B.Psig graad in Suid-Afrika insluit), die teikenpopulasie, steekproef, instrumente, analise, etiek asook die beduidendheid van die studie sal behandel word.

4.2 Doelstellings van die studie

Hierdie studie beoog om die werkbsettingspatrone van die geregistreerde beraders op 'n nasionale vlak vas te stel. Dit het ten doel om te kyk of die B.Psig kursus sy beoogde uitkomst van opleiding van beraders vir 'n primêre gesondheidskonteks bereik het.

4.3 Navorsingshipotese

In hierdie studie word die volgende hipotese nagevors:

Die werkbsettingspatrone van geregistreerde beraders dui daarop aan dat geregistreerde beraders nie effektief die geestesgesondheidsbehoefte op primêre gesondheidsorg vlak en die ongelyke situasie ten opsigte van toegang tot dienste adresseer nie.

4.4 Navorsingsvrae

Die volgende kwantitatiewe en kwalitatiewe vrae dien as raamwerk vir die strukturering van resultate van die studie:

4.4.1 Kwantitatiewe vrae

- Wat is die werkbsettingspatrone van beraders?
- Is daar 'n verhouding tussen ras en werkbsettingspatrone?

- Is daar 'n verhouding tussen geslag en werkbesettingspatrone?
- Is daar 'n verhouding tussen taal en werkbesettingspatrone?
- Is daar 'n verhouding tussen die universiteite waar die graad voltooi was en werkbesettingspatrone?
- Is daar 'n verhouding tussen ras en die periode voordat werk gekry was?
- Is daar 'n verhouding tussen geslag en die periode voordat werk gekry was?
- Watter werksektor geniet voorkeur onder beraders?
- Wat is die gemiddelde salaris van werkende beraders?

4.4.2 Kwalitatiewe vrae

- Wat is beraders se persepsie van die B.Psig graad in verhouding tot werksgeleenthede?
- Is daar 'n verband tussen werkbesettingspatrone en die verskil tussen beraders se persepsie van die status van sielkundiges en die status van beraders?
- Is werkgewers bewus van die kwalifikasie “geregistreerde berader”?
- Wat is die geneigdheid onder beraders om verdere studies in sielkunde voort te sit?
- Wat is beraders se persepsie oor 'n moontlike herstrukturering van die graad wat lei tot registrasie as berader?
- Wat is beraders se persepsie oor die praktiese aspek van hul opleiding in terme van motivering om te werk binne die konteks van primêre sorg?
- By nadenke, sou beraders 'n graad anders as B.Psig wou doen?
- Voel beraders dat die B.Psig graad hulle voorberei het vir werk binne die primêre gesondheidsorg sektor?
- Wat was beraders se oorspronklike motivering met die inskryf vir die B.Psig kursus?

- Wat was beraders se ervaring in terme van hul opleiding en hul soektog na werk?
- Wat is beraders se persepsie van werk binne die primêre gesondheidsorgsisteem?
- Watter vaardighede dink beraders is nodig om binne die primêre gesondheidsorg sisteem te kan werk?
- Dink beraders dat die B.Psig graad belangrik is binne die Suid-Afrikaanse geestesgesondheidskonteks? Hoekom?

4.5 Navorsingsontwerp

4.5.1 Inleiding

Die konteks van die B.Psig graad in Suid-Afrika sal in hierdie afdeling van die tesis bespreek word omdat daar geen voldoende literatuur oor hierdie tema beskikbaar is nie. Die area is nog nie nagevors nie. Inligting was by wyse van 'n kort e-pos vraelys en semi-gestruktureerde telefoniese onderhoude met die onderskeie B.Psig koördineerders van die verskillende universiteite verkry. Inligting verkry sluit in: wanneer die kursus by die universiteit begin het; of die kursus nog steeds bestaan; redes vir die voortgaan of afskaffing van die kursus; watter fokusareas die universiteit aanbied; asook die aantal graduandi wat die universiteit tot dusver opgelewer het. Die skrywer aanskou dit as belangrike informasie vir die ontleding van resultate – resultate soos die area van registrasie, deelnemers se opinie oor of hulle voldoende opgelei was om in die primêre gesondheidsorg sektor te werk en die beduidendheid van die 181 beraders op nasionale vlak. Die respons van B.Psig koördineerders was egter nie so goed soos die van die geregistreerde beraders nie. E-posse is nie altyd beantwoord nie, selfs nadat die navorser dit telkemale gestuur het. Dit was ook moeilik om B.Psig koördineerders telefonies in die hande te kry. Nietemin was daar wel 'n paar wat terugvoer gegee het.

4.5.2 Huidige konteks van die B.Psig kursus

Dit is duidelik dat areas vir registrasie beperk is tot die universiteit waarby die betrokke kandidaat gegradueer het, siende dat die fokusareas van die onderskeie universiteite verskil. Pretoria

Universiteit het byvoorbeeld die fokusarea van 'Kind in die skool', (Annalie Pauw, persoonlike kommunikasie, 7 Junie 2006) en die Universiteit Vrystaat het die fokus area 'Skoolberading' (Luzelle Naude, persoonlike kommunikasie, 20 Junie 2006). Hierdie fokusareas word byvoorbeeld nie by, onder andere, die Universiteit van Stellenbosch aangebied nie (Ronelle Carolissen, persoonlike kommunikasie, 7 Augustus 2006). Die kursus sal nie meer by enige een van die drie universiteite in 2007 aangebied word nie. Redes vir die afskaffing van die kursus sluit die feit dat die kursus arbeidsintensief en finansieël uitputtend is, asook die inkonsekwentheid rondom besluitneming vanaf die beroepsraad in. Carolissen (persoonlike kommunikasie, 7 Augustus 2006), maak selfs melding van die feit dat die kursus nie sy doel bereik deurdat graduandi nie werk kry in die primêre gesondheidsorg nie. Sy sê ook in haar ervaring dat die meeste studente nie die kursus kies om 'n berader te wees nie, maar omdat hul dit sien as 'n kursus wat hul makliker toegang tot die professionele opleiding om sielkundige te word, gaan gee.

Die Universiteit van die Vrystaat gaan vanaf 2008 ook nie meer die B.Psig program aanbied nie. Die huidige twee programme, honneurs en B.Psig, sal gekonsolideer word. Een van die redes verskaf vir hierdie besluit sluit arbeidsintensiwiteit in. Die honneursprogram sal dus modules insluit wat slegs binne die B.Psig program aangebied was. Daar sal ook geleenthede geskep word binne die honneursprogram vir gemeenskapdiensleer en alle honneursstudente sal dieselfde akademiese modules voltooi. Indien 'n student na die afloop van sy honneursjaar as berader wil registreer maak die universiteit dit wel moontlik vir kandidate om na die afloop van hul honneursjaar aansoek te doen vir die gelykstaande kwalifikasie van B.Psig. 'n Internskap vir 'n maksimum van tien studente per semester sal deur die universiteit gemonitor word. Hierdie studente sal aan die einde van hul internskap toegelaat word om die raadseksamen te skryf. Hierdie voorgestelde program word deur die departement Sielkunde van die Universiteit van Vrystaat voor aansoek gedoen vir akkreditering (Department of Psychology University of the Free State, n.d.).

Die Nelson Mandela Metropolitan Universiteit het tussen 2002 en 2004, 84 graduandi opgelewer (Elkonin & Sandison, 2006). Tesame met die bogenoemde drie universiteite was daar al ongeveer

213 B.Psig graduandi opgelewer. Dit skep die gevolgtrekking dat baie van die B.Psig graduandi nie registreer as beraders by die HPCSA nie, omdat net 181 tot dusver geregistreer het. Redes aangevoer deur B.Psig graduandi van die Nelson Mandela Metropolitan Universiteit sluit die feit dat die Beroepsraad nie 'n besluit kon maak oor privaatpraktyk nie, beperkte werksgeleenthede en geadverteerde poste in beide die privaat en publieke sektor in. Vir hulle is dit dus 'n mors van tyd om die beroepsraad eksamen te skryf (Elkonin & Sandison, 2006).

4.5.3 Bespreking van die navorsingsontwerp

Die beste navorsing kombineer die eienskappe van beide kwantitatiewe en kwalitatiewe navorsing (Neuman, 2000). Die studie is ook dan beide kwantitatief en kwalitatief van aard.

Hierdie studie bestaan uit 'n opname-navorsingsontwerp. Neuman (2000) beskryf hierdie tipe ontwerp as 'n proses waarin 'n navorsingsprobleem of vraag in vraelyste omgeskakel word. Die deelnemers se antwoorde op die vrae word gebruik om data te skep. Dit is een van die mees bekende en mees algemeen gebruikte tegnieke (Miller & Brewer, 2003).

Binne die opname navorsingsontwerp gaan daar gebruik gemaak word van 'n algemene kruis-seksionele ontwerp. Hierdie ontwerp behels die administrering van die vraelys teenoor die steekproef. Data word ingesamel, geïnterpreteer en geanaliseer op die eienskappe soos dit tydens die tyd van die opname gemeet word. Deelnemers sal slegs een keer die vraelys kry om in te vul en die data sal verwerk word volgens die konteks en kondisies van die tyd van die opname (Graziano & Raulin, 2004).

Daar was van 'n pos opname gebruik gemaak. Voordele van 'n pos opname sluit in dat dit 'n baie goedkoop manier is om data in te samel. Aangesien hierdie studie 'n nasionale studie is, vind dit baat uit 'n pos opname, omdat dit 'n wye geografiese area kan dek (Neuman, 2003) en dus data van 'n relatiewe groot aantal mense kan insamel (Miller & Brewer, 2003). Pos opnames bied ook anonimiteit aan respondente en vermy vooroordeel wat met onderhoude gevorm kan word.

Hierdie metode van data insameling het ook 'n aantal nadele wat in berekening gebring moet word. Die grootste nadeel van pos opname is die lae persentasie van deelnemers wat reageer. Neuman (2000) reken dat 'n respons persentasie van 10% tot 50% algemeen is vir pos opname studies. Sulke lae respons persentasies is problematies in die sin dat dit moeilik is om data te veralgemeen. Dit mag wees dat diegene wat wel gereageer het 'n heeltemal ander mening het as die wat nie gereageer het nie (Neuman, 2000). Die navorser moet dus bewus wees van moontlike respons vooroordeel.

Indien die teikenpopulasie van die studie hoogs akademies opgevoede persone is wat belangstel in die onderwerp, kan jy moontlik 'n hoër responspersentasie verwag. Vir hierdie spesifieke studie was deelnemers hoogs akademies en belangstellend in die onderwerp. Verder moet daar seker gemaak word dat die vraelys persoonlik aan die deelnemer geadresseer word en dat 'n kovert met seël en korresponderende adres saam met die vraelys gestuur word. Die navorser het in hierdie studie egter nie vraelyste persoonlik aan deelnemers uitgemaak nie weens die finansiële- en tydsbepanking waaraan die studie onderwerp was. Indien moontlik kan die navorser telefonies eers die deelnemers probeer wen, en aan nie-responderende deelnemers herinneringsbriewe stuur. Dit was egter nie moontlik om die voornemende deelnemers se telefoonnommers te kry nie en kon die navorser dus nie hierdie voorsorgmaatreël tref nie. Die navorser het wel herinneringsbriewe met vraelyste aan alle deelnemers uitgestuur met die instruksie dat deelnemers wat alreeds gereageer het nie weer moet reageer nie. Die anonimiteit van vraelyste het dit moeilik gemaak vir die navorser om te kan onderskei tussen diegene wat gereageer het teenoor die wat nie gereageer het nie. Daar moet ook seker gemaak word dat vraelyste nie te lank is nie en dat dit netjies en aantreklik is (Neuman, 2003). Die vraelys het uit agt bladsye bestaan en kon 'n bietjie lank voorgekom het (Neuman, 2000). Daar was egter net een en twintig vrae insluitend sekere seksies wat deelnemers nie moes invul nie, afhangend van hul werkstatus. Die navorser het wel die vraelys in beide Engels en Afrikaans beskikbaar gemaak en respondente kon kies in watter taal hul wou reageer. 'n Ander nadeel van die pos opname is dat die navorser nie die konteks of situasie waarbinne respondente die vraelyste invul kan beheer nie. Terselfdertyd kan reaksies op vrae nie waargeneem word nie en niemand is

teenwoordig om vrae uit te klaar nie. Dus moet vrae duidelik gestel word en die vraelys in 'n duidelike formaat opgestel word.

Vir die doeleindes van hierdie navorsing het die navorser besluit om van 'n insentief/aansporing gebruik te maak om die responsentasie te probeer verhoog (Neuman, 2000). Die insentief het bestaan uit 'n R250 boek-geskenkbewys. Deelnemers moes hul telefoonnommers op die vraelys aandui vir hierdie doel. Die telefoonnommers was in 'n prystrekking geplaas. Die wenner was telefonies gekontak, en hoef onder geen omstandighede sy/haar naam bekend te maak het nie. Die navorser het die deelnemer as 'geregistreerde berader' aangespreek.

4.6 Teikenpopulasie

Die teikenpopulasie is die groep waarin die navorser geïnteresseerd is (Graziano & Raulin, 2004). Alle geregistreerde beraders in Suid-Afrika tot op 23 Mei 2006, het as die teikenpopulasie vir die studie gedien. Data (getal beraders en adresse) is van die Gesondheidsberoepsraad van Suid-Afrika (HPCSA) verkry.

4.7 Steekproef

Die steekproef verwys na die selektering van deelnemers. Die steekproef was geneem uit alle beraders wat vanaf Februarie 2003 tot Februarie 2006 by die beroepsraad geregistreer het. Die hele populasie geregistreerde beraders in Suid-Afrika het gedien as die steekproef. Daar is op 'n nasionale vlak 181 geregistreerde beraders in Suid-Afrika volgens statistiek verkry vanaf die HPCSA op 23 Mei 2006. Die provinsiale verdeling van die steekproef is as volg: Gauteng 85 (47%), Wes-Kaap 35 (19%), Ooskaap 22 (12%), Kwazulu Natal 20 (11%), Vrystaat 6 (3%), Noord Kaap 4 (2%), Noordelike Provinsie 4 (2%), Mpumalanga 3 (2%), en die Noord Westelike provinsie 2 (1%). Die rasseverdeling van meerderheid tot minderheid is: 109 (60%) wit, 37 (20%) swart, 14 (8%) indiër, 17 (9%) kleurling en 4 (2%) ongespesifiseer. Daar is in totaal 16 (9%) mans en 165 (91%) vroue. Die doel van 'n opname is om te kan veralgemeen vanaf die steekproef na die populasie (Miller & Brewer, 2003). Die resultate van die studie sal dus volkome veralgemeenbaar

wees indien alle deelnemers gereageer het. Hierdie gewensde respons is natuurlik ongewoon vir pos opname studies. Daar was egter 'n baie hoë respons tot die studie (43%). Die voorsorg wat die navorser getref het met betrekking tot pos opname kan oorweeg word as moontlike rede vir die hoë respons. Die navorser voel egter dat die hoë respons moontlik volg omdat geregistreerde beraders uiting wou gee aan hul gevoelens rondom die kursus en hierdie studie 'n goeie platform was om dit te kon doen.

Die volgende tabelle toon 'n vergelyking tussen Kotze (2005) se respondente en die van die betrokke studie teenoor die steekproef aan. Vergelykings word gemaak in terme van ras, geslag, taal en provinsiale verspreiding

Tabel 1

Vergelyking Tussen Kotze (2005) se Respondente (n=23) en die van die Betrokke Studie (n=77) Teenoor die Nasionale Steekproef (n=181) in Terme van Ras.

Ras	B.Psig graduandi in die Wes-Kaap (Kotze, 2005)	Geregistreerde beraders in Suid-Afrika (respondente van huidige studie)	Populasie van geregistreerde beraders in Suid-Afrika (steekproef-HPCSA)
Wit	52%	72%	60%
Kleurling	35%	11%	9%
Swart	0%	9%	20%
Indiër	9%	7%	8%
Ander	4%	1%	2%
Totaal	100%	100%	99%

Tabel 2

Vergelyking Tussen Kotze (2005) se Respondente (n=23) en die van die Betrokke Studie (n=77) Teenoor die Steekproef (n=181) in Terme van Geslag.

Geslag	B.Psig graduandi in die Wes-Kaap (Kotze, 2005)	Geregistreerde beraders in Suid-Afrika (respondente van huidige studie)	Populasie van geregistreerde beraders in Suid-Afrika (steekproef-HPCSA)
Manlik	9%	9%	9%
Vroulik	91%	91%	91%
Totaal	100%	100%	100%

Tabel 3

Vergelyking Tussen Kotze (2005) se Respondente (n=23) en die van die Betrokke Studie (n=77) in Terme van Taal.

Taal	B.Psig graduandi in die Wes-Kaap (Kotze, 2005)	Geregistreerde Beraders in Suid-Afrika (respondente van huidige studie)
Engels	65%	53%
Afrikaans	35%	38%
Noord-Sotho		4%
Zulu		3%
Xhosa		1%
Setswana		1%
Totaal	100%	100%

Tabel 1 dui daarop dat die demografie van die respondente teenoor die populasie min of meer dieselfde is. Die oorgrote deel van die respondente is, soos die populasie, wit en vroulik. Die respondente dien, in terme van ras, as 'n akkurate verteenwoordiging van die totale populasie van

geregistreeerde beraders in Suid-Afrika. Laasgenoemde is ook van toepassing ten opsigte van geslag (sien Tabel 2). Moontlike vooroordele van die respondent met betrekking tot die twee bogenoemde veranderlikes kan dus uitgeskakel word. Tabel 3 visualiseer die ongelyke verspreiding van professionele persone binne die sielkunde ten opsigte van taal. Hierdie drie veranderlikes, ras, geslag en taal, is belangrik in terme van dienslewering en sal dus in Hoofstuk 5 as sulks bespreek word.

Tabel 4

Vergelyking Tussen die Provinsie waarin Geregistreeerde Beraders (n=181) Geregistreeer het Teenoor die Provinsie waarin Respondente (n=77) Geregistreeer het en die provinsie waarin Respondente (n=61) Werk.

Provinsie	Provinsie Geregistreeer populasie	Provinsie Geregistreeer respondente	Provinsie Werk respondente
Oostelike Provinsie	12%	18%	19%
Vrystaat	3%		3%
Gauteng	47%	49%	48%
KwaZulu Natal	11%	11%	8%
Mpumalanga	2%		3%
Noord-Wes	1%	5%	2%
Noord-Kaap	2%		2%
Noordelike Provinsie	2%		
Westelike Provinsie	19%	16%	11%
Ander/ Buitelanders			5%
Totaal	99%	99%	101%

Tabel 4 dui daarop dat daar nie juis 'n verskuiwing van provinsie is in terme van werk nie. Min of meer dieselfde persentasie respondente werk in dieselfde provinsie as waarin hulle geregistreeer het.

Respondente is ook ooreenkomstig met die populasie in terme van die veranderlike ‘provinsie’ geregistreer. Dit blyk dat die meeste beraders en respondente in die provinsie werk waar hulle hul graad gekry het.

Tabel 5

Vergelyking van Werkbesettingspatrone ten opsigte van Sektore Waarin Graduandi (Kotze, 2005) (n=19) en Beraders (n=61) Werk

Sektore	B.Psig graduandi in die Wes-Kaap (Kotze, 2005)	Geregistreeerde beraders in Suid-Afrika (respondente van huidige studie)
Opvoedkunde	21%	34%
Privaat	32%	31%
Gemeenskap/NRO	42%	20%
Gesondheid	0%	8%
Ander	5%	7%
Totaal	100%	100%

Daar is ’n duidelike ooreenstemming van werkbesettingspatrone tussen die respondente van Kotze (2005) se studie en die huidige studie. Slegs agt persent van geregistreeerde beraders op nasionale vlak werk binne die gesondheidsorg sektor waarvoor hulle opgelei is. Die meerderheid werk in die opvoedkunde sektor en privaatsektor onderskeidelik. Hierdie persentasies het ’n groot impak op dienslewering binne die Suid-Afrikaanse konteks. Data vanuit hierdie tabel sal dus onder dienslewering binne die volgende hoofstuk volledig bespreek word.

Tabel 6

Vergelyking van Jaarlikse Salarisse Verdien deur B.Psig Graduandi (Kotze, 2005) (n=19) en Geregistreeerde Beraders (n=61)

Salarisse	B.Psig graduandi in die Wes-Kaap (Kotze)	Geregistreeerde Beraders in Suid-Afrika (respondente)
R0- R40 000	58%	32%
R40 000-R80 000	26%	40%
R80 000-R120 000	5%	16%
Meer as R120 000		12%
Totaal	99%	100%

Ongeveer 75% van beide studies se respondente verdien R6 000 of minder per maand na 'n vierjarige universiteitsopleiding. Meer as 50% van Kotze (2005) se respondente verdien minder as R3 000 per maand. Hierdie salarisse reflekteer op sommige van die kontroversies rondom die B.Psig kursus. Dit kan ook 'n impak hê op redes vir die afskaffing van die kursus, hoekom respondente in die onderskeie sektore werk, asook hoekom sommiges nie weer die kursus sal kies nie. 'n Volledige bespreking van die laasgenoemde punte sal binne die volgende hoofstuk bespreek word.

4.8 Prosedures

Data was geanaliseer vir frekwensies met behulp van die statistiese program, Statistica. Daarna was Chi-kwadraat analise tussen betrokke veranderlikes gedoen. Tematiese of konseptuele inhoud analise was vir die kwalitatiewe deel van die studie gebruik. Die term konseptuele inhoud analise sal as volg gebruik word omdat dit meer aanvaarbaar onder navorsers is (Babbie & Mouton, 2001). Inhoud analise is 'n tegniek waar die inhoud van 'n teks geanaliseer en beskryf word (Miller & Brewer, 2003; Neuman, 2000). Inhoud in hierdie studie sal verwys na die woorde, betekenis, idees en temas wat sal spruit uit die teks. Die teks verwys na die geskrewe antwoorde van

deelnemers op die oop vrae wat deel uitmaak van die kwalitatiewe gedeelte van die vraelys. Inhoud analise verg agt stappe, naamlik: om te besluit op die vlak van analise; hoeveel konsepte om voor te kodeer; kodering vir die bestaan of frekwensie van konsepte; hoe om te onderskei tussen konsepte; opstel van reëls vir die kodering van tekste; en besluit wat jy moet doen met irrelevante informasie. Kodering is 'n proses waar sekere segmente van die teks aangeheg word tot sekere betekenisvolle kodes. Dit skakel sekere gedeeltes van 'n teks, wat veranderlikes voorstel, om in getalle (Neuman, 2000). Dit behels die lees en herlees van die teks, om sin te probeer maak van die patrone en temas wat opduik en analise van die resultaat (Babbie & Mouton, 2001).

4.9 Instrumente

Self-ontwerpte vraelyste gebaseer op Kotze (2005) se vraelyste was gebruik. Die vraelys in die studie het dieselfde formaat ingeneem as die van Kotze (2005). Daar was egter enkele verskille soos vrae wat bygevoeg was asook vrae wat uitgelaat was. Die volgende vrae was bygevoeg by die vraelys van Kotze (2005):

- a) Vraag ses: Jaar waarin u met B.Psig graad gegradeer het?,
- b) Vraag sewe: Jaar waarin u by die Beroepsraad geregistreer het?,
- c) Vraag agt: Onder watter kategorie het u geregistreer?,
- d) Vraag tien(a): Het u vir werk gesoek?,
- e) Vraag tien(e): In watter provinsie werk u?,
- f) Vraag tien(f): Beskryf u huidige werksfunksie?,
- g) Vraag veertien: Het u die B.Psig kursus gekies om 'n berader of 'n sielkundige te word? Motiveer asseblief,
- h) Vraag sestien: Watter vaardighede, volgens u, word benodig om binne die primêre gesondheidsorg te werk?,

- i) Vraag sewentien: Het u praktiese ervaring u gemotiveer om binne die primêresorg konteks te werk? Motiveer asseblief,
- j) Vraag agttien: Beskryf u ervaring van u opleiding as berader,
- k) Vraag neentien: Beskryf u ervaring in u soektog na werk,
- l) Vraag twintig: Bekryf kortliks u persepsie van wat werk binne die primêre gesondheidsorgsisteem behels,
- m) Vraag een en twintig: Is die B.Psig graad belangrik binne die Suid-Afrikaanse geestesgesondheidskonteks? Motiveer asseblief.

Die volgende vrae was wel deel van Kotze se vraelys, maar nie van die huidige studie se vraelys nie:

- a) Het u die professionele raadseksamen voltooi? en
- b) Volgens u, sou u die bykomende 720 ure heg by die honneurs kursus ondersteun om registrasie as 'n berader te verseker? Motiveer asseblief.

Inhoudsgeldigheid en gesigsgeldigheid was gekontroleer. Die navorser het bg vrae bygevoeg om 'n beter begrip te kry oor moontlike redes hoekom beraders in die gesondheidsorgsektor werk of nie werk nie. Die bygevoegde vrae het ook ten doel om die navorser meer insig te gee oor sekere veranderlikes wat 'n rol speel in die kies van beroep asook dienslwing in Suid-Afrika. Vrae wat uitgelaat was, was as irrelevant vir die betrokke studie aanskou.

Die vraelys was aan drie verskillende persone gegee ten einde hulle toe te laat om 'n oorsig te gee oor wat hulle dink gemeet word. Die vraelys was aan hierdie drie persone gegee sonder dat hulle weet wat die doel van die studie is. Op hierdie manier was daar 'n objektiewe opinie verkry oor die mate van gesigsgeldigheid van die vraelys. Ten einde te verseker dat die vraelys die area dek wat dit

veronderstel is om te dek, was 'n kenner se opinie gevra. Daar was geen maklike manier om vir inhoudsgeldigheid te toets nie.

4.10 Etiek

Etiese konsiderasie was dwarsdeur die navorsingsproses in ag geneem, met betrekking tot deelnemers sowel as die akademie. Met die gebruik van die vraelyste was die volgende etiese kwessies in gedagte gehou: beskerming van deelnemers, ingeligte toestemming, die reg tot privaatheid, sowel as misleiding, anonimiteit en konfidensialiteit (Graziano & Raulin, 2004; Miller & Brewer, 2003). Gegee dat die navorsing uit 'n pos opname bestaan, het deelnemers die volle reg en mag om te kies of hulle deel wil hê aan die studie. Alle deelnemers was by wyse van 'n inleidende brief verseker van konfidensialiteit en anonimiteit. 'n Pos opname verseker 'n hoë vlak van anonimiteit omdat die navorser en die respondent nie van aangesig tot aangesig kontak maak nie (Miller & Brewer). Die navorser neem ook volle verantwoordelikheid vir die beskerming van deelnemers. Die voorstel tot die navorsing was deur kenners nagegaan om te verseker dat hierdie etiese riglyne nie geïgnoreer was nie.

HOOFSTUK VYF

RESULTATE EN BESPREKING

5.1 Inleiding

Hierdie hoofstuk is 'n integrasie van beide die resultate verkry uit die studie en die besprekings rondom die resultate. Beskrywende statistiek van die respondente is saam met die steekproef in Hoofstuk 4 behandel. Hierdie beskrywende statistiek van die respondente staan in vergelyking met respondente van Kotze (2005) se studie en die populasie van geregistreerde beraders tot op datum. Dit was bes om hierdie beskrywende statistiek van die respondente in die metodologie seksie te plaas om vir die leser die konteks van die populasie van geregistreerde beraders te verduidelik. Sekere aspekte aangaande die demografie van die respondente sal wel binne hierdie hoofstuk behandel word. Beide kwantitatiewe en kwalitatiewe resultate sal in terme van dienslewering op 'n primêre gesondheidsorg vlak bespreek word. Resultate sal ook vergelyk word met die resultate van Kotze se studie. Besprekings vloei uit die doel van die studie - wat die beskrywing van die werkbsettingspatrone van geregistreerde beraders in Suid-Afrika behels. Die studie kyk ook of die B.Psig kursus wel voorspelde uitkomst in terme van dienslewering op 'n primêre gesondheidsorg vlak bereik het en of resultate gevind in Kotze se studie dieselfde op nasionale vlak is.

5.2 Kwantitatiewe resultate

Verhoudings tussen veranderlikes

Werkstatus en geslag

Van die beraders wat in diens was, was 92% vroulik en 8% was manlik. Van die beraders wat werkloos was, was 89% vroulik en 11% was manlik. Die beraders wat vrywillig gewerk het, was almal vroulik. Van die groep beraders wat verder studeer het, was 75% vroulik en 25% was manlik. Daar was geen beduidende verskil tussen werkstatus en geslag nie ($\chi^2 = 1.628$, $df = 3$, $p = 0.653$)

Werkstatus en ras

Van die beraders wat in diens was, was 76% wit en 24 % was swart (7% indiër, 10% kleurling en 7% swart). Van die beraders wat werkloos was, was 56% wit en 44% was swart (11% indiër, 11% kleurling en 22% swart). Van die beraders wat vrywillig gewerk het, was 100% wit. Die beraders wat verder gestudeer het, was 25% wit en 50% swart (25% kleurling en 25% swart) en 25% het hulself identifiseer as ander.

Die verhouding tussen werkstatus en ras was beduidend ($\chi^2 = 26.136$, $df = 15$, $p = 0.037$).

Werkstatus en huistaal

Van die beraders wat in diens was, was 40% afrikaans, 53% engels, 2% zulu en 5% noord-sotho. Hierdie wat werkloos was, was 33% afrikaans, 44% engels, 11% zulu en 11% setwana. Van die beraders wat vrywillig gewerk het, was 67% afrikaans en 33% engels. Beraders wat verder gestudeer het, was 75% engels en 25% xhosa.

Die verhouding tussen werkstatus en huistaal was beduidend ($\chi^2 = 33.268$, $df = 18$, $p = 0.015$).

Werkstatus en inheemse taal

Die beraders wat 'n inheemse taal anders as Afrikaans of Engels kan praat is volgens werkstatus, 75% in diens, 25% student, 33% vrywiliger en 33% werkloos.

Die verhouding tussen werkstatus en inheemse taal was beduidend ($\chi^2 = 62.052$, $df = 36$, $p = 0.004$).

Werkstatus en universiteit studeer

Van die beraders wat in diens was, het hul by die volgende universiteite gekwalifiseer: US (14%), RAU (25%), Pretoria (17%), Natal (10%), UPE (15%), Transkei (2%), UWK (2%), Midrand (5%), Noord-Wes (7 %), Unisa (2%) en Vista (2%). Van die beraders wat werkloos was, was: US (11%), Pretoria (22%), Natal (22%), UPE (22%), UWK (11%) en Midrand (11%). Van die beraders wat vrywillig gewerk het, was 33% van Pretoria en 67% van Unisa afkomstig. Van die beraders wat verder gestudeer het, was UPE (50%),UWK (25%) en Vista Universiteit (25%).

Die verhouding tussen werkstatus en universiteit studeer was beduidend ($\chi^2 = 65.449$, $df = 36$, $p = 0.002$).

Werkstatus en kategorie geregistreer

Van die beraders wat in diens was, was 39% geregistreer onder die kategorie gemeenskapsintervensies, menslike hulpbronne (4%), MIV/VIGS (16%), trauma (11%), beroepsvoorligting (7%), skool (21%) en familie (4%). Die beraders wat werkloos was, was onder die volgende kategorie geregistreer: gemeenskapsintervensies (56%), MIV/VIGS (22%), trauma (11%) en skool (11%). Van die beraders wat vrywillig gewerk het, was 33% geregistreer as MIV/VIGS beraders en 67% as trauma beraders. Hulle wat verder gestudeer het, was 25% gemeenskapberaders, 25% MIV/VIGS beraders en 50% beroepberaders.

Die verhouding tussen werkstatus en kategorie geregistreer was beduidend ($\chi^2 = 25.444$, $df = 21$, $p = 0.228$).

Kategorie en tyd gesoek vir werk

Die beraders wat geregistreer was as beroepsberader en familieberaders het almal (100%) tussen 0-3 maande lank gesoek vir werk. Drie-en-twintig persent van die beraders wat onder die gemeenskapsberader kategorie geregistreer het, het tussen 0-3 maande werk gesoek, 41% tussen 3-6 maande, 14% tussen 9-12 maande en 23% vir meer as 12 maande lank vir werk gesoek. Van die beraders wat geregistreer was as MIV/VIGS beraders, het 25% tussen 0-3 maande werk gesoek, 13% tussen 3-6 maande, 38% tussen 9-12maande en 25% vir meer as 12 maande lank gesoek vir werk. Van die beraders wat as menslike hulpbron beraders geregistreer was, het 50% tussen 0-3 maande en 50% tussen 3-6 maande lank gesoek vir werk. Van die beraders wat geregistreer was as skoolberader het 90% tussen 3-6 maande en 10% vir meer as 12maande lank gesoek vir werk. Een-en-sewentig persent van trauma beraders het tussen 0-3 maande vir werk gesoek, 0% tussen 3-6 maande, 14% tussen 9-12 maande en 14% het vir meer meer as 12 maande lank vir werk gesoek.

Die verhouding tussen registrasie kategorie en tyd gesoek vir werk was beduidend ($\chi^2 = 32.309$, $df = 21$, $p = 0.054$).

Kategorie en sektor aangestel

Van die beraders wat geregistreer was vir die kategorie beroepsberader werk 25% in die gemeenskapsektor, 0% in die gesondheidsorgsektor, 25% in die opvoedkunde sektor, 25% in die privaatsektor en 25% in 'n ander sektor. Van die beraders wat geregistreer was vir die kategorie familieberader, werk 100% in die opvoedkunde sektor. Van die beraders wat geregistreer was vir die kategorie gemeenskapsberader, werk 17% in die gemeenskapsektor, 9% in die gesondheidsorgsektor, 35% in die opvoedkunde sektor, 30% in die privaatsektor en 9% in 'n ander sektor. Van die beraders wat geregistreer is vir die kategorie MIV/VIGS-berader, werk 22% in die gemeenskapsektor, 33% in die gesondheidsorgsektor, 11% in die opvoedkunde sektor, 22% in die privaatsektor en 11% in 'n ander sektor. Van die beraders wat geregistreer is vir die kategorie menslike hulpbron berader werk 100% in die privaatsektor. Van die beraders wat geregistreer is vir die kategorie skoolberader, werk 17% in die gemeenskapsektor, 0% in die gesondheidsorgsektor, 58% in die opvoedkunde sektor en 25% in die privaatsektor. Van die beraders wat geregistreer is vir die kategorie traumaberader, werk 42% in die gemeenskapsektor, 0% in die gesondheidsorgsektor, 0% in die opvoedkunde sektor en 57% in die privaatsektor.

Die verhouding tussen registrasie kategorie en sektor aangestel was beduidend ($\chi^2 = 40.377$, $df = 35$, $p = 0.245$).

Sektor aangestel en tyd gesoek vir werk

Van die beraders wat binne die gemeenskapsektor werk, het 67% tussen 0-3 maande gewag vir hul eerste aanstelling, 25% tussen 3-6 maande, 0% tussen 9-12 maande en 8% meer as 12 maande. Van die beraders wat binne die gesondheidssektor werk, het 40% tussen 0-3 maande gewag vir hul eerste aanstelling, 20% tussen 3-6 maande, 20% tussen 9-12 maande en 20% meer as 12 maande. Van die beraders wat binne die opvoedkundesektor werk, het 65% tussen 0-3 maande gewag vir hul eerste

aanstelling, 20% tussen 3-6 maande, 15% tussen 9-12 maande en 0% meer as 12 maande. Van die beraders wat binne die privaatsektor werk, het 35% tussen 0-3 maande gewag vir hul eerste aanstelling, 18% tussen 3-6 maande, 12% tussen 9-12 maande en 35% meer as 12 maande.

Die verhouding tussen sektor aangestel en tyd gesoek vir werk was beduidend ($\chi^2 = 14.417$, $df = 12$, $p = 0.275$).

Sektor aangestel en provinsie waarin respondente werk

Van die beraders wat in die gemeenskapsektor werk, werk 42% in die Oos-Kaap, 8% in Mpumalanga, 17% in KwaZulu-Natal (KZN) en 33% in Gauteng. Van die beraders wat in die gesondheidsektor werk, werk 60% in Gauteng, 20% in KZN en 20% in die buiteland. Van die beraders wat in die opvoedkundesektor werk, werk 52% in Gauteng, 5% in KZN, 5% in Mpumalanga, 5% in die Noord-Kaap, 14% in die Oos-Kaap en 19% in die Wes-Kaap. Van die beraders wat in die privaatsektor werk, werk 16% in die Wes-Kaap, 5% in die Vrystaat, 11% in die Oos-Kaap, 5% in die Noord-Kaap, 5% in KZN en 58% in Gauteng.

Die verhouding tussen sektor aangestel en provinsie waarin respondente werk was beduidend ($\chi^2 = 116.728$, $df = 50$, $p = 0.000$).

Sektor aangestel en ras

Van die beraders wat in die gemeenskapsektor werk was 50% wit en 50% swart (8% indiër, 33% kleurling en 8% swart). Van die beraders wat in die gesondheidsektor werk was 40% wit en 60% swart (20% indiër, 0% kleurling en 40% swart). Van die beraders wat in die opvoedkundesektor werk was 95% wit en 5% swart. Van die beraders wat in die privaatsektor werk was 84% wit en 16% swart (11% kleurling en 5% swart).

Die verhouding tussen sektor aangestel en ras was beduidend ($\chi^2 = 40.462$, $df = 25$, $p = 0.026$).

Sektor aangestel en salaris

Van die beraders wat aangestel is in die gemeenskapsektor verdien 27% tussen R0-R40 000 per jaar, 45% verdien tussen R40 000-R80 000 per jaar, 9% verdien tussen R80 000-R120 000 per jaar en 18% verdien meer as R120 000 per jaar.

Van die beraders wat aangestel is in die gesondheidsektor verdien 60% tussen R0-R40 000 per jaar, 20% verdien tussen R40 000-R80 000 per jaar, 20% verdien tussen R80 000-R120 000 per jaar en niemand (0%) meer as R120 000 per jaar.

Van die beraders wat aangestel is in die opvoedkundesektor verdien 15% tussen R0-R40 000 per jaar, 55% verdien tussen R40 000-R80 000 per jaar, 30% verdien tussen R80 000-R120 000 per jaar en 0% verdien meer as R120 000 per jaar.

Van die beraders wat aangestel is in die privaatsektor verdien 47% tussen R0-R40 000 per jaar, 29% verdien tussen R40 000-R80 000 per jaar, 6% verdien tussen R80 000-R120 000 per jaar en 18% verdien meer as R120 000 per jaar.

Die verhouding tussen sektor aangestel en salaris was beduidend ($\chi^2 = 19.845$, $df = 12$, $p = 0.070$).

5.3 Bespreking van kwantitatiewe resultate

Die meeste sielkundiges in Suid-Afrika is wit (Pillay & Kramers, 2003), Afrikaans- of Engels sprekend en lewer dienste binne die privaatsektor (Freeman & Pillay, 1997). Hierdie demografie van geregistreerde beraders in Suid-Afrika speel 'n groot rol binne die breë konteks van dienslewering. Gevolglik sal die ras, taal en geslag, binne laasgenoemde konteks bespreek word. Die res van die kwantitatiewe resultate verkry in die studie sal daarna onder die opskrifte: Kategorie geregistreer en Sektor aangestel bespreek word.

5.3.1 Ras

Vir hierdie afdeling van die bespreking, verwys die term 'swart' nie soos vroeër gestel na alle nie-wit rasgroepe nie, maar word daar onderskeid tussen die verskillende groepe getref. Die

rasverdeling van die respondente was as volg: 72% wit, 11% kleurling, 9% swart, 7% indiër en 1% ander. Dit reflekteer die rasverdeling van die totale bevolking van geregistreerde beraders in Suid-Afrika soos op 23 Mei 2006 vasgestel was deur die HPCSA, met 60% wit en 20% swart beraders in die totale populاسie. Hierdie persentasies is problematies in terme van dienslewering omdat 80% van die totale Suid-Afrikaanse bevolking swart is (Statistics South Africa, 2006), en daar 'n tendens is onder professionele persone om dienste onder hul eie rasgroep te lewer. Dit beteken dat 'n groot persentasie van Suid-Afrika se bevolking sonder berading- of sielkundige dienste gelaat word.

Volgens die WHO (2001a) word geestesgesondheid op 'n kultuur-gepaste manier gedefinieer. Die skewe ras kurwe mag dus ook assesserings- en behandelingsimplikasies inhou. Die B.Psig kursus was ontwerp om veral die bogenoemde kwessie aan te spreek (Duncan et al., 2004; Hickson & Kriegler, 2001). Werwing van swart studente vir die program was hoog op prys gestel (Duncan et al.). Dit was egter nie baie effektief nie en die probleem is nog steeds onveranderd in die praktyk.

Verskeie faktore kon egter bygedra het tot die huidige raskwessie. Eerstens kan daar nie anders as om te verwys na die Apartheidstelsel nie. Hierdie stelsel het veroorsaak dat wit mense bo swart mense toegang gehad het tot hoër onderwys. Apartheid het ook grootliks die finansiële wanbalans tussen rasse tot gevolg gehad. Hoër onderwys is duur en dus as gevolg van finansiële gebrek minder bekombaar vir swart persone. Sielkunde word gesien as 'n wit professie (Pillay & Kramers, 2003) en swart studente het dikwels nie die professie van sielkunde in hul oorweging van moontlike beroepe nie (Naidoo, 2000). Ras, toeganklikheid, sosio-ekonomiese status en die vorming van kognitiewe kaarte speel 'n groot rol in die vorming van beroepsaspirasies volgens Gottfredson (1981). Sy meen dat beroepskeuses 'n kompromie is, deurdat persone hul eerste keuses opgee ten gunste van dit wat meer toeganklik is. Hierdie faktore het inderdaad 'n impak in die keuse van beroep en mag dien as verklaring vir die rassedistribusie in die beroep. Bogenoemde faktore moet dus aangespreek word ten einde effektief swart persone te werf vir die professie van sielkunde. Werwing van swart studente verg dus 'n ekologiese benadering.

Duncan et al. (2004) redeneer dat dit meestal swart studente sal wees wat na vier jaar beradingsdienste in gemeenskappe sal bied en hoofsaaklik wit studente wat as professionele sielkundiges binne die privaatsektor sal praktiseer. Die studie toon dat dit nie meestal swart persone is wat registreer as beraders nie, maar wel wit persone. Nietemin lewer 'n lae persentasie van wit beraders dienste binne agtergeblewe gemeenskappe of binne die gesondheidsorg sektor (Kotze, 2005). Daar was wel 'n beduidende verhouding tussen ras en werkstatus gevind. Dit blyk dus asof die respondente se ras wel 'n rol gespeel het in die werkstatus wat hul bekleed. Die verhouding tussen ras en sektor aangestel was ook beduidend. Dit bring mee verskeie kwessies soos byvoorbeeld, moontlike rasediskriminasie, rondom nie net dienslewering nie, maar ook werkbsetting.

5.3.2 Taal

Die taalverdeling onder geregistreerde beraders is nie juis anders as die van sielkundiges nie. Drie en vyftig persent (53%) van die respondente is Engelssprekend en 38% Afrikaanssprekend. Dit beteken dat slegs 9% van die respondente binne die studie 'n Afrika-taal as huistaal praat. Dit hou groot dienslewering implikasies in, omdat 41% van die bevolking se huistaal IsiZulu of IsiXhosa is. Die verhouding tussen huistaal en werkstatus en inheemse taal en werkstatus was beide beduidend. Dit beklemtoon die belangrikheid van taal binne die beroep. Taal speel dus nie net 'n rol in dienslewering nie, maar ook werkbsetting. Taal is sentraal tot assessering en behandeling binne die dienslewering proses onder geestesgesondheid (Swartz, 1998). Taal word meestal verbind tot ras en behoort dieselfde implikasie tot dienslewering te hê as ras.

Die skewe ratio van beraders in terme van ras en taal het verskeie implikasies ten opsigte van dienslewering op alle vlakke van Bronfenbrenner (1979) se ekologiese perspektief. Op mikro-vlak is daar die een tot een verhouding tussen praktisyn en kliënt. Berading, anders as sekere ander beroepe, steun swaar op effektiewe kommunikasie. Indien die berader en kliënt nie mekaar verstaan nie, kan daar nie voldoende dienste gelewer word nie. Op meso-vlak is daar die dienslewering instansie en die gemeenskap. Sosiale ongeregtigheid kruip in as 'n dienslewering instansie op die basis van taal kwaliteit dienste aan een rassegroep kan lewer en

onvoldoende dienste aan 'n ander. Op ekso- sowel as makro-vlak word die regering gedwing om wetgewing in plek te stel om seker te maak dat dienste aan almal beskikbaar is en doeltreffend aan almal gelewer word. Dit is dus een van die redes agter die skepping van die B.Psig kursus. Die oneweredige verspreiding in terme van ras en taal trek in twyfel of die skep van die graadkursus wel die probleem op mikro-vlak oplos. Dit bring in betwyfeling of geregistreerde beraders wel effektief dienste aan almal kan lewer op 'n primêre gesondheidsorg vlak.

Dit is ongewens dat swart beraders slegs swart persone beraad weens taal. So 'n struktuur sal net weer segregasie binne 'n ander pakket voortbring. Sulke probleme vra dus vir intervensies op 'n makro-vlak, soos byvoorbeeld die verpligte aanbieding van die dominerende swart taal van die provinsie in alle skole vanaf graad een, soos wat dit met Afrikaans en Engels is. Dit sal verseker dat wit praktisyne van die volgende generasie ook in staat sal wees om dienste aan swart persone in hul moedertaal te kan lewer en andersom.

Ahmed en Pillay (2004) redeneer dat werwing van swart studente nie regtig plaas vind nie, maar slegs dat toegang tot tersiêre instansies verseker word. Die navorser stel voor dat daar wel ernstig gekyk moet word na 'n tipe werwingstrategie. Werwing moet alreeds op skool plaasvind wanneer kognitiewe kaarte rondom beroepsaspirasies gevorm word. Dit sal veroorsaak dat die sielkunde deel word van die kind se skema as moontlike beroepskeuse. Dit is ook 'n gunstige geleentheid om die beroep te bemark en miskonsepsies, soos dat dit slegs 'n wit beroep is, uit te skakel.

5.3.3 Geslag

Respondente van die studie was meestal vroulik (91%), met 'n klein persentasie manlike respondente (9%). Hierdie persentasie is in ooreenstemming met literatuur wat stel dat die sielkunde 'n vroulik-gedomineerde professie is (Suffla & Seedat, 2004). Verskeie redes kan aangevoer word vir hierdie groot ongelykheid in die geslagspersentasie. Pillay en Kramers (2003) maak melding van Apartheid, beperkte werkseleenthede, swak salarisse, asook 'n moontlik globale tendens en die feit dat vroue voorkeur toon vir hulpberoepe.

Navorsing toon egter aan dat vroue nie altyd die professie gedomineer het nie (De la Rey & Ipser, 2004). Demokrasie in Suid-Afrika het 'n groter erkenning vir vroueregte asook meer beroepsgeleenthede vir vroue meegebring. Sielkundiges in Suid-Afrika verdien nie baie geld nie (Wilson et al., 1999b). Baie Suid-Afrikaners is konserwatief en behou die filosofie dat die man die broodwinner moet wees. Dit kan veroorsaak dat mans minder geneig mag wees om die professie te volg. Daar is ook nie baie werksgeleenthede nie (Wilson et al., 1999a), soos resultate van die huidige studie toon. Die mark vir privaatpraktyk is ook redelik beperk. Slegs 'n klein persentasie mense kan sielkundige dienste binne die privaatsektor bekostig. Boonop is daar ook die kwessie van die mediese fonds wat sukkel om aan sielkundiges uit te betaal.

Bogenoemde verklarings is almal relevant vir die Suid-Afrikaanse konteks. Die dominerende syfers van vroue in sielkunde is egter nie net 'n Suid-Afrikaanse verskynsel nie, maar 'n globale verskynsel. Richter en Griesel (1999) skryf die globale tendens toe aan die uitkomst van die ontwikkeling van ekonomieë wat volgens die sosiale dienste georiënteerd is. Hierdie hoë verteenwoordiging van vroue in die professie kan lei tot 'n geslagstereotipe rondom die sielkunde. Daar kan dus verwag word dat die tendens nie binnekort sal verander nie (Gottfredson, 1981).

Hierdie geslagsongelykheid hou sekere nadele in, veral in terme van dienslewering. Een en vyftig persent (51%) van Suid-Afrikaners is vroue (Statistics South Africa, 2006). Verkragting, geweld teenoor vroue en ander geslag verwante kwessies is aan die orde van die dag. Die geslag van die praktisyn mag 'n subjektiewe rol speel in die kwaliteit en/of objektiwiteit van die terapie.

5.3.4 Kategorie geregistreer

Beide die verhoudings tussen kategorie geregistreer en werkstatus en tussen kategorie geregistreer en tyd gesoek vir werk was beduidend. Die feit dat die spesifieke kategorie waarin beraders gespesialiseer het beperkings op hulle mag sit wat werksgeleenthede betref word gemotiveer. Daar moet egter in ag geneem word dat baie geregistreerde beraders nie aangestel is as beraders nie. Die kategorie waarvoor beraders geregistreer is het wel ook 'n invloed op die sektor waarbinne beraders aangestel is. Die verhouding tussen werkstatus en universiteit was ook beduidend. Nie al die

universiteite bied al die registrasie kategorie moontlikhede aan nie. Beraders mag dus bloot deur die feit dat hulle by 'n universiteit en nie 'n ander gestudeer het, indirek benadeel word as gevolg van die registrasie kategorie beskikbaar. Dit wil voorkom asof werkgewers wel kyk na die spesialeseringsveld van beraders vir aanstelling.

5.3.5 Sektor aangestel

Die kategorie waarbinne die berader geregistreer is het wel 'n beduidende impak op die sektor waarbinne die berader werk. Die verskeie sektore waarbinne geregistreerde beraders aangestel is het ook 'n beduidende impak getoon op die provinsie waarbinne hulle werk asook die tyd wat dit hulle neem om werk te kry. Die afleiding kan gemaak word dat beraders wel beduidend vinniger werk kry in seker sektore. Dit kan beteken dat daar 'n groter aanvraag is vir beraders in sekere sektore asook in sekere provinsies. Die oorgrootte meerderheid van geregistreerde beraders werk wel in die privaat- en onderwys sektor. Hierdie twee sektore domineer binne al die provinsies. Die verhouding tussen sektore aangestel en salarisse was ook beduidend. Baie beraders het wel melding gemaak van die swak salarisse binne die primêre gesondheidsorg sektor. Die afleiding kan dus gemaak word dat daar baie eksterne faktore is wat 'n rol speel in die redes hoekom beraders in seker sektore werk of nie werk nie. Sekere sektore betaal meer as ander. Meer werk is beskikbaar in seker sektore en seker provinsie het ook meer werk beskikbaar binne sekere sektore.

5.4 Kwalitatiewe bespreking

Die kwalitatiewe resultate sal onder die volgende drie hoofopskrifte (naamlik die B.Psig kursus, Werkbesetting en Dienslewering) in ooreenstemming met die doel van die studie bespreek word. Die temas is gegroepeer volgens die struktuur wat in die literatuur oorsig gebruik is. Die resultate verkry vanaf die vraelys word dus volgens hierdie groepering weergee en bespreek.

5.4.1 Die B.Psig kursus

Meer as die helfte (56%) van geregistreerde beraders het aangedui dat hul weer die B.Psig kursus sou gekies het. Redes vir hul keuse is as volg: hul passie vir mense, die professionele kwalifikasie

wat die kursus meebring en die feit dat dit wel 'n stappie nader is aan professionele sielkunde. Die B.Psig kursus was egter deur die meerderheid (68%) gekies om 'n sielkundige te word en nie 'n berader nie. Die B.Psig kursus was dus vir die meeste respondente slegs 'n roete na 'n professionele sielkundige. Laasgenoemde is in oorstemming met Carolissen (persoonlike kommunikasie, 7 Augustus, 2006) se ervaringe.

“I choose the B.Psych degree knowing that its one of the steps that will help me to advance in the field of psychology” (deelnemer 60),

“Dit is slegs 'n trappie en dus kom 'n mens vinniger en/of beter uit by die eind doel” (deelnemer 43),

“Dit was vir my 'n ‘stepping stone’ na die pad tot sielkundige” (deelnemer 11).

Beraders se passie vir mense en die veld van sielkunde het sterk deur gekom as motivering om weer die kursus te doen. Die B.Psig kursus as opleidingsveld het ook baie vir die respondente beteken.

“I love the field of psychology...passionate about it” (deelnemer 5 & 19),

“Ek het my B.Psig kursus baie geniet en ek is opgelei om iets te doen waarvan ek baie hou”
(deelnemer 7),

“It was an excellent course and it has equipped me well in all work I have done since” (deelnemer 34),

“I was very happy with the degree and the skills with which it provided me” (deelnemer 62).

Sommige beraders voel dat die kursus voordele bo die honneurs kwalifikasie bied deurdat dit 'n praktiese komponent insluit en 'n professionele kwalifikasie inhou.

“This degree gives us a chance to have a profession at honours level” (deelnemer 9),

“I could do more with a B.Psych qualification than with an honours in Psychology” (deelnemer 69).

Daar is egter respondente wat hiervan verskil. Hulle sou eerder 'n honneursgraad in Sielkunde gedoen het.

“Honours in Psychology is better known and more sought after than a B.Psych” (deelnemer 51),

“There are no benefits in the B.Psych degree. It might been more of an advantage for me if I had done the normal Psychology honours degree” (deelnemer 31).

Behalwe dat die B.Psig kursus 'n stappie nader aan professionele sielkunde is word dit ook gesien as 'n goeie platform vir ander professionele geleenthede.

“Die sielkunde agtergrond het my nagraadse studies in speltherapie vergemaklik” (deelnemer 23),

“I think that it has given me a good foundation for further studies and experience in various areas” (deelnemer 32),

“My intention was to become a psychologist. The B.Psych degree is a different route but still will take me to my goal” (deelnemer 52).

Alhoewel die respondente weer die kursus sal kies, heers daar groot bekommernis oor werksgeleenthede. Deelnemers sal ook eerder 'n sielkundige word omdat hulle die werksopsies vir beraders beperk vind.

“My hart is daarin, egter frustrerend dat nou nie my hoofinkomste kan verdien uit dit waarin ek opgelei is en wat my passie is nie” (deelnemer 24),

“Ek is lief vir sielkunde en mense...vier jaar se studies was baie geld, werksopsies lyk skrikwekkend” (deelnemer 20),

“I enjoy studying psychology...however it would be beneficial if lecturers...would inform us of job opportunities” (deelnemer 10),

“I learnt a great deal although employment opportunities are limited” (deelnemer 35),

“Daar is meer werksgeleenthede vir sielkunde” (deelnemer 45),

“Die beradingsrigting is baie beperk wat werksopsies aan betref, en as sielkundige het jy meer geleenthede” (deelnemer 5).

'n Volle 12% het egter nie die vraag beantwoord nie. Van die 88% wat wel die vraag beantwoord het is die persentasie vir die wat wel weer die B.Psig kursus sal kies 63% en 37% wat 'n ander kursus sou gekies het.

In kontras met die bevinding dat die meeste beraders weer die B.Psig kursus sou kies, sou die meeste graduandi in Kotze (2005) se studie 'n ander kursus studeer het. Hulle toon aan dat hulle wel 'n passie het vir sielkunde, maar dat die vakgebied van B.Psig te beperk is. Twee en dertig persent (32%) van die respondente vanuit die nasionale studie het egter die gevoel van Kotze se respondente gedeel. Hulle het ook aangevoer dat hulle nie weer die kursus sou kies nie as gevolg van beperkte werksgeleenthede en hul besef dat keuring vir Meesters moeilik is.

“Was nie bewus dat keuring vir meesters so streng is nie” (deelnemer 11),

“Alhoewel die graadkursus vir my baie beteken het ten opsigte van persoonlike groei en ontwikkeling, bied dit vir my geen toekoms nie (ten opsigte van werksgeleenthede en sekuriteit)” (deelnemer 17),

“I have never seen a counselling position anywhere” (deelnemer 54),

“Niemand weet wat my graad behels nie, is geen poste daarvoor geskep en kry nie werk selfs as 'n geregistreerde berader” (deelnemer 39),

“There are no opportunities for registered counsellors” (deelnemer 4),

“I would recommend everyone to study psychology at some point. I just don't think that one can make a living out of it...I would definitely have chosen a different degree” (deelnemer 68).

Net soos die 56% wat wel weer die kursus sou kies, het die res (32%) ook aangedui dat hulle 'n passie het vir mense. Werksgeleenthede, wat finansiële sekuriteit bepaal, het egter swaarder gewee as hul passie vir mense. Gottfredson (1981) is van mening dat wanneer mense gedwing word om te komprimeer met beroepskeuses hulle eerstens kyk na geslagstipe, dan prestige en dan belangstelling. Hierdie teorie tesame met die teorie van Maslow (1970), verklaar die 32% se terugvoer. Die tweede vlak van Maslow se hiërargie van behoeftes verwys na veiligheid of sekuriteit. Volgens Maslow sal 'n persoon eers sy fisiologiese behoeftes probeer vervul en dan veiligheidsbehoefte voordat die persoon aanbeweeg na selfaktualisering. Geldenhuys (2005) redeneer dat sekuriteit ekonomiese sekuriteit insluit, wat verwys na wanneer 'n werknemer kontinue inkomste en goeie byvoordele het. Moontlik is die ander 56%, wat ook groot kommer uitgespreek het oor werksgeleenthede, op ander wyse finansiële beskerm.

Dit is duidelik in die verskillende response dat geregistreerde beraders die kursus as waardevol en van nut geag het en dat hulle baie graag die werk sal wil doen. Negatiwiteit rondom die kursus is grootliks as gevolg van die beperkte werksgeleentheid.

Baie geregistreerde beraders het die B.Psig kursus gekies as 'n trappie op die roete na professionele sielkunde. Ander was onder die wanindruk dat jy na vier jaar 'n sielkundige is. Sommiges het weer gedink dat die kursus meesterskeuring verseker of self net jou kanse vir meesterskeuring verbeter.

“het gereken om een van 60 te wees sal later belangrik wees in die Meesterskeuring en indien jy nie toegelaat word, kan jy nog as berader werk” (deelnemer 23),

“daar is aanvanklik aan ons belowe dat jy na jou B.Psig direk kan aangaan na jou meesters sonder enige verdere keuring” (deelnemer 53).

Soortgelyke miskonsepsies het in Kotze (2005) se studie voorgekom. B.Psig graduandi het aangedui dat hulle gelei was om te glo dat die B.Psig kursus 'n makliker roete is om 'n sielkundige te word. Miskonsepsie word gewoonlik gevorm as gevolg van swak kommunikasie. Die voorspelde uitkomst was moontlik nie op effektiewe maniere aan studente gekommunikeer nie. Swak bemerking van die kursus kan ook verantwoordelik wees vir hierdie miskonsepsies.

Dertig persent (30%) van Kotze (2005) se respondente het teen die tyd van die studie nog studeer en die meerderheid het kursusse gedoen wat nie verband hou met sielkunde nie. In teenstelling hiermee studeer slegs vier (5%) van die respondente van hierdie studie. Al vier is besig met kursusse wat wel verband hou met sielkunde. Hulle studeer onderskeidelik BST (training for a Catholic priest), M.A Navorsing, Sielkunde en BA Honneurs (Industriële Sielkunde). Hierdie beraders sien hul verdere studies as 'n manier om hul vaardighede uit te bou. Verdere studie word ook afgedwing deur omstandighede soos swak salarisse vir geregistreerde beraders en 'n tekort aan werksgeleentheid. Vir ander was dit slegs die lewe wat 'n ander draai geloop het.

“To build on my competencies” (deelnemer 15).

“because the money offered to registered counsellors both in public and private practice is ridiculously low” (deelnemer 73),

“unfortunately I could not find work. Due to this I decided I wanted to study further” (deelnemer 40),

“I have change my mind as to what I would like to do with my life” (deelnemer 16).

Daar kan dus afgelei word dat graduandi as beraders registreer met die idee dat dit voorkeur inhou vir werkneming.

Die berader- opleidingsproses was vir die helfte beraders 'n goeie proses en vir die ander helfte nie so 'n goeie proses nie. Vir 34 (50%) van hulle was hulle opleiding as berader in geheel 'n goeie ervaring. Respondente het hul ervaring meestal vergelyk met hul praktiese ervaring. Baie het dus slegs hul finale jaar beskryf.

“Amazing. I counselled clients for at least two hours a day” (deelnemer 19),

“My fourth year was my most beneficial. The practical experience, the supervision and specialised workshops were incredibly useful” (deelnemer 41),

“It was wonderful, learned a lot about myself” (deelnemer 15),

“Dit was 'n ontdekkingstog van 'n aspek van myself” (deelnemer 48).

Vir ander was dit bloot die vaardighede en kennis wat hul opgedoen het.

“gained essential skills” (deelnemer 34),

“goeie teoretiese opleiding en kennis” (deelnemer 20).

'n Hele paar respondente (29%) was dubbelsinning oor hul ervaring. Vir die res (21%) was dit eenvoudig 'n slegte ervaring.

“It was difficult and frustrating but also rewarding and fulfilling” (deelnemer 44),

“Dit was baie verrykend...nie heeltemal voorbereid gevoel op werksmark nie” (deelnemer 28).

Vir die kleinere groep (13, 19%) was hul opleiding in geheel 'n onaangename proses.

“Ek het onseker gevoel oor my toekoms, maar het maar deurgedruk en klaar gemaak” (deelnemer 1),

“Die kursus het beslis baie deursettingsvermoë geverg aangesien die reëls van die spel soveel keer gewysig is en ons herhaaldelik op 'n dwarspoor gelei is” (deelnemer 53),

5.4.2 Werkbesetting

Kotze se studie het aangedui dat 90% van B.Psig graduandi in die Wes-Kaap wel werk, maar die meeste van die werk sluit nie beradingsfunksies in nie. So ook het hierdie studie bewys dat 79% van geregistreerde beraders op nasionale vlak wel werk. Vyf en sewentig persent (75%) van die respondente wat wel in diens is, verrig een of ander sielkundige funksie in hul werk. Sielkundige funksies sluit berading, emosionele ondersteuning, die opstel en aanbieding van psigo-opleidingsprogramme, psigometriese toetsing, ondersteuningsgroepe, lewensoriëntering, beroepsvoorligting en speltherapie in. Lewis et al. (2003) se model demonstreer dat berading nie die enigste rol is wat beraders moet kan vervul nie. Hy maak melding van rolle soos opvoeder en fasiliteerder, sosiale veranderingsagent, advokaat en konsultant as rolle wat ook deur beraders behoort vervul te word. Volgens hierdie model wil dit dus wel voorkom asof geregistreerde beraders hul verskeie rolle vervul in hul onderskeie werke. Die probleem is egter dat hierdie dienste in baie gevalle 'n sekondêre funksie is. Beraders word aangestel vir vaardighede opgedoen tydens die kursus, maar nie vir hulle kwalifikasie as geregistreerde beraders nie. Resultate is dus in ooreenstemming met Wilson et al. (1999a) wat aandui dat daar meer werkseleenthede beskikbaar is vir mense met algemene kwalifikasies soos 'n BA-graad of honneurs in plaas van 'n spesifieke kwalifikasie soos die van 'n geregistreerde berader of professionele sielkundige. Die verhouding tussen werkstatus en kategorie geregistreer asook die verhouding tussen kategorie geregistreer en sektor aangestel was wel beduidend. Dit maak egter die moontlikheid oop dat die spesifieke kategorie registrasie wel 'n rol gespeel het in werkbesetting.

Die vraag wat na vore kom is of geregistreerde beraders opgelei word vir die ekonomiese werksmark of om dienste te verskaf. Indien dit is om dienste te verskaf moet daar dus 'n nuwe ekonomiese werksmark spesifiek vir geregistreerde beraders geskep word. Dit wil sê dat daar poste vir geregistreerde beraders geskep moet word binne die primêre gesondheidsorg sektor asook primêre sorg sektor om seker te maak dat beradingsdienste wel die bevolking bereik.

Dit lyk egter asof geregistreerde beraders vasgekeer is tussen die diensmark en die ekonomiese werksmark. Geregistreerde beraders voldoen nie huidiglik aan die ekonomiese werksmark se vereistes nie. Die ekonomiese werksmark is opsoek na algemene kwalifikasies en nie spesifieke kwalifikasies nie. Dit beteken dat geregistreerde beraders nie noodwendig primêr beradingsfunksies in hul werksplek sal verrig nie. Daar is egter ook nie spesifieke poste geskep vir hierdie registrasiekategorie om dienste aan die populasie te verseker nie. Dit beteken dat die probleem rondom dienslewering onaangeraak is.

Die meeste geregistreerde beraders werk binne die opvoedkunde sektor (34%) en die privaatsektor (31%). Slegs 8% werk binne die gesondheidsorg sektor waarvoor hulle opgelei is. Kotze (2005) se studie toon nie 'n groot verskil hierin nie. Geen B.Psig graduandi in die Wes-Kaap werk binne die gesondheidsorg sektor nie.

Hierdie verspreiding van geregistreerde beraders binne die onderskeie sektore hou verskeie gevolge in. Vervolgens sal die keuse en ervarings van werk binne bogenoemde sektore afsonderlik bespreek word. Die effek van werk binne die afsonderlike sektore op dienslewering binne Suid-Afrika sal onder die besprekingshoof 'Dienslewering' bespreek word.

5.4.2.1 Die Opvoedkunde sektor

Werk binne hierdie sektor kan ook beteken dat dienste op 'n primêre vlak voorsien word (Kotze, 2005), maar berading is nie die hoofdoel van aanstelling vir geregistreerde beraders binne hierdie sektor nie. Dit bring 'n ongelukkigheid mee vir baie geregistreerde beraders. Hierdie ongelukkigheid oor hul huidige werk, word deur 6 (12 %) van die respondente as volg uitgespreek.

“I ended up working in education and it's not really what I want to do, but I need to earn a living” (deelnemer 57),

“ek het binne 'n maand werk as onderwys assistent gekry...nog nie in 3 jaar iets gekry waar ek kan doen wat ek wil doen nie” (deelnemer 36).

Baie respondente maak plek vir beradingsdienste binne die stelsel, maar kry nie genoegsame erkenning vir die werk nie.

“had to get a job as a teacher and then do counselling on my own time, employers are not against it but it is not my full-time employment and it is not a priority in the school” (deelnemer 63).

Dit blyk dat die meeste repondente binne die onderwys sektor werk, bloot as gevolg van ’n behoefte aan onderwysers en nie hul eerste keuse van berading nie.

“teachers are in need and therefore I had no problem getting a job” (deelnemer 70),

“Ek het...aansoek gedoen vir my pos in onderwys. Ek weet nie regtig vir watter werk ek regtig aansoek kan doen met my B.Psig graad nie” (deelnemer 53).

Lewin (1952) se model bied ’n moontlike rede vir die oorhoofse werk binne die opvoedkunde en privaat sektor. Lewin redeneer dat gedrag gelyk is aan die faktor van die persoon en die omgewing. Die omgewing is grootendeels meer gunstig vir werk binne bogenoemde sektore as wat dit noodwendig die keuse van die beraders is. Eerstens is daar ’n aanvraag binne die opvoedkunde sektor en dus is daar poste beskikbaar. Daar is minder poste beskikbaar binne die gesondheidsorg sektor. Dit mag beraders aanmoedig om in ander sektore te werk. Gottfredson (1981) voer aan, soos reeds genoem, dat beroepskeuses en dan selfs keuse van werkneming ’n kompromie is deurdat persone hul eerste keuses opgee in die guns van dit wat meer toeganklik is.

Beide die privaat- en die opvoedkunde sektor bied finansiële sekuriteit. Binne hierdie sektore verdien repondente ten minste ’n salaris, teenoor moontlike vrywillige werk of salarisse gelykstaande aan dié van leke-beraders in die gesondheidsorg sektor (Ahmed & Pillay, 2004; Carolissen, 2005). Daar is ook ’n sterk persoonlike aanslag tot die keuse. Repondente het aangedui dat ’n passie vir mense rede genoeg is om weer die B.Psig kursus te doen. In beide die opvoedkunde- en privaatsektore werk repondente nog steeds met mense. Daar is ook die moontlikheid om berading binne die opvoedkunde sektor in te werk al is dit nie hul hoofaanstelling nie. Repondente het ook meestal aangedui dat hulle eerder ’n sielkundige wil wees as ’n berader. Die privaatsektor gee uiting aan daardie begeerte. Dit is duidelik hoe die aksie van werk binne die twee sektore die faktor is tussen die persoon (passie vir werk met mense) en die omgewing (beskikbare poste en finansiële sekuriteit).

5.4.2.2 Die privaatsektor

'n Groot persentasie (31%) van geregistreerde beraders in Suid-Afrika voorsien hulle dienste binne die privaatsektor. Die navorser het geredeneer dat die uitspraak om privaat te mag praktiseer (Pienaar, 2005) 'n bydraende faktor mag wees tot die geweldige styging in die statistiek van registrasie (Kotze, 2005). Hierdie resultaat versterk bogenoemde redenasie. Die reg tot privaatpraktyk verydels dus die doel van registrasie as berader vir werk binne die primêre gesondheidsorg. Beperkte aantal werkseleenthede vir professionele sielkundiges in Suid-Afrika binne die staatsopset (Richter et al., 1998) dui daarop dat die sielkunde 'n privaatpraktyk-professie geword het.

5.4.2.3 Die gesondheidsorg sektor

Dit is problematies dat slegs 8% van geregistreerde beraders in hierdie sektor werk. Geen van die respondente in Kotze (2005) se studie werk in die sektor nie. Die meerderheid, 34 (51%), van die 67 respondente wat die vraag rondom voldoende opleiding vir werk binne die primêre gesondheidsorg sektor beantwoord het, het gesê dat hulle voel dat hulle opgelei is om te werk binne die primêre gesondheidsorg konteks. 'n Groot persentasie (14 respondente, dus 21%) het aangevoer dat hulle nie weet nie omdat hulle nie binne die sektor werk nie en dus nie kan sê of hulle wel in staat is om te voldoen aan die vereistes nie. Respondente in Kotze se studie is in ooreenstemming met die respondente van die betrokke studie. Hulle het ook aangedui dat hulle voel dat hulle universiteit hulle wel voldoende opgelei het vir werk binne die primêre gesondheidsorg sektor. Die navorser voel egter dat dit 'n subjektiewe mening is omdat respondente van beide studies nie ondervinding het in die sektor nie. Gibson et al. (2001) is van mening dat die gebrek aan vaardighede weerstand teen gemeenskapsielkunde kan opwek. Persepsie van geregistreerde beraders dat hulle wel opgelei is vir werk binne die primêre gesondheidsorg sektor gee dus 'n aanduiding dat die afwesigheid van werk binne die sektor nie is as gevolg van 'n gevoel van onbekwaamheid nie. Hulle siening dat beradingsvaardighede noodsaaklik is vir werk binne die primêre gesondheidsorg konteks bevestig bogenoemde. Beradingsvaardighede is vaardighede waarvoor geregistreerde beraders behoort te

beskik. Hulle voel dat die volgende vaardighede belangrik is vir werk binne die primêre gesondheidsorg sektor:

Empatie-29%, Luistervaardighede-17%, Geduld-17%, Kommunikasie-14%, Multi-kulturele kennis-11%, Nie-veroordeling-9%, Liefde/omgee vir mense-9%, Assessering-7%, Verwysing-7%.

Sommige beraders het selfs 'n Afrika-taal (deelnemers 29&18) en 'n MA in kliniese en beradingsielkunde (deelnemer 51) as noodsaaklikhede genoem.

Bogenoemde vaardighede word binne die kursus binne klasverband aangebied. Dit is egter binne die praktiese ervaring wat beraders hierdie vaardighede inoefen en bekwaam genoeg word om die werk op 'n professionele vlak te verrig.

Die meeste respondente (n= 45, 73%) het gevoel dat hulle praktiese ervaring hulle gemotiveer het vir werk binne die primêregesondheidsorg konteks. Die res (17, 27%) het sterk verskil.

Respondente voel dat die praktiese ervaring gehelp het om die behoefte aan dienste uit te lig.

“I just realised what a great need there is in the community” (deelnemer 49),

“Die praktiese ervaringe het die toestand waarin ons land se gesondheidsorg verkeer, onder die vergrootglas geplaas. Daar is werklik 'n baie groot behoefte aan die dienste wat 'n berader en/of sielkundige kan bied” (deelnemer 17).

Respondente het gedurende die prakties hul passie vir beradingswerk agtergekom.

“It gave me a good idea of the type of work I wanted to do” (deelnemer 34),

“My voluntary work instilled a passion for working in this field” (deelnemer 21),

“exposure to counselling made me realise this is what I love and where I belong” (deelnemer 19).

Respondente kon egter nie die tekort aan betaalde werk in die sektor weerhou in hul antwoorde nie.

“It did motivate me to want to work in the primary health care sector because it opened my eyes to the vast amount of work needed in the community. Unfortunately I did not find employment” (deelnemer 40),

“My practical experience motivated me to apply for work in the primary healthcare context and I was quite confident about myself as well, but unfortunately and very sadly, the healthcare sector didn't think so!” (deelnemer 29),

“It showed me that there is a great need for such work. Unfortunately, much of this work is expected to be voluntary, and realistically, one cannot make a career of such work” (deelnemer 41).

Drie (6%) van die respondente het aangetoon dat hulle wel in die gesondheidsorg sektor wil werk, maar dat daar geen poste is nie.

“No prospects particularly in the public health sector where I would like to be employed” (deelnemer 27),

“The public health care system did not have a position for English speaking counsellors” (deelnemer 61),

“People that see my CV were very impressed. There is unfortunately limited funds and resources in the primary mental health care” (deelnemer 32).

Die negatiewe gevoelens wat die praktiese ervaring opgewek het, was vir die meeste respondente in terme van werksgeleenthede, salarisse en omgewing van werk.

“I had to do the work of a social worker...people want you to sort out their money problems...they don't believe in counselling” (deelnemer 31),

“On many levels it is frustrating because of lack of follow through, co-operation with other disciplines...often people referred for counselling do not understand the concept and require more socio-economic help” (deelnemer 18),

“was net te ongeorganiseerd” (deelnemer 3),

“Die praktiese ervaring het my gewys dat primêresorg onderbefonds is” (deelnemer 1),

“Counsellors in the primary health care is overworked” (deelnemer 73).

Lesch (1998) het klem gelê op die feit dat opleiding die student moet motiveer en inspireer om werk binne die gemeenskap te doen. Dit is duidelik dat die praktiese ervaring vir die meeste geregistreerde beraders motiverend was vir werk binne die primêre gesondheidsorg sektor. Die praktiese ervaring is dus nie 'n bydraende faktor vir die afwesigheid van werk binne die primêre gesondheidsorg sektor nie.

Respondente se persepsie van wat dit behels om binne die primêre gesondheidsorg sektor te werk varieer grootliks vanaf sosiale verantwoordelikheid, voorkoming en bemagtiging tot frustrasie en min geld vir baie werk.

“Die werk is hoofsaaklik voorkomend van aard, bv. die aanbieding van lewensvaardigheidsprogramme” (deelnemer 36)

Respondente is bewus van die behoefte aan beraders in die primêre gesondheidsorg sektor binne die Suid-Afrikaanse konteks. Hulle sien werk binne die primêre gesondheidsorg konteks as ’n plig.

“Dedication and social responsibility, frustration at lack of resources and low pay” (deelnemer 18),

“It means to provide a professional, competent service to people that are not as well off, meaning they do not have enough money to afford to consult a psychologist” (deelnemer 40),

“To work at the grass roots and to serve the community” (deelnemer 41),

“It means that you look after the wellbeing of people on a very basic, primary level” (deelnemer 57).

Geregistreerde beraders kan ’n omvattende rol speel binne die primêre gesondheidsorg sektor. Byvoorbeeld die rol van fasiliteerder, opvoeder, advokaat, en sosiale veranderingsagent (Lewis et al., 2003). Geregistreerde beraders is wel bewus van hul moontlike impak en bydra binne die sektor, maar ontbreek die geleentheid om hulle bydra te kan lewer.

Respondente is ook bewus van die huidige stand van sake binne die primêre gesondheidsorg sektor.

Baie het melding gemaak van swak salarisse en moontlike werksoorlading. Sommiges se siening oor primêre gesondheidsorg word dus rondom bogenoemde uitdagings geskep.

“It means basically a little pay for a lot of work” (deelnemer 13),

“It is a calling. It means that you are so committed to the cause that you don’t mind being paid minimally and working in the worst of conditions” (deelnemer 62).

Van die 67 respondente wat die vraag beantwoord het, het slegs vier (6%) van die respondente gedink dat die B.Psig kursus nie belangrik is binne die Suid-Afrikaanse geestesgesondheidskonteks nie. Hulle voer aan dat die graad niks beteken nie, anders sal daar ’n aanvraag vir sulke dienste binne die ekonomiese werksektor gewees het, en mense sal vir die dienste wou betaal.

“Natuurlik nie belangrik genoeg, anders sou dit in aanvraag gewees het...idees is goed, maar prakties is daar nie integrasie in SA konteks nie” (deelnemer 39),

“Die befondsing vir B.Psig bestaan nie. Die privaatsektor stel nie belang nie en staatsinstansies soek maatskaplike werkers..alhoewel die behoefte bestaan vir die dienste stel niemand belang om daarvoor te betaal nie” (deelnemer 1),

“Glad nie-dit beteken eintlik niks” (deelnemer 53),

“there is no future for it” (deelnemer 54).

Die meeste geregistreerde beraders (57%) het aangedui dat die registrasie, “geregistreerde berader”, in geheel hulle nie bevoordeel het in hul soektog na werk nie. Dit wil dus voorkom asof die spesifieke kategorie registrasie nie juis ’n struikelblok was in terme van werksgeleenthede soos Wilson et al. (1999a) dit voorgestel het nie. Slegs 22 respondente (36%) het aangedui dat hulle werkgever wel bewus was van die “geregistreerde berader” registrasie kategorie. Vir die res (34, 55%) was dit ’n konsep wat verduidelik moes word.

Die proses van soek na werk was vir die 87% wat wel vir werk gesoek het van die 75% van beraders wat wel werk ’n unieke ervaring. Hierdie ervaring het vir baie langer as ander geduur. Sewe (10%) het die proses as redelik gerieflik gevind. Vir die meeste van die respondente (50, 74%) was dit glad nie ’n aangename proses nie. Twee en dertig (64 %), van die 50 (74% van die totaal) respondente beskryf hul ervaring in hul soektog na werk as: “moeilik”, “frustrerend” en “nie goed nie”. Vir sommiges was dit meer as frustrerend.

“it is a nightmare, I have written to the board and explained that I have contacted every possible place I can think of” (deelnemer 54),

“Its a real challenge to go for 20 interviews and get negative feedback from agencies and still remain positive” (deelnemer 2),

“vir geld (studielening) het ek by ’n haarsalon ontvangswerk gedoen” (deelnemer 1),

“Ek was heel hartseer en skaam om vir almal van my werk te vertel want ek het vir 4jaar sielkunde studeer, maar ek kan nie werk kry as ’n berader nie” (deelnemer 45).

Daar is baie aspekte wat bydra tot respondente se gevoelens. Die mees algemeenste kwessie, aangevoer deur ses (12%), is die feit dat daar geen spesifieke poste vir beraders geadverteer word nie. Advertensies word gerig aan sielkundiges of maatskaplike werkers.

“We called ourselves counsellors but were perceived as lay-counsellors and we could not name ourselves psychologists or social workers even though we could do most of the requirements for it” (deelnemer 66),

“most places wanted psychologist or social workers” (deelnemer 50).

Nog ’n bydraende faktor soos van melding gemaak deur ses (12%) van die respondente is die feit dat die kursus swak bemark word en mense nie van die kursus weet nie.

“schools know little about the registration” (deelnemer 34),

“there is no understanding of the competencies of a registered counsellor as compared to a social worker” (deelnemer 67),

“many people don’t know what our degree is about” (deelnemer 65).

Volgens een deelnemer het sy geslag wel ’n invloed gehad op sy soektog na werk

“I am in a privileged position of being a male in a female dominated sector... I was able to choose where I wished to be employed” (deelnemer 64).

Vier respondente (8%), het ook die kwessie van die lae salarisse wat vir beraders aangebied word opgebring.

“Sou jy wou werk as berader, sal dit uiteraard ’n liefdadigheidsaak wees” (deelnemer 17),

“I have not looked in the public sector and if I had, R2500 would not be adequate re-imburement for my effort, time and resources” (deelnemer 56),

“Waste of time...unless you are willing to work for free” (deelnemer 51).

Die meeste respondente (40%) verdien tussen R40 000-R80 000/jaar, 32% verdien tussen R0-R40 000/jaar, 16% verdien tussen R80 000-R120 000/jaar en 12% verdien meer as R120 000/jaar. 72% verdien dus minder as R6 000 ’n maand.

Swak salarisse is een van die moontlike redes hoekom studente dalk nie die beroep wil volg nie. Dit dien ook as rede vir hoekom studente nie eers die moeite doen om te registreer as berader nie

(Elkonin & Sandison, 2006). Daar word nie regverdiging gedoen aan die kwalifikasie nie. Beraders word salarisse gelykstaande aan leke-beraders aangebied (Carolissen, 2005). Die registrasie word dus nie erken nie (Elkonin & Sandison).

5.4.3 Dienslewering

Vier en negentig persent (94%) van die respondente het gevoel dat daar 'n plek is vir die kursus binne die Suid-Afrikaanse konteks. Negentien (30%) van die 63 respondente sien beraders as 'n manier om dienste by die publiek te kry omdat nie baie mense sielkundige dienste kan bekostig nie.

“There are very few psychologist that help in very, very poor communities. Due to this the B.Psych degree was implemented to fight the perception that psychology is only for the rich” (deelnemer 40),

“Daar is baie mense wat nie ‘n sielkundige kan bekostig nie” (deelnemer 5),

“Not all can afford psychological costs. It is there to reach the people who can't afford a psychologist...” (deelnemer 32),

“Sielkundiges nog steeds baie eksklusief en onbekostigbaar vir die mense wat dit die meeste nodig het. Geregistreerde beraders is veronderstel om hierdie dienste meer toeganklik vir die massa te maak en nog steeds 'n bestaan kan voer!” (deelnemer 36).

Die B.Psig kursus word deur 44 respondente (70%) gesien as essensieel tot Suid-Afrika se sosiale probleme, maar werksgeleentheid is 'n groot probleem.

“In this country where violence, crime, drug abuse...we certainly need the intervention of the B.Psych degree” (deelnemer 68),

“medical doctors and nurses have no time to deal with the emotional and social requirements a patient needs, B.Psych graduates are trained to facilitate this field” (deelnemer 27),

“The category could be very useful in an overburdened system of service delivery” (deelnemer 16).

Sestien (36%) van die 44 (70% van die totaal) respondente het ook sterk hul kommer oor die effektiwiteit van die kursus uitgespreek as gevolg van beperkte werksgeleentheid.

“The degree is very relevant, however the degree is not recognised in South Africa” (deelnemer 52),

“There really should be more job opportunities. It is no use in training people in a specific field and then they can't find work. Primary mental health is a huge problem in SA and registered

counsellors very much in demand yet no one wants to employ them. This issue must be addressed" (deelnemer 57),

"The B.Psych equips student with a variety of use knowledge and skills...the B.Psych should be properly marketed so that various employment sectors are aware of this "new" degree" (deelnemer 29).

Geregistreerde beraders besef ten volle die belangrikheid van die B.Psig kursus en die rolle wat hulle kan vervul in term van dienslewering en transformasie in Suid-Afrika. Beperkte werksgeleenthede verhinder hulle egter om hierdie transformerende rol in te neem.

Dienslewering op 'n primêre gesondheidsorg vlak binne die Suid-Afrikaanse konteks is kardinaal, nie net omdat die meeste mense dienste op die vlak gebruik nie, maar ook omdat 'n meer omvattende diens op die vlak gelewer kan word. Geestelike, fisiese en emosionele welstand is opgesluit binne die term geestesgesondheid (Freeman & Pillay, 1997). Die samesmelting van geestesgesondheid en primêre gesondheidsorg bied dus die ideale platform om 'n omvattende diens aan die kliënt te lewer. Behandeling geskied dus vanuit 'n ekologiese perspektief om subjektiewe welstand, outonomieit en bevoegdheid, te bevorder (WHO, 2001a). Behandeling vanuit 'n ekologiese perspektief bevorder ook die ontwikkeling van ouderdomsgepaste vaardighede (Cowen, 1994), verbeter menslike kondisies en sodoende word sielkundige welstand in die geheel bevorder (Pretorius-Heuchert & Ahmed, 2001). Behandeling is baievaal nie kuratief nie, maar voorkomend van aard. Proaktiewe primêre voorkoming (Roos et al., 2001) geskied gewoonlik op die primêre gesondheidsorg vlak. Die beskikbaarheid van sielkundige dienste in die primêre gesondheidsorg sektor hou ook die voordeel in dat kliënte moontlike stigma ontduik (Kate et al., 2001).

Gemeenskapsielkunde beoog om deur die implimentering van die waarde van sosiale geregtigheid, dienste meer toeganklik vir mense te maak. Dit sal beteken dat, in teorie, geregistreerde beraders as wies van gemeenskapsielkunde (Kagee et al., 2003), kostevrye dienste aan mense op 'n primêre gesondheidsorg vlak sal voorsien (Department of Health, 1997). Die vraag ontstaan egter: "Wie sal die geregistreerde beraders betaal vir hul dienste, wie sal die wies laat draai?". Volgens die WHO (2001a) word die regering verantwoordbaar gehou vir die geestelike en fisiese welstand van die

bevolking. Bevindinge vanuit die studie staan in ooreenstemming met die van Kotze (2005) dat geregistreerde beraders oneffektief is tot die kwessie van sielkundige dienslewering op die primêre gesondheidsorg vlak. Die “toeganklikheid” is dus wel net transformasie praat, soos Henderson (2004) dit stel.

Die kommer ontstaan dus dat die situasie van dienslewering nie net onaangeraak is nie, maar wel kon vererger het. Sielkundiges mag onder die indruk wees dat geregistreerde beraders die gaping van dienslewering op ’n primêre gesondheidsorg vlak vervul en hulle dus verskoon word van daardie sosiale plig, soos sommige geregistreerde beraders dit gestel het. Nie-sielkundige- of beradingsdienste word dus binne nie hierdie sektor gelewer nie.

Integrasie binne die gesondheidsorg sektor kan weereens dui op transformasie praat. Daar is nie ’n omvattende strategie om die visie te vervul nie. Die huidige strategie maak nie spasie vir beraders binne die gesondheidsorg sektor nie. Daar word van verpleegsters verwag om die werk van beraders te doen (Petersen, 2004). Weens oorvol klinieke en hospitale met primêre behoefte aan mediese dienste loop sielkundige dienste die gevaar om agteruitgestoot te word (Ahmed & Pillay, 2004).

Alhoewel baie mense nie direk die primêre gesondheidsorg sektor nader vir sielkundige dienste nie, is dit die ideale plek om so veel as moontlik voorkomingstrategieë te implimenteer, veral met die dilemma van te min gekwalifiseerde persone wat sielkundige dienste kan lewer (WHO, 2001b). Dit is problematies as dienste nie binne die sektor gelewer word nie.

Die feit dat so baie beraders in die privaatsektor werk veroorsaak dat selfs beradingsdienste die risiko loop om onbekombaar en onbekostigbaar te wees vir die grootste deel van Suid-Afrika se bevolking. Beraders voel dat hulle juis daar is om dienste goedkoper aan mense te verskaf, maar hulle voldoen nie huidiglik hieraan nie.

Die opvoedkunde sektor val ook onder primêre sorg en is ’n gulde geleentheid om dienste by die populasie uit te kry, indien die sektor benut word vir sielkundige dienste. Geregistreerde beraders werk egter nie primêr in die opvoedkunde sektor as beraders nie, maar eerder as opvoeders. Lewis

et al. (2003) se model sien die rol as opvoeder as deel van die omvattende rolle van 'n berader. Die probleem huidiglik binne die opvoedkunde sektor is dat beraders leerders opvoed binne akademiese kontekste soos die aanbieding van vakgebiede soos wiskunde en tale. Die nuwe vakgebied lewensoriëntering is 'n gulde geleentheid vir geregistreerde beraders om gefokusde psigo-opleidingsprogramme aan te bied en sodoende leerders nie slegs op te voed in 'n akademiese konteks nie, maar ook 'n geestesgesondheidskonteks. Die navorser beveel egter aan dat, in terme van dienslewering die fokus nie net op primêre gesondheidsorg moet wees nie, maar dat ander kanale soos primêre sorg instansies gelyke fokus moet geniet. Skole is 'n sentrale instansie binne veral sogenaamde agtergeblewe gemeenskappe. Geregistreerde beraders kan dus 'n kardinale rol speel binne transformasie en dienslewering indien beradingsdienste in skole beskikbaar gestel word. Die probleem van poste vir hierdie beraders kom egter weer na vore.

'n Groot persentasie (20%) van geregistreerde beraders en 35% van graduandi in die Wes-Kaap (Kotze, 2005) werk binne die gemeenskaps-/NRO sektor. Hierdie sektor is ook 'n goeie kanaal om dienste by die populاسie uit te kry. Lewis et al. (2003) se model is in ooreenstemming met werk wat binne die sektor gedoen kan word. Beraders kan dienste soos berading, die aanbieding van werkswinkels, voorkomende psigo-opleidingsprogramme by naskoolsentra aanbied binne die sektor.

Daar is verskeie maniere hoe geregistreerde beraders effektief gebruik kan word binne die proses van transformasie in Suid-Afrika. Daar kan op verskeie maniere verseker word dat sielkundige dienste wel die populاسie bereik. Die probleem egter met al bogenoemde voorstellings is weereens die gebrek aan poste met salarisse gelykstaande aan die kwalifikasie van geregistreerde beraders.

Die navorser redeneer dat die regering die holistiese impak van geestesgesondheid op die bevolking moet besef (Bronfenbrenner, 1979), asook die omvattende rol wat geregistreerde beraders kan vervul (Lewis et al., 2003). Geestesgesondheid is kardinaal vir alle fasette van die funksionering van 'n land. Indien 'n individu nie geestesgesond is nie het dit 'n impak op sy verhoudings met ander mense, wat kan lei tot sosiale probleme. Die persoon is ook geneig om minder produktief te

wees in sy/haar werk, wat 'n direkte impak het op die ekonomie. Volgens Bronfenbrenner is die impak van geestesgesondheidsprobleme eindeloos. Dit is dus essensieel dat daar wel poste vir geregistreerde beraders geskep word ten einde seker te maak dat dienste wel die populasie bereik en transformasie wel op hierdie gebied sigbaar word.

Daar kan geredeneer word, volgens Bronfenbrenner (1979), dat indien daar 'n verandering op makro-vlak gebeur ten opsigte van werkskepping, daar 'n verandering op mikro-vlak kan verwag word ten opsigte van dienslewering. Die probleem van dienslewering moet holisties op alle vlakke aangespreek word omdat dit op alle vlakke 'n impak het op die geestesgesondheid van Suid-Afrikaners.

5.5 Opsomming van kwalitatiewe resultate

Die resultate van die kwalitatiewe analise word hier saamgevat.

- Respondente sal die B.Psig kursus weer kies as gevolg van hul passie vir mense. Hulle kommunikeer ook egter hul bekommernis oor beperkte werksgeleenthede.
- Deelnemers het die B.Psig kursus aanvanklik gekies om 'n sielkundige te word en nie 'n berader nie. Die kursus word beskou as 'n roete na professionele opleiding as sielkundige.
- Drie van die vier respondente wat tans verder studeer sit hul studies voort binne die sielkunde rigting.
- Die B.Psig kursus is vir geregistreerde beraders belangrik binne die Suid-Afrikaanse geestesgesondheidskonteks met die oog op die land se sosiale probleme, veral omdat baie mense nie sielkundige dienste kan bekostig nie. Daar is egter geen werksgeleenthede nie.
- Beraders voel dat hul wel goed opgelei is vir werk binne die primêre gesondheidsorg, maar te min werk wel in die sektor om gewig aan hierdie opinies te gee.

- Respondente is bewus van die behoefte aan beraders in die primêre gesondheidsorg sektor, asook die tipe werk wat hulle sal doen. Respondente is egter ook bewus van kwessies soos swak salarisse en werksoorlading in die sektor.
- 'n Kombinasie van persoonlike, beradings- en praktiese vaardighede word gesien as noodsaaklik vir werk binne die primêre gesondheidsorg sektor.
- Respondente vind die proses van soek na werk frustrerend, grotendeels as gevolg van die feit dat die beroep nie goed bemark word nie. Dit lei daartoe dat daar nie spesifieke poste geadverteer word nie. Die publiek en werkgewers is meer bekend met sielkundiges en maatskaplike werkers. Dit dra daartoe by dat beraders verwar word met leke-beraders en 'n salaris gelykstaande daaraan gebied word. Taal en geslag het wel vir sommige 'n rol speel in hul soektog na werk. Baie deelnemers in die opvoedkunde sektor is nie heeltemal gelukkig in hul werk nie, omdat beradingsdienste as sekondêr beskou word.

5.6 Opsomming van die studie

Die B.Psig kursus was aanvanklik ingestel om dienste vinniger by die publiek te kry. Beraders was dus opgelei om dienste op 'n primêre gesondheidsorg vlak te lewer. Die navorser kom tot die gevolgtrekking dat die B.Psig kursus nie die verwagte uitkomst in terme van dienslewering op 'n primêre gesondheidsorg vlak bereik het nie. Hierdie studie is in ooreenstemming met Kotze (2005) se bevindinge dat die toeganklikheid tot geestesgesondheidsdienslewering nie beduidend verander het na die instelling van die B.Psig kursus nie. Die tendens gevind vir die Wes-Kaap beloop dus om uiteenlopend dieselfde te wees vir die res van die land. Die oorhoofse rede vir die afwesigheid van geregistreerde beraders binne die gesondheidsorg sektor is die afwesigheid van poste vir beraders in die betrokke sektor. 'n Sub-rede uit die studie is die feit dat indien daar wel poste is, is die salarisse nie gelykstaande aan die geregistreerde berader se kwalifikasie nie. Twee en sewentig persent (72%) van geregistreerde beraders wat werk, verdien tussen R0 en R80 000 per jaar in hul onderskeie poste. Baie beraders het nie die B.Psig kursus gekies om 'n berader te word nie, maar

om 'n sielkundige te word. Met verwysing na laasgenoemde is baie beraders dus besig om hierdie ideaal na te streef. Die meeste geregistreerde beraders in Suid Afrika werk in die opvoedkundesektor, weens die beskikbaarheid van poste in die sektor. Alhoewel die opvoedkundesektor gesien kan word as primêre sorg dienste, is berading nie die hoofrede vir aanstelling vir geregistreerde beraders nie. Die tweede grootste persentasie geregistreerde beraders werk binne die privaatsektor, weens die werksgeleentheid in die sektor asook die selfbevrediging wat dit bring binne die ideaal van sielkundige wees. Slegs 'n skrale 8% werk binne die gesondheidsorg sektor waarvoor hulle opgelei was.

Die werkbesettingspatrone van beraders dui dus daarop dat geregistreerde beraders nie effektief geestesgesondheidsbehoefte op primêre gesondheidsorg vlak adresseer nie. Die situasie van ongelykheid ten opsigte van toegang tot dienste en verwante kwessies soos voortsetting van rassediskriminasie duur voort.

5.7 Implikasies vir die praktyk

Een van die beoogde uitkomst van die B.Psig kursus was om die skewe ras kurwe binne die sielkunde professie aan te spreek. Tot en met 23 Mei 2006 was daar egter nie 'n opmerkende verandering in die ras kurwe nie. Die statistiek vasgestel deur die HPCSA op daardie datum was as volg: met 60% wit en 20% swart beraders in die totale populasie. Hierdie persentasies is problematies in terme van dienslewering omdat 80% van die totale Suid-Afrikaanse bevolking swart is (Statistics South Africa, 2006), en daar 'n tendens is onder professionele persone om dienste onder hul eie rasgroep te lewer. Dit beteken dat 'n groot persentasie van Suid-Afrika se bevolking sonder berading- of sielkundige dienste gelaat word.

Slegs 9% van die respondente binne die studie praat 'n Afrika-taal as huistaal. Dit hou groot diensleweringimplikasies in, omdat 41% van die bevolking se huistaal IsiZulu of IsiXhosa is. Taal is sentraal tot assessering en behandeling binne die diensleweringproses onder geestesgesondheid (Swartz, 1998). Taal word meestal verbind tot ras en behoort dieselfde implikasie tot dienslewering te hê as ras.

Neentig persent (91%) van geregistreerde beraders binne die studie was vroue. Een en vyftig persent (51%) van Suid-Afrikaners is vroue (Statistics South Africa, 2006). Verkragting, geweld teenoor vroue en ander geslag verwante kwessies is aan die orde van die dag. Die geslag van die praktisyn mag 'n subjektiewe rol speel in die kwaliteit en/of objektiwiteit van die terapie.

Die B.Psig kursus het geen verandering gebring in die demografie van diensverskaffers binne die sielkunde professie nie. Dit mag implikasies van ongelykheid binne die beroep asook dienslewering vir die publiek inhou.

Die feit dat geregistreerde beraders nie binne die primêre gesondheidssektor werk nie, maak dat sielkundige dienste nogsteeds onbekombaar vir baie Suid-Afrikaners is. Die relevansie van die praktyk binne die Suid-Afrikaanse konteks word ook dus bevraagteken.

5.8 Aanbevelings

Die navorser beveel aan in terme van die ras en taal kwessies binne die beroep dat intervensies op 'n makro-vlak moet plaasvind, soos byvoorbeeld die verpligte aanbieding van die dominerende swart taal van die provinsie in alle skole vanaf graad een, soos wat dit met Afrikaans en Engels is. Dit sal verseker dat wit praktisyne van die volgende generasie ook in staat sal wees om dienste aan swart persone in hul moedertaal te kan lewer en andersom.

Werwing van voornemende sielkunde studente moet alreeds op skool plaasvind wanneer kognitiewe kaarte rondom beroepsaspirasies gevorm word. Dit sal veroorsaak dat die sielkunde deel word van die kind se skema as moontlike beroepskeuse. Dit is ook 'n gunstige geleentheid om die beroep te bemark en miskonsepsies, soos dat dit slegs 'n wit beroep is, uit te skakel.

Die navorser stem dat die B.Psig kursus 'n goeie inisiatief was om dienste vinniger en meer toeganklik en bekostigbaar by die publiek te kry. Daar was egter nie holisties na die oplossing gekyk nie. Die staat moet poste binne die primêre gesondheidsorg asook die primêre sorg sektor skep vir geregistreerde beraders. Die salarisse aangebied vir hierdie poste moet in ooreenstemming met geregistreerde beraders se kwalifikasies wees.

5.9 Verdere navorsing

Dit kan van groot bydra wees tot die studie indien 'n behoefte bepaling gedoen kan word by primêre gesondheidsorg en primêre sorg instansies in terme van sielkundige dienste benodig asook die publiek self. Die moontlikheid in terme van finansies vir die skep van poste kan ook 'n interessante studie wees. Die navorser voel dat die instelling van die B.Psig kursus wel 'n goeie inisiatief was, maar ander moontlike wetgewings of benadering om wel beoogde uitkomst van die B.Psig kursus te bereik moet geëksploreer word.

Verwysingly

- Ahmed, R., & Pillay, A. L. (2004). Reviewing clinical psychology training in the post-Apartheid period: Have we made any progress? *South African Journal of Psychology*, 34(4), 630-656.
- Babbie, E., & Mouton, J. (2001). *The practice of social research*. Cape Town: Oxford University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Carolissen, R. (2005). *What's relevance got to do with it? Gaps between theory and praxis in the B.Psych degree*. Paper presented at the ISTP conference, 20-24 June, Cape Town.
- Coughlan, F.J. (1995). Primary health care organizations in South Africa: Some conceptual issues. *South African Journal of Sociology*, 26(1), 9-15.
- Cowen, E.L. (1994). The enhancement of psychological wellness: Challenges and opportunities. *American Journal of Community Psychology*, 22(2), 149-179.
- De la Rey, C., & Ipser, J. (2004). The call for relevance: South African psychology ten years into democracy. *South African Journal of Psychology*, 34(4), 544-552.
- Department of Health. (1997). Mental health and substance abuse. *In Transformation of the health system, White paper 1997*, Chapter 12. Onttrek 10 Julie 2006 van www.info.gov.za/whitepaper/1997/health.htm#chapter%2012
- Department of Psychology, University of the Free State (n.d.). B.Psych./Honours Programme. Onttrek 19 Junie 2006 van www.uovs.ac.za/faculties/document/01/163/11303-Equivalence%20vir%20web.pdf
- Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B., & Kleinman, A. (1995). *World mental health: Problems and priorities in low-income countries*. New York: Oxford University Press.

- Duffy, K.G., & Wong, F.Y. (1996). *Community psychology*. United States of America: Allyn & Bacon.
- Duncan, N., Stevens, G., & Bowman, B. (2004). South African psychology and racism: Historical determinants and future prospects. In D. Hook (Ed.), *Critical psychology* (pp. 360-387). Lansdowne: UCT Press.
- Edwards, S. (1998). The Zululand community psychology story. In L. Schlebusch (Ed.). *South Africa beyond transition: Psychological well-being* (pp.79-156). Proceeding of the 3rd Annual Congress of the Psychology Society of South Africa.
- Edwards, S. (2002). Evaluating models of community psychology: Social transformation in South Africa. *International Journal of Behavioural Medicine*, 9(4), 301-308.
- Elkonin, D.S., & Sandison, A. (2006). Mind the gap: Have registered counsellors fallen through? *South African Journal of Psychology*, 36(3), 598-612.
- Fox, D.R. (2003). Awareness is good, but action is better. *The Counselling Psychologist*, 31(3), 299-304.
- Freeman, M., & Pillay, Y. (1997). Mental health policy-plans and funding. In D. Fosters, M. Freeman, & Y. Pillay (Eds.), *Mental health policy issues for South Africa*. Medical Association of South Africa, (pp.32-54). Pinelands: Multimedia Publications.
- Gask, L., & Rogers, A. (1998). Bridging the gab: Mapping a new generation of primary mental health care research. *Journal of Mental Health*, 6(7),28-31.
- Geldenhuys, D. (2005). *Werksbevreiding en motivering met verwysing na die inligtingstechnologiebedryf*. Ongepubliseerde meesterstesis, Universiteit van Johannesburg.
- Gibson, K., Sandenberg, R., & Swartz, L. (2001). Becoming a community clinical psychologist: Integration of community and clinical practices in psychologist training. *South African Journal of Psychology*, 31(1), 29-36.

- Graziano, A.M., & Raulin, M.L. (2004). *Research methods* (5th ed.). USA: Pearson Education Group, INC.
- Gottfredson, L.S. (1981). Circumscription and compromise: A developmental theory of occupational aspirations. *Journal of Counselling Psychology*, 28(6), 545-579.
- Health Sector Strategic Framework, 1999-2004. Department of Health. Onttrek 5 September 2006 van <http://196.36.153.56/doh/docs/policy/framework99-04.html>
- Henderson, J. (2004). *Getting "laid": New professional positions in South African Psychology*. Unpublished master's thesis, Rhodes University, Grahamstown.
- Hickson, J., & Kriegler, S. (2001). The mission and role of psychology in a traumatised and changing society: The case of South Africa. *International Journal of Psychology*, 26, 783-793.
- HPCSA, form 234, 258, 24 RC
- Johnson, K. (2005). *Perceptions of community psychology among B.Psych and Honours psychology students in the Western Cape*. Unpublished master's thesis, University of Stellenbosch.
- Kagee, A., Naidoo, A.V., & Van Wyk, S. (2003). Building communities of peace: The South African experience. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 25(4), 225-233.
- Kale, R. (1995). South Africa's health: New South Africa's mental health. *British Medical Journal*, 310, 1254-1256.
- Kates, N., Crustolo, A., Farrar, S., & Nikolaou, L. (2001). Integrating mental health services into primary care. *The Journal of Collaborative Family Health Care*, 19(1), 22-31.
- Kotze, L. (2005). *Employment patterns of B.Psych graduates in the Western Cape*. Unpublished master's thesis. University of Stellenbosh.

- Lesch, E. (1998). Selling community psychology to South African psychology students. In L. Schlebusch (Ed.), *South Africa beyond transition: Psychological well-being* (pp. 156-159). Proceeding of the 3rd Annual Congress of the Psychology Society of South Africa
- Lester, H., & Cooper, H. (2003). Training primary mental health workers: The Birmingham experience. *Education for Primary Care, 14*, 445-558.
- Lewin, K. (1952). *Field Theory in social science selected theoretical papers by Kurt Lewin*, London: Tavistock Publications LTD.
- Lewis, J.A., Lewis, M.D., Daniels, J.A., & D'Andrea, M.J. (2003). *Community counselling: Empowerment strategy for a diverse society (3rd ed.)*. California: Thomson Learning.
- Lindegger, G. (1998). Non-psychologist counsellor/psychotherapist: Finding a place in relation to psychologist. In L. Schlebusch (Ed.), *South Africa beyond transition: Psychological well-being* (pp. 160-162). Proceeding of the 3rd Annual Congress of the Psychology Society of South Africa
- Maslow, A.H. (1970). *Motivation and personality*. New York: Harper Collins.
- Meyers, J.E., Sweeney, T.J., & Witmer, J.M. (2000). The wheel of wellness counselling for wellness: A holistic model for treatment planning. *Journal of Counselling and Development, 78*, 251-264.
- Mental Health Care Act No. 17 of 2002*, Statutes of the Republic of South Africa, 37, 451-489.
- Miller, R.L., & Brewer, J.D. (2003). *The A-Z of social research*. London: Sage Publications.
- Montero, M. (1998). Psychosocial community work as an alternative mode of political action. The construction and critical transformation of society. *Community, Work and Family, 1*(1), 65-78.
- Naidoo, A.V. (2000). *Community psychology: Constructing community, reconstructing psychology in South Africa*. Inaugural Lecture. University of Stellenbosch.

- Naidoo, A.V., Shabalala, N.J., & Bawa, U. (2003). Community psychology. In L. Nicholas (Ed.), *Introduction to psychology* (pp. 423-456). Lansdowne: UCT Press.
- Nelson, G., & Prilleltensky, I. (2005). *Community psychology: In pursuit of liberation and well-being*. New York: Palgrave MacMillan.
- Neuman, W.L. (2000). *Social research methods qualitative and quantitative approaches (4th ed.)*. Boston: Allyn & Baron.
- Neuman, W.L. (2003). *Social research methods qualitative and quantitative approaches (5th ed.)*. USA: Pearson Education, Inc
- Petersen, I. (1998). Comprehensive integrated primary mental health care in South Africa: The need for a shift in the discourse of care. *South African Journal of Psychology*, 28(4), 196-203.
- Petersen, I. (1999). Training for transformation: Reorientating primary health care nurses for the provision of mental health care in South Africa. *Journal of Advanced Nursing*, 30(4), 907-915.
- Petersen, I. (2000). Comprehensive integrated primary mental health care for South Africa. Pipe dream or possibility? *Social Science and Medicine*, 51, 321-334.
- Petersen, I. (2004). Primary level psychological services in South Africa: Can a new psychological professional fill the gap? *Health Policy and Planning*, 19(1), 33-40.
- Pienaar, A. (Junie, 2005). *Manto kry weer bloedneus-die keer van beraders*. Die Burger p 2.
- Pillay, A.L., & Kramers, A.L. (2003). South African clinical psychology, employment (in)equity and the "brain drain". *South African Journal of Psychology*, 33(1), 52-60.
- Pillay, A., & Lockhat, R. (2001). Models of community mental health services for children. In M. Seedat, N. Duncan, & S. Lazarus (Eds.), *Community psychology: Theory, method and practice* (pp. 87-106). Cape Town: Oxford University Press.

- Pretorius-Heuchert, J.W., & Ahmed, R. (2001). Community psychology: Past, present, and future. In M. Seedat, N. Duncun, & S. Lazarus (Eds.), *Community psychology: Theory, methods and practice* (pp.1-4). Cape Town: Oxford University Press.
- Prilleltensky, I., & Nelson, G. (1997). Community psychology: Reclaiming social justice. In D. Fox & I. Prilleltensky (Eds.), *Critical psychology: An introduction* (pp.167-184). London: Sage.
- Prinsloo, E. (1998). Social change in South Africa: Opportunity or crisis? *Society in Transition*, 29(1-2).
- Professional Board of Psychology (2000). *Open letter to psychologist*. 22 May 2000. Pretoria
- Professional Board of Psychology (2003). *Education and training*. Onttrek 23 Maart 2005 van <http://www.hpcsa.co.za/professional-boards/psychology/educationandtraining/index.htm>
- Professional Board of Psychology (2005). *News*. Onttrek 20 September 2005 van <http://www.hpcsa.co.za/professional->
- Richer, L.M., & Griesel, R.D. (1999). Women psychologists in South Africa. *Feminism & Psychology*, 9, 134-141.
- Richer, L.M., Griesel, R.D., Durrheim, K., Wilson, M., Surendorff, N., & Asafo-Agyei, L. (1998). Employment opportunities for psychology graduates in South Africa: A contemporary analysis. *South African Journal of Psychology*, 28(1), 1-10.
- Rock, B.M., & Hamber, B.E. (1994). *Psychology in the future South Africa: The need for a national psychology development plan*. (A commissioned research project for the professional Board of Psychology). Pretoria: South African Medical and Dental Council.
- Roos, V., Taljaard, R., & Lombard, A. (2001). *Developmental interventions: Programme development*. South Africa, Pretoria
- Scileppi, J.A., Teed, E.L., & Torres, R.D. (2000). *Community psychology: A common sense approach to mental health*. New Jersey: Prentice Hall.

- Seedat, M. (1998). A characterization of South African psychology (1948-1988). *South African Journal of Psychology*, 28(2), 74-84
- Seedat, M., Duncan, N., & Lazarus, S. (2001). *Community psychology: Theory, method and practice. South African and other perspectives*. Cape Town: Oxford University Press.
- Seedat, M., MacKenzie, S., & Stevens, G. (2004). Trends and redress in community psychology during 10years of democracy (1994-2003): A journal-based perspective. *South African Journal of Psychology*, 34(4), 595-612.
- Statistics South Africa (2006). *Statistical release P0302: Mid-year population estimates, South Africa, 2006*. Onttrek 20 Februarie 2007 van www.statssa.gov.za/PublicationsHTML/P03022006/html/P03022006.html
- Stead, G.B., & Watson, M.B. (1999). *Career psychology in the South African context*. Pretoria: Van Schaik Publishers.
- Departement Sielkunde (2005). *B.Psig program vierde jaar*. Stellenbosch Universiteit.
- Stevens, G. (2003). Academic representations of “race” and racism in psychology: Knowledge production, historical context and dialectics in transitional South Africa. *International Journal of Intercultural Relations*, 27, 189-207.
- Strachan, K. (2000). Merging mental health with primary health care. *HST Update*, 50, 10. Onttrek 2 September 2006 van www.hst.org.za/generic/49

- Suffla, S., Stevens, G., & Seedat, M. (1999). Mirror reflections: the evolution of organized professional psychology in South Africa. In N. Duncan, A. van Niekerk, C. de la Rey, & M. Seedat (Eds.), *Race, racism, knowledge production and psychology in South Africa* (pp. 27-36). New York: Nova Science Publishers.
- Suffla, S., & Seedat, M. (2004). How has psychology fared over ten years of democracy? Achievement, challenges and questions. *South African Journal of Psychology*, 34(4), 513-519.
- Swartz, L. (1998). *Culture and mental health: A South African view*. Cape Town: Oxford University Press.
- Van Wyk, S. (2002). *Locating a counseling internship within a community setting*. Unpublished master's thesis, University of Stellenbosch.
- Wentworth, A. (2003). *The longitudinal assessment of the vocational development of a cohort of B.Psych students*. Unpublished honour's research assignment, University of Stellenbosch.
- Wilson, M., Richter, L.M., Durrheim, K., Surendorff, N., & Asafo-Agyei, L. (1999a). Professional psychology: Where are we headed? *South African Journal of Psychology*, 29(4), 184-190.
- Wilson, M., Richter, L.M., Durrheim, K., Surendorff, N., & Asafo-Agyei, L. (1999b). The social and human science in South Africa: An analysis of employment trends. *Society in Transition*, 30(2), 131-142.
- Wikipedia (2006). *Bantu Education Act of 1953*. Onttrek 19 April 2007 van http://en.wikipedia.org/wiki/Bantu_Education_Act.
- World Health Organization (2001a). *The World Health Report 2001. Mental health: New understanding, new hope*. Onttrek February 21, 2005, van <http://www.who.int/whr/2001>.
- World Health Organisation (2001b). *Atlas: Country profiles on mental health resources*. Geneva: World Health Organisation.

Woody, C. (1998). Mind the gap: Research in primary mental health care. *Journal of Mental Health, 7*(3), 217-222.

Zimmerman, M.A. (1995). Psychological empowerment: Issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology, 23*, 581-599.

Bylaag 1: Opnamevraelys**Beste deelnemers**

Die huidige navorsing wil graag die werkbsettingspatrone van geregistreerde beraders in Suid-Afrika deur middel van die vraelys vasstel. Alle inligting word as streng vertroulik beskou. Die voltooiing van die vraelys sal min of meer 30 minute van u tyd in beslag neem. Vul asseblief u telefoon nommers aan die einde van die vraelys in as u in aanmerking wil kom vir die trekking vir 'n R250 geskenkbewys van Exclusive Books.

**Die insluiting van die vraag om ras dien as redevoering. Vir die doel van hierdie navorsing, sal rasse bewoording gebruik word soos dit oorspronklik in die Populasie Registrasie Wet uiteengelê is. Tans word rasse terminologie dikwels in navorsing gebruik om sosiale verandering te monitor.*

Voltooi asseblief die volgende vrae

1. Ouderdom: _____

2. Ras*

Wit	<input type="checkbox"/>
Kleurling	<input type="checkbox"/>
Swart	<input type="checkbox"/>
Indiër	<input type="checkbox"/>
Ander	<input type="checkbox"/>

3. Geslag

Manlik	<input type="checkbox"/>
Vroulik	<input type="checkbox"/>

4. Huistaal: _____

Ander inheemse taal: _____

Ander vreemde/uitheemse taal: _____

5. Universiteit waar B.Psig graad behaal was?

6. Jaar waarin u met B.Psig graad gegradueer het?

7. Jaar waarin u by die Beroepsraad geregistreer het?

8. Onder watter kategorie het u geregistreer?

Skool	<input type="checkbox"/>	HIV/VIGS	<input type="checkbox"/>	Beroep	<input type="checkbox"/>
Trauma	<input type="checkbox"/>	Sport	<input type="checkbox"/>	Familie	<input type="checkbox"/>
Werknemers welstand	<input type="checkbox"/>	Menslike hulpbronne	<input type="checkbox"/>	Pastorale	<input type="checkbox"/>
Gemeenskap geestesgesondheid	<input type="checkbox"/>				

9. Wat is u huidige werkstatus?

In diens

Werkloos

Student

Ander (Spesifiseer asseblief) _____

Let wel: vraag 10, 11 en 12 is onderskeidelik beantwoordbaar, afhangende van u huidige werkstatus. Die res van die vraelys geld vir alle deelnemers.

10. Indien u werk:

(a) Het u vir werk gesoek?

Ja, ek het vir werk gesoek

Nee, werk was vir my aangebied

(b) Hoe lank het u gewag, nadat u gegradueer het, om werk te kry?

0-3 maande

3-6 maande

9-12 maande

Meer as 12 maande

(c) In watter sektor is u tans aangestel?

Privaatsektor

Gesondheidssektor

Opvoedkundigesektor

Gemeenskapsorganisasie/NGO

Ander (Spesifiseer asseblief) _____

(d) Wat is u huidige plek van werk?

(e) In watter provinsie werk u?

(f) Beskryf u huidige werksfunksies.

(g) Wat was u salaris by huidige aanstelling?

R0-R40 000/jaar

R40 000-R80 000/jaar

R80 000-R120 000/jaar

Meer as R120 000/jaar

(h) Was u werkgever bewus van die “registreerde berader” kategorie van registrasie? Motiveer asseblief.

(i) Het registrasie as berader vir u enige voordeel ingehou in u soektog vir werk? Motiveer asseblief.

(j) Is u van plan om verder in die veld van sielkunde te studeer?

Ja

Nee

Onbeslis

11. Indien werkloos:**(a) Vir watter tydperk is u op soek na werk?**0-3 maande 3-6 maande 9-12 maande Meer as 12 maande **(b) In watter sektor (e) het u vir werk aansoek gedoen?**Privaatsektor Gesondheidsektor Opvoedkundigesektor Gemeenskapsorganisasie/NGO

Ander (Spesifiseer asseblief) _____

(c) Is u van plan om verder in die veld van sielkunde te studeer?Ja Nee Onseker **12. Indien u 'n student is:****(a) Watter kursus volg u tans?**

(b) Hoekom gaan u voort met u studies as u die keuse het om te werk?

13. By nadenke, sou u verkies het om 'n ander graadkursus te volg? Motiveer asseblief.

14. Het u die B.Psig kursus gekies om 'n berader of 'n sielkundige te word? Motiveer asseblief.

15. Dink u dat u akademiese instelling vir u genoegsaam voorberei het vir werk in die primêre gesondheidsorgsektor? Motiveer asseblief.

16. Watter vaardighede, volgens u, word benodig om binne die primêre gesondheidsorg te werk?

17. Het u praktiese ervaring u gemotiveer om binne die primêresorg konteks te werk? Motiveer asseblief.

18. Beskryf u ervaring van u opleiding as berader.

19. Beskryf u ervaring in u soektog na werk.

20. Beskryf kortliks u persepsie van wat werk binne die primêre gesondheidsorgsisteem behels?

**21. Is die B.Psig graad belangrik binne die Suid-Afrikaanse
geestesgesondheidskonteks? Motiveer asseblief.**

Dankie vir u deelname

Telefoon nommer (vir die prys trekking) -----

Bylaag 2: Survey Questionnaire

Dear participant

The purpose of this questionnaire is to determine the employment patterns of registered counsellors in South Africa. All information obtained through this questionnaire is viewed as strictly confidential. Completion of this questionnaire will take approximately 30 minutes of your time. You may include your telephone number on the detachable slip at the end of the questionnaire for entry into the draw for a R250 book voucher from Exclusive Books.

**The inclusion of the question about race serves for monitoring purposes as race has been and to a large extent still seems to be, central to South African discourses. For the purpose of this study racial terms will be used as originally described in accordance to the population registration act. These labels are also still used in research to monitor and track social change.*

Please complete the following questions.

1. Age: _____

2. Race*	White	<input type="checkbox"/>
	Coloured	<input type="checkbox"/>
	Black	<input type="checkbox"/>
	Indian	<input type="checkbox"/>
	Other	<input type="checkbox"/>

3. Gender:	Male	<input type="checkbox"/>
	Female	<input type="checkbox"/>

4. Home Language: _____

Other indigenous languages: _____

Other foreign language: _____

5. University where B.Psych degree was completed?

6. In what year did you obtain the B.Psych degree?

7. In what year did you register with the Professional Board?

8. Under which category did you register?

School	<input type="checkbox"/>	HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>	Career	<input type="checkbox"/>
Trauma	<input type="checkbox"/>	Sport	<input type="checkbox"/>	Family	<input type="checkbox"/>
Employee well-being	<input type="checkbox"/>	Human Resource	<input type="checkbox"/>	Pastoral	<input type="checkbox"/>
Community mental health	<input type="checkbox"/>				

9. What is your current employment status?

Employed

Unemployed

Student

Other (Please Specify) _____

Please note that you should answer either question 10 or 11 or 12, depending on your current status. All participants must answer the rest of the questionnaire.

10. *If Employed:*

(a) Did you look for employment?

Yes, I looked for employment

No, employment was offered to me

(b) How long after graduating did you wait for your first employment?

0-3 months

3-6 months

9-12 months

More than 12 months

(c) Where are you currently employed?

Private sector

Health sector

Education sector

Community Organisation/NGO

Other (Please Specify) _____

(d) What is your current place of employment?

(e) In which province are you working?

(f) Briefly describe your main job functions.

(g) What are your current earnings?R0-R40 000/year R40 000-R80 000/year R80 000-R120 000/year More than R120 000/year **(h) Were your employers aware of the “registered counsellor” category of registration? Please explain.**

(i) Did the practice field specialization give you any advantage in your job prospecting? Please explain.

(j) Do you propose to continue with further studies in Psychology?Yes No Undecided

11. If Unemployed:**(a) For what period of time have you been seeking employment?**0-3 months 3-6 months 9-12 months More than 12 months **(b) In which sector (s) have you been searching for employment?**Private sector Health sector Education sector Community Organisation/NGO

Other (Please Specify) _____

(c) Do you propose to continue with further studies in Psychology?Yes No Undecided **12. If you are a student:****(a) What course are you following?**

(b) Why are you continuing your studies when you have the choice of working?

13. In retrospect, would you have elected to do a different degree than the B.Psych degree? Please explain.

14. Did you choose the B.Psych degree to become a counsellor or a psychologist? Please explain.

15. In your opinion, as a registered counsellor, did your academic institution adequately prepare you for work in the primary health care sector? Please explain.

16. Which skills do you think a counsellor needs in order to work in the primary health care sector?

17. Did your practical experience motivate you to work in the primary healthcare context?

18. Describe your experience of your training as a registered counsellor.

19. Describe your experience in your search for employment.

20. Describe your perception of what it means to work in the primary health care sector?

21. Do you consider the B.Psych degree to be important in the South African mental health context? Please explain.

Thank you for your participation

Telephone numbers: (for purposes of the draw)