

HOOFSTUK 1

ALGEMENE INLEIDING TOT DIE ONDERSOEK

1.1 Algemene inleiding

Substansgebruik is geen nuwe verskynsel nie. Verskeie middels wat in die natuur voorkom, word al lank deur die mens benut. Substans is vroeër hoofsaaklik as medisyne gebruik (Maisto, Galizio & Conners, 1995:24). Bier en bessiewyn is al in 6400 v. C. geniet en die opiumpapawer is reeds in 5000 v. C. as 'n "vreugdeplant" gebruik. Die gebruik van dagga as gebrande tee in China dateer uit 2700 v. C. (Maisto *et al.*, 1995:24). Substans is al jare in gebruik om gemoedstemminge te verander. Daar is egter vir baie mense emosionele pyn wat voortspruit uit hartseer, probleme en bekommernisse waarvoor substans 'n tydelike verligting en ontvlugting bied.

Die potensiaal van verslawing aan substans is eers laat in die negentiende eeu beseef en die eerste dwelmwetgewing het in werklikheid eers in die twintigste eeu 'n aanvang geneem. Die eerste wet met betrekking tot substans was die San Francisco-ordinansie van 1875 wat "opium dens", plekke waar opium gerook word, verbied het (Maisto *et al.*, 1995:24).

Substansafhanklikheid is 'n universele verskynsel wat geen ouderdom, status, titel of geslag ontsien nie. Die volgende aanhaling illustreer tereg die erns en potensiaal van substansafhanklikheid: "Drugs. They do not discriminate. They ask no age, name, title or gender. They infiltrate horizontally and vertically in any hierarchy or level of the community. They respect no boundaries, obey no laws not made by themselves. Masters of disguise, they have many names, forms, faces, colours. Talking business with them is talking death. The longer in their service the lower you stoop. They exponentially destroy wherever they move, a destruction most of the time only realised when viewed in retrospect" (Servamus, 2000:8).

Substansafhanklikheid ontsien geen beroepsgroep nie en ook nie die mediese beroep nie, met spesifieke verwysing na geneeshere.

Smith in Lens & Van der Wal (1997a:vii) merk die volgende op: "We shouldn't be surprised by problem doctors. Why wouldn't they exist?" Die omvang van substansafhanklikheid onder geneeshere is 'n kontroversiële onderwerp en betroubare statistieke daarvoor is moeilik bekombaar.

'n Verskeidenheid van bevindinge en gevolgtrekkings oor die omvang van substansafhanklikheid onder geneeshere is al gepubliseer (Medical Council of New Zealand, 2000:1 en Morrison & Wickersham, 1998:1889). Volgens Lawson, Ruiz & Millman (1992:898) blyk tussen 10% en 15% van die populasie van geneeshere substansafhanklikheid te ontwikkel. Degi, Talbott & Warren (1997:58) meen egter dat geneeshere dieselfde tendense toon ten opsigte van substansafhanklikheid as die breë bevolking. Die algemene mening is nogtans dat geneeshere meer blootgestel is aan die ontwikkeling van substansafhanklikheid te ontwikkel en dat hulle 'n hoërisikogroep is vanweë hulle beroep (Dodgen & Shea, 2000:150).

Die aanmelding van substansafhanklikheid by geneeshere by mediese rade op internasionale en nasionale vlak gebeur gewoonlik nadat die afhanklikheidsproblematiek al baie ernstige afmetings aangeneem het. Baie geneeshere word ook nooit aangemeld nie (Medical Council of New Zealand, 200:1, Furman, 1992:92 en Brooke, 1995:149). Uit die meeste navorsingsbevindinge en studies oor substansafhanklike geneeshere blyk dit dat die spesifieke populasie meer blootgestel is aan, en kwesbaar is vir substansafhanklikheid (Pilowski, 1989: 269 en Cooper, Rout & Faragher, 1989:366).

Smith (in Lens & Van der Wal 1997a: vii) meld dat geneeshere spesifieke en unieke probleme eie aan hulle beroepsgroep ervaar.

Meer kennis, `n beter begrip en duideliker definiëring van die aard van die probleme van geneeshere kan meer effektiewe behandelingsdienste en voorkomingsdienste tot gevolg hê.

1.2 Motivering vir die keuse van die onderwerp

Die primêre rede vir die aanmelding van geneeshere by mediese rade, op internasionale vlak is substansafhanklikheid (Nace, 1995:54). In Suid-Afrika is die vernaamste rede vir die monitering van geneeshere deur die Gesondheidskomitee wat deel is van die Mediese en Tandheelkundige Beroepsraad van Suid-Afrika, ook substansafhanklikheid.

Sommige lande het al prosedures vasgestel vir intervensie om substansafhanklikheid onder geneeshere te bestuur. Hierdie aspek ontvang egter in baie min lande aandag, behalwe wanneer dissiplinêre stappe ter sprake is (Brooke, 1995:149).

Suid-Afrika is geen uitsondering nie en worstel met dieselfde probleme, vanweë die gebrek aan vroeë identifisering en effektiewe hantering van die substansafhanklike geneesheer – in die breë ook die probleemgeneesheer.

Die feit dat geneeshere nie aan mediese rade oor hulle substansprobleme gerapporteer word nie, is `n universele verskynsel en sentrale tema binne die beroepsgroep (Medical Council News of New Zealand, 2000:5).

Die verskynsel dat die minimum getal probleemgeneeshere by Mediese rade gerapporteer word, word die “conspiracy of silence” genoem en is uniek tot dië beroepsgroep (vergelyk Lens & Van der Wal, 1997a: viii; Rosenthal, 1995:5 en Gawande, 2000:63).

Die studie van Brooke (1995:149) toon dat substansafhanklikheid onder geneeshere sulke ernstige afmetings aanneem dat party geneeshere na jare se misbruik al breinskade en lewersirroze opgedoen het, sonder dat enige professionele hulp verkry is.

Tendense toon dat substansafhanklikheid by die geneesheer in `n laat stadium in die progressie van sy substansprobleem bekend word, indien dit bekend word, met die gevolg dat sy totale funksionering al ernstig aangetas is wanneer die probleem aan die lig kom (Brooke, 1995:150 en Rosenthal, 1995:87).

Die risiko wat `n substansafhanklike geneesheer vir sy pasiënte kan inhou veral wanneer sy substansafhanklikheid al ver gevorderd is, moet nie onderskat word nie. Gawande (2000: 65-66) merk die volgende op: “The doctors were often not recognized to be dangerous until they had done considerable damage”. Behalwe die laat identifisering, risiko vir pasiënte en gebrekkige hulpverlening aan die substansafhanklike geneesheer, het die beroepsgroep ook spesifieke en unieke probleme en behoeftes.

Om `n effektiewe diens aan die teikengroep te kan lewer, word hoër eise aan die behandelingsagente gestel en spesifieke kennis en kundigheid vereis (Mc Govern, Angres & Loen 1998:93).

In Suid-Afrika is daar nog geen navorsing oor die substansafhanklike geneesheer gedoen nie. Ervaring van die navorser in die praktyk dat die teikengroep se behoeftes nie voldoende aangespreek word nie, word in die literatuur weerspieël op nasionale en internasionale vlak.

Die navorser het binne die veld van substansafhanklikheid die behoefte aan beter begrip en kennis van die substansafhanklike geneesheer geïdentifiseer, wat aandag verdien met die oog op meer effektiewe dienslewering aan die teikengroep. Uit die literatuur blyk duidelik dat die substansafhanklike geneesheer unieke problematiek ervaar wat verband hou met sy beroepsgroep en dat gespesialiseerde kennis van die substansafhanklike geneesheer noodsaaklik is, ten einde meer doeltreffende dienslewering te kan lewer (Miller & McGowen, 2000:966-973).

Cooper, Rout & Faragher (1989: 367-368) wys daarop dat van die unieke faktore wat hoë eise aan die geneesheer stel, daaglikse kontak met sterwende en chroniese pasiënte is, die hantering van pasiënte se families, telefoonoproepe dag en nag, ongereelde en lang werkure en die eise verdeling van tyd tussen beroep en gesinlewe.

Nie net die gekwalifiseerde geneesheer ervaar unieke stressore nie, maar ook die mediese student beleef al unieke stresfaktore. In die voorgraadse opleiding is daar intensiewe kompetisie, prestasiegerigheid en vrees vir mislukking teenwoordig wat hoë eise aan die student se hanteringsvaardighede stel (Lawson *et al.*, 1992: 899).

Ook speel faktore soos sosiale isolasie, 'n swaar werklading, onderdrukking van emosies en verwaarlosing van persoonlike behoeftes 'n groot rol in die lang en veeleisende studiejare (Lawson, *et al.*, 1992:899).

Navorsing oor die substansafhanklike geneesheer kan riglyne vir effektiewe voorkomingsprogramme en behandelingsprogramme bied, wat die teikengroep se unieke beroepsfaktore en behoeftes tydens opleiding in ag neem. (Vergelyk Cooper, Rout & Faragher, 1989:366-370; Fish & Steinert, 1995:249-255 en Chambers & Maxwell, 1996:722-723.)

Degi, Talbott & Warren (1997:58) beklemtoon die erns en noodsaaklikheid van verkenning in die veld van substansafhanklikheid onder geneeshere met die stelling: "Chemical dependency appears to be the single most frequent disabling illness for the medical professional and poses a major problem for the profession and society".

1.3 Probleemformulering

Probleemformulering volgens Fouche & Delpont (2002:88) behels alle eers 'n hersiening van die literatuur en resente navorsing, waarna die probleem formeel geformuleer word. Probleemformulering lê ten grondslag aan enige ondersoek en dit is essensieel dat die omvang, aard en intensiteit van die probleem bepaal word, voor probleemformulering.

Probleemidentifisering, gevolg deur probleemformulering, neem 'n aanvang wanneer daar 'n gaping in die reeds bestaande kennis van 'n aspek in maatskaplike werk geïdentifiseer word (Rubin & Babbie, 1993: 91). Onkunde oor die profiel van die substansafhanklike geneesheer lei daartoe dat die teikengroep se problematiek nie effektief aangespreek word nie. In Suid-Afrika is daar nog geen navorsing gedoen oor die substansafhanklike geneesheer nie.

Internasionale literatuur is dit eens dat die probleemgeneesheer, en dus ook die substansafhanklike geneesheer, aandag behoort te geniet en dat meganismes beskikbaar gestel moet word om die beroepsgroep effektief behulpsaam te wees. (Vergelyk Chambers & Maxwell, 1996:722; Fish & Steinert, 1995:249 en Fayne & Silvan, 1999:123.)

Die Gesondheidskomitee, 'n komitee binne die Mediese en Tandheekkundige Beroepsraad van Suid-Afrika, wat onder andere geneeshere met substansafhanklikheidsprobleme hanteer, se statistiese gegewens vir 1999 dui daarop dat van die 90 aangemelde sake wat ondersoek is, 69 (76,6%) substansverwant was. In die jaar 2000 is van die 113 sake 72 (63,7%) substansafhanklike geneeshere aangemeld en gedurende die jaar 2001 is met 59 (52,67%) substansafhanklike geneeshere van 112 aangemelde sake gehandel.

Die statistieke verteenwoordig slegs die spreekwoordelike punt van die ysberg, aangesien die Gesondheidskomitee eers van die substansafhanklike geneeshere bewus word, wanneer sy probleem ekstreme afmetings aangeneem het. Internasionale gegewens oor die tendens van substansafhanklikheid onder geneeshere is kontroversieel.

Murray (in Cooper, Rout & Faragher, 1989:366) het bevind dat eerste opnames vir alkoholafhanklikheid twee tot sewe keer hoër was by geneeshere as by 'n kontrolegroep van 'n vergelykende klas.

Myers & Weiss (in Hughes, Scott & De Witt, 1991:2069) het huisdokters se substansgebruik met die van die algemene populasie jonger as 30 jaar vergelyk en bevind dat hulle substansgebruik by albei groep min verskil, behalwe dat die gebruik van narkotika by die huisdokters vyf en 'n halwe keer meer was as by die algemene populasie.

Die huisdokters word deur verskeie skrywers as een van die veeleisendste jare vir die student bestempel en verskeie studies toon dat 'n toename in die gebruik van sedatiewe middels, stimulant, opiate en bensodiasepiene dikwels in die huisdoktersjaar geïnisieer word en dat 'n toename van daar 'n 7% tot 12% in die gebruik van substans in die huisdoktersjaar is (Hughes, Scott & De Witt, 1991:2069 en Chambers & Maxwell, 1996:723).

’n Studie in Skotland het getoon dat geneeshere twee keer meer as ’n sosiaal vergelykende kontrolegroep vir affektiewe versteurings en substansafhanklikheid behandel word (Pilowski, 1989:269).

’n Toename in psigiatriese siektes onder algemene praktisyns oor die afgelope dekade is waargeneem en die selfmoordrisiko onder geneeshere blyk twee keer hoër as onder die algemene populasie te wees. Daarby het twee vyfdes van die geneeshere wat selfmoord gepleeg het ’n substansprobleem gehad (Pilowski, 1989:269).

Miller & Mc Gowen (2000:966-973) bevestig laasgenoemde skrywer se statistieke en meld dat die selfmoordtendens onder geneeshere tussen 28 en 40 per 100 000 persone is, in vergelyking met die algemene populasie waar die selfmoordtendens 12,3 per 100 000 is. Soos reeds genoem, moet die beroepsgroep aan unieke eise, verwagtinge en verantwoordelikhede voldoen. Vanaf die studentejare spring die groep substansafhanklikheid nie vry nie. Dit is trouens ’n populasie wat meer blootgestel word en kwesbaar is vir substansafhanklikheid.

Die lang en ongereelde werkure, telefoonoproepe en krisishantering dag en nag, die eise en verwagtinge van pasiënte, kontak met sterwende pasiënte en die eise van ’n gesinlewe is reeds hoërisikofaktore wat tot die gebruik van substans aanleiding gee.

Verder kan die beskikbaarheid en maklike bekombaarheid van medikasie deur farmaseutiese verteenwoordigers en hospitale en die voorskryf van medikasie vir eie gebruik ’n verdere versoeking skep (Furman, 1992:92-97 en Miller & Mc Gowen, 2000:966-973).

’n Ondersoek na substansafhanklikheid by geneeshere, ten einde ’n profiel saam te stel van die substansafhanklike geneesheer, met aanbevelings vir behandelings- en voorkomingsdienste, is nie net nuttig in die praktyk nie, maar ook noodsaaklik.

’n Gebrek aan kennis en vaardighede by professionele hulpverleners om die substansafhanklike geneesheer effektief te hanteer en te behandel, kan tot gevolg hê dat hulpverlening aan ’n teikengroep, wat volgens internasionale studies ’n groter kans op herstel het as die algemene bevolking, misluk (Mc Govern, Angres & Loen, 1998:93.)

1.4 Doelstelling en doelwitte

Die begrip “doel” impliseer ’n “oogmerk”, “mikpunt”, “eindpunt”, “einde” en “bestemming” (Houteveld, Stadler & Hauptfleisch, 1992:59).

Die begrip “doelstelling” verwys na die bereiking van sekere oogmerke, dit wil se die eindpunt of uiteindelijke doel van die navorsing wat onderneem word.

Fouche (2002a: 107) sluit hierby aan en beskou die begrip “doelstelling” as die eindresultaat waarop alle pogings en aktiwiteite van die navorsing gerig is.

Die doelstelling van hierdie navorsing is:

- om die profiel van die substansafhanklike geneesheer saam te stel met die oog op die formulering van behandelings- en voorkomingsriglyne vanuit ’n maatskaplikewerk-perspektief.

Ten einde die doelstelling te bereik is die formulering van doelwitte noodsaaklik. Die begrip doelwit kan as “oogpunt”, “teiken” en “strewe” gedefinieer word (Houteveld *et al.*, 1992:59). ’n Doelwit bepaal dus die aksies en handeling om ’n doelstelling te bereik.

Die volgende doelwitte word gestel, naamlik:

- om deur middel van literatuurstudie inligting in te samel oor substansafhanklikheid as verskynsel by geneeshere, die profiel, psigososiale implikasies en belewenis van die substansafhanklike geneesheer en ook behandelings- en voorkomingsriglyne met betrekking tot die substansafhanklike geneesheer;
- om deur empiriese navorsing die profiel van die substansafhanklike geneesheer saam te stel, asook die psigososiale implikasies van substansafhanklikheid by die substansafhanklike geneesheer te ondersoek;
- en om aan die hand van die ingesamelde data aanbevelings vir behandeling en voorkoming te formuleer.

1.5 Navorsingsvraag vir die ondersoek

Volgens De Vos (2002a: 29) is 'n hipotese 'n stelling oor wat die uitkoms kan wees van die navorsing wat onderneem word. Bless & Higson-Smith (1995: 37) definieer en beskryf die doel van 'n hipotese as volg: "... a hypothesis, which is a suggested answer to a problem, has to be tested empirically before it can be accepted and incorporated into a theory".

In die spesifieke navorsing word geen hipotese gestel nie, omdat 'n verkennende ondersoek onderneem word.

Volgens Grinnell & Williams (1990:139) het 'n verkennende studie die verkenning van 'n relatiewe onbekende terrein ten doel. Bless & Higson-Smith (1995:43) sluit hulle hierby aan en wys daarop dat die terrein van ondersoek eers verken moet word en bekend moet wees voordat 'n probleem in 'n hipotese geformuleer kan word.

Fouche (2002b:97) merk op dat uit die navorsing dan wel hipoteses kan voortspuit.



In hierdie ondersoek kan `n hipotese nie geformuleer word voordat die terrein verken is nie. Daar is geen navorsingsresultate en literatuur oor die substansafhanklike geneesheer op nasionale vlak beskikbaar nie. Die terrein is onbekend en onverken binne die Suid-Afrikaanse konteks.

Die volgende vraag kan wel rigtinggewend vir die navorsing wees: Wat is die spesifieke profiel en die psigososiale implikasies van substansafhanklikheid vir die substansafhanklike geneesheer? Die antwoord op die vraag kan tot effektiewe maatskaplike behandelings- en voorkomingsdienste lei.

1.6 Navorsingsbenadering

`n Gekombineerde kwantitatiewe en kwalitatiewe benadering word in hierdie navorsingsondersoek gevolg om `n duideliker profiel van die substansafhanklike geneesheer te verkry.

Die kombinasie van die twee benaderings in een ondersoek word deur De Vos (2002b: 365) triangulasie genoem. Binne die gekombineerde benadering kan een van drie van Creswell se modelle van kombinerings van toepassing wees (De Vos, 2002b: 365-366). Die Creswell-model wat in hierdie ondersoek ter sprake is, is die dominante-minder-dominante-ontwerp (De Vos, 2002b: 366).

De Vos (2002b:366) definieer die dominante-minder-dominante-ontwerp soos volg: "In this design the researcher presents the study within a single, dominant paradigm with one small component of the overall study drawn from the alternative paradigm".

In hierdie studie is oorwegend van die kwantitatiewe benadering gebruik gemaak, met `n kleiner kwalitatiewe komponent in die data-insamelingsfase. Die keuse van die dominante-minder-dominante-ontwerp het ten doel om die kwantitatiewe en die

kwalitiewe benadering aanvullend te gebruik en die basiese kennis van die verskynsel wat bestudeer word, te verbreed. Uit hierdie studie het die kwantitatiewe benadering, sowel as die kwalitatiewe benadering egter prominent na vore gekom.

In hierdie ondersoek is nie net op kliniese data gefokus nie, maar ook op die persoonlike belewenisse van die respondente, ter wille van 'n beter begrip van die verskynsel wat bestudeer word.

'n Kwantitatiewe ondersoek kan baat by 'n opvolg van die kwalitatiewe benadering om vrae te eksplorieer en te beantwoord wat nie in die kwantitatiewe benadering opgeduik het nie.

Die gekombineerde benadering word aanvullend in die ondersoek benut ten einde inligting oor die verskynsel van substansafhanklikheid by geneeshere op die volledigste wyse te bekom.

Rubin & Babbie (1997:26) definieer die kwantitatiewe benadering soos volg: "Quantitative methods emphasize the production of precise and generalizable statistical findings and are generally more appropriate to nomothetic aims". Mouton & Marais (1990:155) identifiseer die eienskappe van kwantitatiewe navorsing as 'n hoogs formele en eksplisiete gekontroleerde benadering tot navorsing. Die kwantitatiewe benadering is relatief nou verwant aan die metodes van die fisiese wetenskap. In hierdie benadering is meting uiters belangrik (De Vos, 2002b:363). In hierdie studie word van die kwantitatiewe benadering gebruik gemaak om te verseker dat objektiewe, kwantifiserende en verifieerbare gegewens verkry word (Jordan & Franklin, 1995:37). Daar is nie voorheen in Suid-Afrika 'n kwantitatiewe ondersoek na die substansafhanklike geneesheer gedoen nie.



Deur die inwin van kwantitatiewe gegewens kan baie oor die profiel van die substansafhanklike geneesheer geleer word wat ook by toekomstige navorsing te pas kan kom.

Kwalitatiewe navorsing word volgens Royse (1991:219) soos volg gedefinieer: "Qualitative research uses procedures that produce descriptive data: personal observations and people`s spoken or written words. Qualitative research allows investigators to know their subjects personally and to understand their struggles and explanations to their world. It involves participants observation and in-depth interviewing, although analysis of personal documents (such as letters and diaries) is also done".

Kwalitatiewe navorsing is primêr gemoeid met hoe mense die wêreld, hul lewe en ervarings verstaan en beleef. Die belewenisse en ervarings van geneeshere wat substansafhanklik was, is in die navorsingsprojek ondersoek en deur die kwalitatiewe benadering kon sekere belewenisse en ervarings meer in diepte ondersoek word, wat nie deur die kwantitatiewe benadering volledig aangespreek is nie.

Die navorsingstrategie ten opsigte van die kwalitatiewe benadering wat die meeste gepas is in hierdie ondersoek is die fenomenologiese strategie. Fouche (2002c:273) beskryf die fenomenologiese strategie soos volg: "This approach aims to understand the meaning that subjects give to their everyday lives".

Die fenomenologiese strategie het ten doel om die betekenis wat `n verskynsel vir individue het, te beskryf. In hierdie ondersoek is deur die fenomenologiese strategie gefokus op die betekenis wat substansafhanklike geneeshere aan hulle leefwêreld heg.

Geen kwalitatiewe navorsing oor diè onderwerp is al in Suid-Afrika onderneem nie. Deur die kwalitatiewe navorsingsbenadering is `n duideliker en ryker kennis van die profiel van die teikengroep verkry en wel deur die respondente se subjektiewe belewenisse te eksploreer.

De Vos (1998a:359) maak die volgende stelling oor die voordeel wat die gekombineerde benadering inhou: "The advantage of this approach is that it presents a consistent paradigm picture in the study and still gathers limited information to probe in detail one aspect of the study".

Deur die twee benaderings aanvullend te gebruik, kan die verskynsel van substansafhanklikheid by geneeshere, die psigososiale implikasies van hulle substansafhanklikheid en hulle belewenisse beter verstaan word, sodat `n profiel van die substansafhanklike geneesheer saamgestel kan word. Die verloop van die navorsingsproses toon dan ook dat die twee benaderings mekaar aangevul het.

1.7 Soort navorsing

Die soort navorsing wat in die ondersoek gedoen is, is toegepaste navorsing. Toegepaste navorsing fokus op die verkryging van nuwe kennis en spreek onmiddellike problematiek aan wat in die praktyk ondervind word (De Vos, Schurink & Strydom, 1998:8).

Navorsing op die gebied van maatskaplike werk is meestal toegepaste navorsing, sodat die probleme waarmee die maatskaplike werker in die praktyk gekonfronteer word, onmiddellik aangespreek kan word (Rubin & Babbie, 1997:102).

Die navorsing wat onderneem is, het ten doel gehad om die gebrek aan kennis en ook gebrekkige behandelings- en voorkomingsdienste vir die hantering van die substansafhanklike geneesheer binne die praktyk van maatskaplike werk aan te spreek.

Die doel van hierdie ondersoek is om nuwe kennis in te win wat die navorser kan help om die probleem, naamlik substansafhanklikheid by geneeshere, in die praktyk van maatskaplike werk te hanteer en die resultate wat verkry is tot voordeel van die spesifieke groep te benut.

1.8 Navorsingsontwerp

Die navorsingsontwerp is die bloudruk of plan om bepaalde navorsing op die mees geldige en ekonomiese wyse te ondersoek (Huysamen, 1993:11). Die navorsingsontwerp is dus die riglyn en struktuur waarvolgens 'n navorsingsprojek onderneem word.

Die navorsingsontwerp is verder die voorgestelde plan waarvolgens die navorser te werk gaan om die navorsingsvraag te ondersoek en data gestruktureerd en sistematies in te samel ten einde die doel van die studie te verwesentlik.

In die studie word gebruik gemaak van die verkennende ontwerp en die beskrywende ontwerp met betrekking tot die kwantitatiewe en kwalitatiewe deel van die navorsing. Volgens Fouche (1998:124) en Mouton & Marais (1990:43) word die verkennende ontwerp gebruik om 'n verskynsel te ondersoek waaroor nog min bekend is. Kennis van die profiel van die substansafhanklike geneesheer in Suid-Afrika en die psigososiale implikasies vir die substansafhanklike geneesheer is uiters beperk.

Rubin & Babbie (1997:108) het opgemerk dat die verkennende ontwerp van groot waarde is vir sosiale empiriese navorsing en algemeen in maatskaplikewerknavorsing gebruik word.

Fouche (2002a:109) noem die volgende oor die beskrywende ontwerp: "...descriptive research presents a picture of the specific details of a situation, social setting or relationship". Die beskrywende ontwerp fokus meer spesifiek op die verskynsel en die dieper betekenis daarvan.

Die kwalitatiewe gedeelte van die navorsing eksplorieer meer in diepte die raamwerk en leefwêreld van die substansafhanklike geneesheer. Meer gefundeerde kennis van die verskynsel kan lei tot meer effektiewe dienslewering aan hierdie teikengroep in Suid-Afrika.

Die verkennende en beskrywende ontwerp is dus die mees gepaste vir die voorgestelde navorsingsprojek.

1.9 Navorsingsprosedures en werkswyse

Die navorsingsprosedure wat ten opsigte van die kwantitatiewe benadering gevolg is, is die opnameprosedure.

Volgens Rubin & Babbie (1997:334) is die opnameprosedure die beste metode om oorspronklike data in te samel en is die prosedure ook effektief vir gebruik in verkennende studies.

Die opnameprosedure behels die administrering van vraelyste aan 'n steekproef van die gekose populasie (Rubin & Babbie, 1997:346).

Data is ingesamel deur middel van selfgeadministreerde vraelyste per pos en per hand afgelewer aan geneesheer met substansafhanklikheid. Rubin & Babbie (1997:348) merk die volgende oor vraelyste wat gepos en hand afgelewer word: "Home delivery and the mail can be used in combination as well. On the whole, when a research worker either delivers the questionnaire, picks it up, or both, the completion rate seems higher than for straightforward mail surveys".

Om `n hoër respons te verkry, is die gekombineerde prosedure die voor die hand liggende keuse.

Die navorsingsprosedure ten opsigte van die kwalitatiewe benadering wat gevolg is, is semi-gestruktureerde onderhoude met `n semi-gestruktureerde onderhoudskedule. Die semi-gestruktureerde onderhoude met die semi-gestruktureerde onderhoudskedule is met behulp van bandopname gedoen en woordeliks getranskribeer. Schurink (1998a:297) het die volgende daaroor opgemerk: "The face-to-face interview helps us to understand the closed worlds of individuals, families, organisations, institutions and communities".

Die wyse van data-analise met betrekking tot die kwalitatiewe deel van die ondersoek is gedoen deur die gebruikmaking van Huberman en Miles se benadering van data-analise (Poggenpoel, 1998:340).

Die vertrouenswaardigheid van die kwalitatiewe deel van die ondersoek is verder aan die hand van Guba se model geëvalueer (De Vos, 2002b:351-352).

Die navorser het op beide hierdie data-insamelingsmetodes, naamlik vraelyste en semi-gestruktureerde onderhoudsvoering, besluit en die resultaat gekombineer om `n duideliker en vollediger profiel van die substansafhanklike geneesheer te verkry.

Mouton & Marais (1990:169-170) het tereg oor die gekombineerde navorsingsbenadering opgemerk dat verskynsels binne die sosiale wetenskap so ineengestremel is dat `n enkele benadering menslike aksies nie suksesvol in hulle volle kompleksiteit kan weergee nie.

1.10 Voorondersoek

Die term “voorondersoek” word volgens die *Nuwe Woordeboek vir Maatskaplike Werk* (1995:70) gedefinieer as “’n Proses waarvolgens die navorsingsontwerp vir ’n beoogde ondersoek getoets word”.

Strydom (2002a:210) toon aan dat die voorondersoek ’n integrale deel is van die navorsingsprojek. Die voorondersoek is ’n voorvereiste vir die suksesvolle afhandeling van die navorsingsprojek. Die volgende aspekte word kortliks bespreek.

1.10.1 Literatuurstudie

Navorsing sonder ’n deeglike agtergrondkennis van die spesifieke probleem is nie moontlik nie (Royse, 1991:43).

Dane (1990:72) meld dat die doel van literatuurstudie drieledig is. Eerstens plaas dit die navorsing wat onderneem gaan word in ’n sekere raamwerk met betrekking tot relevante teorie en navorsing. Tweedens stel dit die navorser in staat om ’n beter begrip van die verskynsel te vorm derdens help dit om foute uit te skakel wat moontlik al deur andere begaan is.

Literatuurstudie skep die geleentheid om toepaslike literatuur oor die onderwerp te bestudeer en die probleem duidelik te formuleer. Literatuurstudie stel die navorser ook in staat om die ondersoek sinvol te beplan.

Alle beskikbare literatuur oor die spesifieke onderwerp is bestudeer. Resente nasionale en internasionale literatuur is oor die onderwerp bekom. Bronne uit ander dissiplines soos die geneeskunde en sielkunde is ook benut.

Verskeie bronne, soos boeke, vaktydskrifte, skripsies en verhandelinge is geraadpleeg ten einde ’n breë agtergrond vir die ondersoek te verkry.

Vir die doel van die ondersoek is dit noodsaaklik om op hoogte te wees van die konsep van substansafhanklikheid, substansafhanklikheid by geneeshere, die spesifieke milieu waarbinne geneeshere in die algemeen funksioneer en die eise wat hulle beroep stel.

Van groot belang is ook internasionale en nasionale inligting van die hantering van die substansafhanklike geneesheer en behandelingsalternatiewe vir die teikengroep.

Literatuurstudie vorm dus die basis vir kennis oor die omvattende onderwerp. Literatuurstudie is ook noodsaaklik om die selfgeadministreerde vraelys, as data-insamelingsmetode by die kwantitatiewe deel van die ondersoek, te struktureer.

1.10.2 Konsultasie met kundiges

Daar is met verskeie kundiges uit verskillende dissiplines kontak gemaak om die ondersoek duideliker te omlin, inligting in te win en die studie deeglik te beplan. Strydom (2002a:213) beklemtoon dat dit belangrik is om opinies en ervarings van 'n verteenwoordigende getal kundiges te verneem.

Die Mediese en Tandheelkundige Beroepsraad van Suid-Afrika, spesifiek die Gesondheidskomitee wat die funksionering van geneeshere met onder andere substansafhanklikheid monitor, is op 3 Julie 2000 deur die navorser toegesprek.

Die komitee het die navorsingsprojek as aktueel en tydig beskou en glo dat dit 'n waardevolle bydrae kan wees.

Die komitee het ook sinvolle voorstelle gemaak en was bereid om die nodige statistieke vir die navorsingsprojek te voorsien en besonderhede van die prosesse en werksaamhede van die komitee beskikbaar te stel.

Die spesifieke komitee het uit die volgende kundiges bestaan, wat almal geraadpleeg is:

- Mnr. L.H. Rode, Waarnemende Registrateur, van Gesondheidsberoepe Beroepsraad.
- Prof. S. Rataemane, Hoof van Psigiatrie, by die Universiteit van die Vrystaat, Bloemfontein.
- Prof. T. Zabow, Departement van Psigiatrie Groote Schuur-Hospitaal.
- Prof. J. P. Van Niekerk, Fakulteit Geneeskunde, Universiteit van Kaapstad.
- Me. M. Greyvenstein, Administratiewe beampte van die Gesondheidskomitee (ook maatskaplike werker).

Daar is verder gesprekke met kundiges binne die veld van substansafhanklikheid gevoer. Prof. S. Grey, Dekaan van die Mediese Fakulteit van die Universiteit van Pretoria, Mnr. T. Visser, Besturende Direkteur van Staanvas Rehabilitasiesentrum, Pretoria, en dr. R. Meyer, Direkteur van Kenilworth Rehabilitation Centre, Kaapstad, is geraadpleeg.

1.10.3 Uitvoerbaarheid van die ondersoek

Sellitz, Wrightsman & Cook (in Rubin & Babbie, 1997:104) het die volgende algemene belangrike aspekte betreffende die uitvoerbaarheid van die navorsing geïdentifiseer: "...common issues in determining the feasibility of a study, such as its scope, the time it will require, its fiscal costs, ethical considerations, and the cooperation it will require from others".

Uit bostaande aanhaling blyk dit duidelik:

- dat die navorsing hanteerbaar moet wees en nie te omvangryk nie;
- dat die ondersoek binne `n redelike tyd afgehandel moet word;
- dat kostebeplanning nodig is;
- dat die navorser verseker moet wees van die samewerking van persone betrokke by die studie; en



- dat daar nagegaan word of daar etiese besware teen die navorsingsondersoek sal wees.

Die ondersoek word as uitvoerbaar beskou om die volgende redes:

- Daar is voldoende motivering vir die ondersoek,
- Die probleemformulering is duidelik.
- Die doel van die studie word duidelik deur doelstellings en doelwitte omskryf.
- Die opnameprosedure deur middel van vraelyste en semi-gestruktureerde onderhoudsvoering is prakties uitvoerbaar.
- Die ondersoek wat onderneem is, is as hanteerbaar bestempel met verwysing na die statistiese gegewens van die Gesondheidskomitee insake geneeshere wat substansafhanklikheid ondervind. Volgens die Gesondheidskomitee se statistiese gegewens vir 1999 was daar 90 aangemelde sake waarmee gehandel is, waarvan 69 (76,6%) substansverwante sake was, vir 2000 was 72 (63,7%) sake van 113 sake substansverwant en gedurende die jaar 2001 is daar 59 (52,6%) van 112 sake substansverwant. Soos reeds genoem, is dit duidelik dat die statistieke slegs die spreekwoordelike punt van die ysberg verteenwoordig. Dit is egter al riglyn ten opsigte van die bepaling van 'n universum wat nasionaal beskikbaar is en is realisties en bereikbaar.
- Die ondersoek kon binne 'n redelike tyd afgehandel word, aangesien die respondente deur middel van per pos en per hand afgelewerde vraelyste genader is en daar ook onderhoude gevoer is, waarvan teikendatums bepaal is.
- Ten opsigte van kostebepanning is daar begroot vir posgeld, reisgeld vir die aflewering van vraelyste, onderhoudvoering en die administratiewe koste daaraan verbonde. Die ondersoek was finansiële haalbaar.
- Kontak wat die navorser voor die aanvang van die ondersoek met geneeshere met substansafhanklikheid gehad het, het aangedui dat hulle bereid is om hulle samewerking tot die ondersoek te verleen, en die kundiges wat genader is, was ook bereid om hulle samewerking te gee.

Die etiese aspekte van die ondersoek word afsonderlik bespreek (kyk punt 1. 12.)

1.10.4 Toetsing van vraelys/semi-gestruktureerde onderhoudskedule

Die grootste waarde van die toetsing van die vraelys met betrekking tot die kwantitatiewe benadering en van die semi-gestruktureerde onderhoudskedule, met betrekking tot die kwalitatiewe benadering, in die voorondersoek is daarin geleë dat sinvolle veranderinge voor die hoofondersoek aan die vraelys en onderhoudskedule aangebring kan word.

Dit is `n metode om die vraelys en semi-gestruktureerde onderhoudskedule te verbeter, leemtes te identifiseer en die meetinstrumente meer betekenisvol te maak vir die hoofondersoek (Strydom, 2002a:211). Die voorlopige vraelys en semi-gestruktureerde onderhoudskedule is onderwerp aan `n voortoets.

Twee respondente met betrekking tot die vraelys en een respondent met betrekking tot die semi-gestruktureerde onderhoudskedule wat by die hoofondersoek uitgesluit is, is onderwerp aan `n voorondersoek. Geen veranderinge is na die voorondersoek aan die vraelys en semi-gestruktureerde onderhoudskedule nie aangebring nie.

1.11 Omskrywing van die universum, afbakening van die steekproef en wyse van steekproefneming

Rubin & Babbie (1997:238) definieer die populasie of universum soos volg: "A population is the theoretically specified aggregation of study elements".

Die universum van die ondersoek bestaan uit alle geneeshere met substans-afhanklikheid in Suid-Afrika.

Volgens die Gesondheidskomitee se statistiese gegewens vir 1999 was daar 90 aangemelde sake waarmee gehandel is, waarvan 69 (76,6%) substansverwante sake was, vir 2000 was 72 (63,7%) sake van 113 sake substansverwant en

gedurende die jaar 2001 is daar 59 (52,6%) van 112 sake sover substansverwant. Dit is egter al riglyn ten opsigte van die bepaling van 'n universum wat nasionaal beskikbaar is.

Soos reeds gesê is die statistieke nie akkuraat nie, aangesien daar baie onaangemelde sake is, vanweë die sensitiwiteit van die aangeleentheid binne die beroep (kyk punt 1.2)

Die steekproef is 'n gedeelte van die populasie wat by die ondersoek ingesluit gaan word (Strydom & Venter, 2002:198). Identifisering en betrekking van al die lede van die universum is nie moontlik, nie en daarom word van steekproefneming gebruik gemaak.

In hierdie ondersoek sal van nie-waarskynlikheidseleksie-steekproefneming gebruik gemaak word aangesien die grense van die betrokke universum onbekend is en nie akkuraat bepaal kan word nie (Rubin & Babbie, 1997:266).

Die tipe nie-waarskynlikheidseleksie-steekproefneming waarvan gebruik gemaak is, is doelgerigte steekproefneming. Strydom & Venter (2002:207) noem die volgende met betrekking tot die keuse van doelgerigte steekproefneming: "This type of sample is based entirely on the judgement of the researcher, in that a sample is composed of elements which contain the most characteristic, representative or typical attributes of the population".

Doelgerigte steekproefneming is vir die kwantitatiewe en kwalitatiewe benadering van die ondersoek gebruik. Die werkwyse by hierdie steekproefneming kom daarop neer dat respondente genader word wat na die mening van die navorser oor die mees verteenwoordigende eienskappe van die populasie beskik (Rubin & Babbie, 1997:266).

Hierdie wyse van steekproefneming bied die navorser die geleentheid om respondente ryk aan inligting te selekteer, sodat dit moontlik is om alle aspekte van die verskynsel te ondersoek.

Van die 50 vraelyste wat met betrekking tot die kwantitatiewe deel van die navorsingsondersoek uitgestuur is, is 20 vraelyste teruggestuur deur substansafhanklike geneeshere wat gereageer het. Verskeie opvolgskrywes is aan diegene gerig wat nie gereageer het nie, om hulle aan te moedig en te motiveer om die vraelyste te voltooi.

Vyf respondente wat genader is het vrywillig aan die kwalitatiewe gedeelte van die navorsing deelgeneem wat 'n semi-gestruktureerde onderhoud volgens 'n semi-gestruktureerde onderhoudskedule behels het. Schurink (1998b:253) meen die volgende oor die keuse van doelgerigte steekproefneming in kwalitatiewe navoring: "... the qualitative researcher will use purposive sampling methods by identifying access points (settings where subjects could be more easily reached) and selecting especially informative subjects". Rehabilitasiefasiliteite wat ondersteuningsdienste aan substansafhanklike geneeshere verskaf is genader, waar die studie bekend gestel is en vrywillige respondente geselekteer is.

Die sentrums wat respondente beskikbaar gehad het om aan die studie deel te neem is Staanvas Sentrum, Pretoria en Kenilworth Rehabilitation Centre, Kaapstad. Ander sentrums wat genader is en nie enige respondente beskikbaar gehad het nie, was Castle Carey in Pretoria, Elim Sentrum in Kemptonpark, Wedge Gardens in Johannesburg, Ramot in Kaapstad, Riverfield Lodge in Johannesburg, Riverview Hospital in Underberg, Noupoot in Magaliesburg, Stepping Stones, in Kaapstad en Houghton House in Johannesburg.

1.12 Etiese aspekte

Volgens Rubin en Babbie (1997: 60-66) is daar verskeie aspekte van die ondersoek wat aan die bepaling van etiese norme moet voldoen. Die volgende etiese kwessies is belangrik: (Rubin & Babbie, 1997:87):

- Deelname moet vrywillig wees.
- Navorsing moet nie die respondente enige skade aandoen nie.
- Met anonimiteit, word bedoel dat die navorser nie sekere inligting van die respondente kan identifiseer nie.
- Al weet die navorser weet watter data beskryf watter persoon moet dit nogtans vertroulik gehanteer sal word.
- Onsensitiwiteit ten opsigte van geslag, ras en kultuur is onaanvaarbaar. (Ideologiese prioriteite van die navorser kan lei tot die wanvertolking van sekere waarhede en kan sekere groepe skade aandoen).

Aspekte van die uiterste belang in die studie is die anonimiteit, vertroulikheid en sensitiwiteit vir die spesifieke teikengroep. Die beroep van geneesheer is 'n hoëprofielberoep, met 'n spesifieke agtergrond, waarby bepaalde etiese beginsels en werkwyses geld en geen geneesheer wil hom blootstel of die risiko loop om aan 'n navorsingsprojek deel te neem wat verreikende gevolge vir sy loopbaan kan hê nie.

Daarom word substansafhanklike geneeshere deur kollegas beskerm en word daar na die term van "the conspiracy of silence" binne die beroepsgroep verwys (Lens & Van der Wal, 1997:vii). Die navorser het dus deurgaans die respondente van anonimiteit, vertroulikheid en sensitiwiteit verseker en hulle posisie gerespekteer.

Strydom (2002b:65) beskou ingeligte toestemming tot deelname aan die navorsingsprojek deur die respondent as belangrik en merk in die verband op: "Obtaining informed consent implies that all possible or adequate information on the



goal of the investigation, the procedures which will be followed during the investigation, the possible advantages, disadvantages and dangers to which respondents may be exposed, and the credibility of the researcher be rendered to potential subjects or their legal representatives”.

In die ondersoek is die doel daarvan en die prosedures aan die respondente verduidelik en hulle toestemming daartoe verkry.

’n Brief wat ingeligte toestemming vir die navorsing verleen is aan elke respondent saam met die vraelys en ook by die semi-gestruktureerde onderhoudskedule voorsien. Voorbeelde van die toestemmingsbrief is aangeheg (bylae 3). Sommige respondente het met die voltooiing van die anonieme vraelys hulle lewensverhaal vertel en belewenisse bespreek. Die respondente het dit anoniem gedoen en het die navorser die indruk gekry dat die betrokkenes ’n sterk behoefte het aan ondersteuning en hulle lewensverhaal wil deel met ’n onbekende wat nie by hulle direkte leefwêreld betrokke is nie. Een respondent (“dr X”) het skriftelik, maar anoniem, met die navorser begin kommunikeer. Dit het duidelik na vore gekom dat van hierdie persone ’n groot behoefte daaraan het om hulle lewensverhaal met iemand te kan deel sonder die grense en etiket wat eie is aan hulle beroep. ’n Ander respondent het homself as “A friend of a professional” bekendgestel en ’n kontaknommer verstrek vir die geval dat verdere inligting verlang sou word.

Dit was duidelik uit die response wat ontvang is dat anonimiteit en vertroulikheid ’n integrerende deel van die respondente se leefwêreld is en hulle dit ten alle koste wil verseker. In geen stadium het enige respondent emosionele of ander skade gely nie. Die indruk is eerder verkry dat die studie verwelkom is.

Die respondente is ook nie enigszins mislei nie. Alle inligting is as vertroulik behandel en dit is deur die navorser gewaarborg.

Respondente se gegewens bly vertroulik en hulle identiteit word nie bekend gemaak nie, dus word hulle privaatheid nie op enige manier geskend nie.

Die respondente is aan geen negatiewe ervaringe onderwerp nie en diegene wat deelgeneem het aan `n onderhoud met die semi-gestruktureerde onderhoudskedule was meer as bereid om verder van hulp te wees indien nodig. Alles moontlik is gedoen om te verseker dat aan alle etiese vereistes ten opsigte van navorsing voldoen word.

1.13 Definisie van hoofkonsepte

1.13.1 Afhanklikheidsvormende substansie

`n Afhanklikheidsvormende stof/substansie word gedefinieer as enige stof wat gelys word in die bylae van die Wet op Voorkoming en Behandeling van Dwelmafhanlikheid (Wet 20 van 1992). Medisyne wat nie in die spesifieke bylae as afhanklikheidsvormende stof gemeld word nie, word in die Wet op Beheer van Medisyne en Verwante Stowwe (Wet 101 van 1965), in die laer bylae, of wat as ongeskeduleer bekend is, ingevolge die wet as afhanklikheidsvormende stowwe beskou. In Wet 20 van 1992 word afhanklikheidsvormende middels onder afdelings ingedeel wat verbode stowwe insluit, soos eerstens heroïen, mandrax en dagga, tweedens gevaarlike afhanklikheidsvormende stowwe soos opoïede en dertens moontlik gevaarlike afhanklikheidsvormende stowwe. Die definiëring van afhanklikheidsvormende stowwe of substansie is dus duidelik in wetgewing vervat, wat as ekspliete riglyn dien. Sommige middels is onwettig en sommige substansie is wettig. Beide kategorieë is egter afhanklikheidsvormend en kan gevaarlik wees.

Roper & Bartlett (1991:5) toon verder aan dat alle afhanklikheidsvormende substansie op die sentrale sensuïestelsel inwerk om veranderinge in gemoedstoestand, en/ of vlak van bewustheid en /of persepsies teweeg te bring. Deur hulle gemoedsveranderende eienskappe kan van die substansie negatiewe gevoelens verlig en opgewekte gevoelens meebring en dus psigiese afhanlikheid veroorsaak. Die meeste middels veroorsaak ook fisieke afhanlikheid.

1.13.2 Dwelmmiddels

Volgens Mans (2000:6) kan 'n dwelmmiddel soos volg gedefinieer word: "n Dwelm is enige middel, wettig of onwettig, natuurlik of sinteties, wat 'n biologiese uitwerking op die persoon het indien dit gebruik word en wat tot fisieke of psigiese afhanklikheid kan lei".

Maisto *et al.* (1995:3) sluit by bogenoemde aan en definieer 'n dwelmmiddel soos volg: "a drug is defined in the broadest sense as any chemical entity or mixture of entities, other than those required for maintenance of normal health (like food), the administration of which alters biological function and possibly structure".

'n Dwelmmiddel is dus 'n substans wat afhanklikheidsvormend is en biologiese sowel as psigiese veranderinge in 'n persoon teweegbring met die gevolg dat verslawing/afhanklikheid ontstaan.

1.13.3 Substansafhanklikheid

Substansafhanklikheid beteken dat 'n persoon 'n onbeheerbare begeerte na 'n substans en die effek daarvan ontwikkel (Mans, 2000:6). Dwelmafhanklikheid beïnvloed 'n persoon se fisieke, psigiese, wetlike en sosiale funksionering nadelig en ook die persone rondom die afhanklike word deur die afhanklike se gedrag geraak (Maisto *et al.*, 1995:4).

Substansafhanklikheid beteken dat 'n persoon 'n substans psigies en fisiek nodig het om te kan funksioneer en die substans ten spyte van die nadele kompulsief daarvan gebruik.

betreffende die hantering van substansafhanklikheid en die substansafhanklike geneesheer.

Hoofstuk 4: Die substansafhanklike geneesheer.

Hoofstuk 5: Behandelingsfasiliteite, behandelingsbenaderings en die behandelingsproses vir die substansafhanklike geneesheer.

Hoofstuk 6: Empiriese navorsingsbevindinge met betrekking tot die kwantitatiewe en kwalitatiewe dele van die ondersoek, geanaliseer, geïnterpreteer en geïntegreer.

Hoofstuk 7: Algemene samevatting, gevolgtrekkings, aanbevelings.

1.16. Samevatting

Die toename in substansafhanklikheid is `n universele probleem wat elke land, gesin en individu raak. Substansafhanklikheid diskrimineer nie teenoor `n persoon se geslag, ouderdom, status, kwalifikasies en maatskaplike omstandighede nie. Daarom word substansafhanklikheid ook aangetref in die mediese professie en spesifiek ook by geneeshere. In Suid-Afrika is daar nog nie navorsing gedoen oor die substansafhanklike geneesheer nie. Internasionaal is daar al wel studies gedoen oor die onderwerp.

Die probleem is geformuleer en ondersoek is gedoen na substansafhanklikheid by geneeshere, ten einde `n profiel saam te stel met aanbevelings vir behandelings- en voorkomingsdienste is noodsaaklik om hierdie teikengroep effektief te kan hanteer.

Die doelstelling van die navorsing is om die profiel van die substansafhanklike geneesheer saam te stel met die oog op die formulering van behandelings- en voorkomingsriglyne vanuit `n maatskaplikewerkperspektief.



In hierdie ondersoek is slegs `n navorsingsvraag gestel aangesien die substansafhanklike geneesheer `n onbestudeerde verskynsel in Suid-Afrika is. Die navorsingsvraag wat gestel is, is: Wat is die spesifieke profiel en psigososiale implikasies van substansafhanklikheid vir die substansafhanklike geneesheer?

`n Gekombineerde navorsingsbenadering, die dominante-minder-dominante-model van Creswell om kwantitatiewe en kwalitatiewe navorsing te kombineer, is gebruik. In hierdie navorsingsondersoek is van die metode van toegepaste navorsing gebruik gemaak.

Die navorsingsontwerp met betrekking tot die kwantitatiewe en kwalitatiewe deel van die navorsing is die verkennende en beskrywende ontwerp. Die mees gepaste navorsingsprosedure met betrekking tot die kwantitatiewe benadering is die opnameprosedure wat die administrering van vraelyste insluit en by die kwalitatiewe benadering is gebruik gemaak van semi-gestruktureerde onderhoudvoering met `n semi-gestruktureerde onderhoudskedule.

Die wyse van data-analise by die kwalitatitiewe deel van die ondersoek is aan die hand van die Huberman en Miles se benadering gedoen en die vertrouenswaardigheid van die kwalitatiewe deel van die ondersoek is geëvalueer aan die hand van Guba se model.

Die universum bestaan uit substansafhanklike geneeshere in Suid-Afrika. In beide benaderings is gebruik gemaak van nie-waarskynlikheidsteekproefneming, naamlik doelgerigte steekproefneming.

`n Voorondersoek is gedoen wat `n literatuurstudie, konsultasie met kundiges, evaluering van die uitvoerbaarheid van die ondersoek en toetsing van die meetinstrumente ingesluit het. Die etiese aspekte wat in hierdie navorsingsondersoek beklemtoon is, word volledig bespreek. Daar word verder aandag gegee aan die beperkinge en leemtes van die ondersoek en die gebruik van `n klein

steekproef en die moeilike bereikbaarheid van die populasie. Die hoofkonsepte word gedefinieer en die verloop van die ondersoek word uiteengesit.

In die volgende hoofstuk word die etiologie en ontwikkeling van substans-afhanklikheid bespreek.

HOOFSTUK 2

DIE ETIOLOGIE EN ONTWIKKELING VAN SUBSTANSAFHANKLIKHEID

2.1 Inleiding

Die oorsake van substansafhanklikheid is al intensief ondersoek, met verskeie teoretiese verklarings en verskillende denkskole wat die oorsake uit spesifieke raamwerke probeer verklaar. Daar is egter nog min vordering gemaak in die ontwikkeling van `n model of teorie wat die oorsake van substansafhanklikheid eksplisiet verklaar (Brooks & Rice, 1997:11 en Stevens-Smith & Smith, 1998:25).

Substansafhanklikheid is `n siekte van die individu, familie en gemeenskap. Brooke & Rice (1997:11) merk tereg op: "Everyone is vulnerable to either the direct or indirect effects of addiction". Nieteenstaande al die teoretiese verklarings en denkrigtings betreffende substansafhanklikheid, is almal dit eens dat substansafhanklikheid `n vernietigende en `n pynlike proses vir die individu en die familie is.

Die etiologie van verslawing kan nie net tot een faktor beperk word nie. Daar is gewoonlik `n verskeidenheid faktore wat gesamentlik `n rol by die individu speel wat substans misbruik en daarvan afhanklik raak. Coombs & Ziedonis (1995: xv) merk die volgende op oor tipes individue wat substans misbruik en die redes vir misbruik: "Drugs are used by average people, not just a deficient, disordered, or morally flawed segment of American society, people use drugs because it is socially and psychologically rewarding to do so". In gemeenskappe wat disfunksioneel is en wat gekenmerk word deur werkloosheid, kriminaliteit, hoë tendense van armoede, beperkte behuising en gebrekkige hulpbronne, kan dwelmshandel floreer (Servamus, 2000: 9 en Brooks & Rice, 1997:2).

Substansafhanklikheid is omvangryk en raak alle aspekte van die samelewing, die gesin en individu. Enkele teoretiese denkwyses en raamwerke rondom die etiologie van substansafhanklikheid word vervolgens bespreek, sowel as die proses in die ontwikkeling van substansafhanklikheid.

2.2 Teoretiese benaderings om die oorsake van substansafhanklikheid te verklaar

2.2.1 Die moralistiese teoretiese raamwerk

Vroeg in die negentiende eeu is die moralistiese teorie ontwikkel wat substansafhanklikheid as sondig en skaamteloos beskou het. Redes aangevoer vir substansafhanklikheid was deteriorasie van die morele waardesistiem van die individu en swak wilskrag (Stevens-Smith & Smith, 1998:26). Substansafhanklikheid is as `n probleem beskou wat deur die regstelsel of kerk gehanteer moes word (Mc Kim, 1997:1). Eers na die negentiende eeu is die term afhanklikheid gebruik en in die jare vyftig van die twintigste eeu is `n diagnose formeel geformuleer deur die Wêreldgesondheidsorganisasie (Mc Kim, 1997:1).

Vandag is daar nog denkers wat substansafhanklikheid as `n sonde beskou waarvan die substansafhanklike hom moet bekeer en vergifnis moet verkry om te "genees". Dit is egter `n baie ooreenvoudigde siening van substansafhanklikheid. Substansafhanklikheid kan nie bloot vergeestelik word nie en `n kitsoplossing kan nie as antwoord aangebied word nie.

2.2.2 Die mediese model

Die mediese model is ontwikkel deur Jellinek, wat substansafhanklikheid beskryf as `n siekte-toestand wat progressief en chronies is, deur `n fisiologiese tekort gekenmerk word, en wat die individu geneties predisponeer om substansafhanklik te raak (Brooks & Rice, 1997:33 en Stevens-Smith & Smith,

1998:27). Een aspek van die model is egter `n probleem volgens Mc Kim (1997:1): "It is not clear how one catches the disease". Dit is dus onduidelik hoe die siektetoestand ontstaan.

Behandeling volgens die mediese model berus op `n mediese benadering waarby gefokus word op hospitalisasie, medikasie en die fisiologiese aard van die siektetoestand. Fisiologiese faktore alleen as oorsake by substansafhanklikheid kon tot nou toe nog nie wetenskaplik verantwoord word nie.

Die konsep dat substansafhanklikheid `n chroniese toestand is, is egter binne die veld `n gegewe, aangesien die afhanklike nooit weer `n afhanklikheidsvormende substans kan gebruik nie en dus lewenslank `n afhanklike bly, al is die persoon nugter of al weerhou hy hom van die gebruik van afhanklikheidsvormende substans. Die konsep dat afhanklikheid `n progressiewe toestand is, is van toepassing op die substansafhanklike, aangesien afhanklikheid `n toenemende proses is, indien ingryping nie plaasvind nie.

Dodgen & Shea (2000:44) maak die afleiding dat Jellinek se konseptualisering van alkoholisme as `n siektetoestand tog `n belangrike bydrae tot die literatuur binne die veld van substansafhanklikheid gelewer het en som die redes soos volg op: "Alcoholism and other forms of substance abuse are considered chronic, progressive and potentially fatal diseases."

2.2.3 Die genetiese teorie oor substansafhanklikheid

Volgens die genetiese teorie kan substansafhanklikheid oorerflik wees. Sommige navorsers beweer dat alkoholisme wat by ouers teenwoordig is, oorgeërf word deur die kinders, eerder as dat die omgewing `n primêre rol in die oordrag speel (Stevens-Smith & Smith, 1998:27).



Navorsing is veral gerig op die oorsake van alkoholafhanklikheid en min navorsing oor ander dwelmiddels is gedoen. Dit is egter welbekend dat kinders en eerstegraadse familieledes van alkoholiste meer geneig is om afhanklikheid te ontwikkel, as wat die geval in die algemene populasie is (Nace, 1995:20).

Studies oor generasies heen, spesifiek ten opsigte van alkoholisme, het wel die volgende getoon wat van waarde is om van melding te maak (Dodgen & Shea, 2000:31):

- verskeie navorsing het bevind dat seuns van alkoholiste se moontlikheid om alkoholisme te ontwikkel drie tot vier keer groter is as seuns van nie-alkoholafhanklike biologiese ouers,
- seuns van alkoholiste wat aangeneem is deur nie-alkoholafhanklike ouers het dieselfde risiko om 'n alkoholprobleem te ontwikkel, as wanneer hulle grootgeword het by hulle biologiese alkoholafhanklike ouers,
- alkoholafhanklikes 'n verminderde sensitiwiteit vir die psigotropiese effek van alkohol en toksisiteit het wat daartoe bydra dat toleransie vinniger ontwikkel en sulke persone minder sensitief is vir onttrekkingsimptome, wat geneties gepredisponeer is.

'n Land wat veral die sosiologiese en kulturele teorieë oor die oorsake van alkoholisme ondersteun, is Japan. Een van die primêre redes dat negatiewe gevolge van alkoholisme nie op groot skaal in Japan voorkom nie, is as gevolg van hulle kulturele waardes. Nog 'n rede is die verskynsel van die 'oriental flushing respons'. Maisto, Galizio & Connors (1995:233) verduidelik die verskynsel soos volg: "This is a physical reaction that occurs with drinking alcohol, it consists of coetaneous flushing and sometimes other symptoms, including palpitations, tachycardia, perspiration and headache. The reaction is called oriental because it occurs in Asians but not in people of other races". Hierdie verskynsel blyk toegeskryf te word aan 'n tekort aan die aldehide iso-

ensiem en word as onaangenaam beleef. Hierdie tekort aan die aldehyde iso-ensiem gee aanleiding tot die opbou van asetaldehide omdat die die metabolisering van die alkohol onderbreek word en veroorsaak dan die onaangename simptome (Maisto, Galizio & Connors, 1995:233).

Daar word bereken dat tussen 30% tot 50% van Asiërs 'n tekort aan die spesifieke iso-ensiem het en word die laer voorkoms van alkoholisme en inname van alkohol by Asiërs deels verklaar deur die ensiemtekort (Stevens-Smith & Smith, 1998:27 en Maisto, Galizio & Connors, 1995:233).

'n Belangrike deel van huidige navorsing is daarop gerig om te bepaal of persone met 'n hoë risiko van alkoholafhanklikheid neurologiese disfunksie ervaar wat in hulle temperament gereflekteer word (Nace, 1995:23).

Bevindinge oor neurosenderdisfunksies wat voorlopers van alkoholisme kan wees en wat met die etiologie van alkoholisme geassosieer kan word, word deur Nace (1995:23) en Dodgen & Shea (2000:32) soos volg uiteengesit:

- Seuns van alkoholafhanklikes het 'n vinniger golfeffek in die brein op 'n elektroënkefalogram getoon,
- statia axatia, groter swaaibeweging in die boonste deel van die liggaam, het meer voorgekom by nie-alkoholafhanklike familieledede van alkoholafhanklikes,
- die meeste alkoholiste was as kinders hiperaktief,
- pasiënte met primêre tremore het 'n hoër insidensie van alkoholisme,
- linkshandiges is meer sensitief vir alkoholafhanklikheid,
- adolessente seuns van alkoholafhanklike vaders het meer neurosielkundige uitvalle getoon en akademies minder sukses behaal, as seuns van nie-alkoholafhanklike vaders,
- een uit drie alkoholafhanklikes voldoen aan die kriteria vir aandaggebreksindroom,
- op toetse van abstraktuering en probleemoplossing het eerstegraadse



- familieledede van alkoholafhanklikes swakker geprester as 'n kontrolegroep,
- voorafgaande faktore by persone wat alkoholafhanklikheid ontwikkel, is dikwels impulsiwiteit, aggressie en emosionele labiliteit,
 - antisosiale trekke voorspel dikwels die begin van alkoholisme,
 - sekere studies dui aan dat daar 'n tekort in die brein se neurosender, serotonin is wat geassosieer word met 'n hoër risiko vir alkoholmisbruik.

Cloninger (in Nace, 1995:24) het 'n model ontwikkel oor die rol van genetiese variasies in die sensitiwiteit van neuroboodskappers en die invloed wat dit op die ontwikkeling van temperament het. Verskillende vlakke van sensitiwiteit van die neuroboodskappers, dopamien, serotonin en noradrenalin kan geassosieer word met spesifieke persoonlikheidseienskappe.

Die drie persoonlikheidseienskappe waarmee die vlakke van sensitiwiteit van die drie neuroboodskappers geassosieer word, is eerstens die soeke en eksplorering na nuwe ervarings, wat geassosieer kan word met nuuskierigheid om met substansie te eksperimenteer.

Tweedens die afhanklikheid van beloning, wat geassosieer kan word met 'n behoefte aan sosiale aanvaarding en erkenning, dit wil sê die persoon is maklik beïnvloedbaar deur groepsdruk.

Derdens is die vermyding van negatiewe of skadelike gevolge, wat geassosieer word met vermyding van straf en frustrasie, en dus kan aanleiding gee tot manipulerende gedragswyses en die vermyding van verantwoordelikheid vir keuses (Nace, 1995:24 en Dodgen & Shea, 2000:32).

Hierdie tendense word as genetiese gedetermineerd beskou en is onafhanklik van mekaar (Nace, 1995:24). Die genoemde genetiese neuroboodskappers word in verband gebring met sekere gedrag en tendense wat by alkoholafhanklikheid waargeneem word.

Die persoonlikheidstrekke van beloningsafhanklikheid word in verband gebring met die sensitiwiteit van die noradrenaliniese patrone, die serotoniniese sisteem word in verband gebring met die vermyding van negatiewe of skadelike gevolge en dopamien met soeke na nuwe ervarings (Nace, 1995:24).

’n Populêre fisiologiese siening hedendaags oor hoekom persone voortgaan met substansmisbruik is dat die versterkingsisteem deur die chemikalieë van die substans in die brein geaktiveer word (Mc Kim, 1997:4). Hierdie versterkingsisteem word normaalweg versterk deur natuurlike versterkers soos voedsel, water, seks, ens. Versterkers laat die effek van dopamien op die reseptore van die mesolimbiese sisteem in die brein toeneem. Versterkers het een faktor in gemeen naamlik dat hulle die vlak van dopamienafskeiding in die brein laat toeneem. Die meeste afhanklikheidsvormende substansie beskik oor die eienskap (Mc Kim, 1997: 4).

Dopamien is ’n sleutelneuroboodskapper in die brein wat motoriese beweging reguleer. Dopamien is egter ook saam met serotonin en noradrenalin nou verbind met die regulering van emosionele vlakke en emosionele sturnisse (Maisto, Galizio & Connors, 1995:53). Substansie wat die afskeiding van dopamien laat toeneem, skep dus vir die gebruiker aangename emosionele effekte en daarom word die gedrag herhaal. Dodgen & Shea (2000:31) sluit hierby aan en meld dat persone wat kwesbaar is vir alkoholafhanklikheid, die effek van alkohol meer versterkend vir voortgesette gebruik beleef. Nieteenstaande omvattende navorsing is daar nog nie ’n enkele genetiese faktor as oorsaak vir substansafhanklikheid aangedui nie.

Dodgen & Shea (2000:31) maak egter die stelling dat studies voldoende bewys lewer dat die risiko daaraan verbode om ’n alkoholprobleem te ontwikkel, wel oorerflik is.

2.2.4 Tradisionele en kontemporêre psigiatriese modelle

Die psigiatriese modelle het tradisioneel van die standpunt uitgegaan dat daar onderliggende psigopatologie of 'n primêre psigiatriese siekte by substansafhanklikes bestaan (Brooks & Rice, 1997:34). Die afhanklike het dus 'n persoonlikheidsversteuring wat sy denke, gevoelens en gedrag beïnvloed. Daar is in die modelle daarom primêr gefokus op die onderliggende problematiek eerder as op die afhanklikheid self.

Die hedendaagse psigiatriese modelle klassifiseer substansafhanklikheid as 'n primêre psigiatriese versteuring (Brooks & Rice, 1997:34). Daar is wel ook bepaal dat daar 'n betekenisvolle verband tussen ander psigiatriese versteurings en substansafhanklikheid is. Volgens Regier en sy kollegas het studies getoon dat 'n individu met 'n lewenslange psigiatriese versteuring 'n twee keer groter kans het om 'n alkoholprobleem te ontwikkel en 'n vier keer groter kans het om 'n dwelmprobleem te ontwikkel (Brooks & Rice, 1997:34).

Die verband tussen substansafhanklikheid en psigopatologie is 'n onderwerp wat verskeie menings binne navorsingskringe ontlok en waarvoor verskeie studies gedoen is. Kokkevi & Stefanis (1995:66) het in hulle navorsing bevind dat die voorkoms van psigiatriese versteurings in substansgebruiker populasies by verre die psigiatriese versteurings in die algemene populasie oorskry. Rotgers, Keller & Morgenstern (1996:130) meld dat geskatte lewenslange dwelmmisbruikversteurings gekombineer met alkoholafhanklikheid so hoog is as 80%. Daar is 'n konsekwente verband tussen substansmisbruik en antisosiale persoonlikheidstrekke in die literatuur gevind (Lawson & Lawson, 1989:7).

Komorbiede antisosiale persoonlikheidsversteurings onder manlike alkoholiste strek van 23% tot 53%. Wat gemoedsversteurings betref, dui studies dat by 23% substansafhanklikes gemoedsversteurings voorkom.

Die meeste tipe gemoedsversteurings wat by substansafhanklikes voorkom, is depressie en angsversteurings (Rotgers, Keller & Morgenstern 1996:130 en Kokkevi & Stefanis, 1995:66). Daar is ook `n verband tussen opiaatmisbruik en depressie. Barbituraatmisbruik toon `n hoë assosiasie met depressie en `n lae assosiasie met skisofrenie.

Die misbruik van amfetamiene en hallusinogene dwelms toon `n hoë assosiasie met paranoïese skisofrenie (Lawson & Lawson, 1989:7). `n Studie toon dat 10% tot 15% van skisofrene ook `n alkoholprobleem het. Daar is ook gedokumenteerde bewyse dat amfetamienmisbruik, simptome van skisofrenie veroorsaak (Lawson & Lawson, 1989:7).

Dodgen & Shea (2000:104) meld dat `n studie deur die Nasionale Instituut vir Geestesgesondheid in 1994, in die VSA, waarby 20 000 persone betrek is, toon dat in 83% gevalle psigiatrisse versteurings en substansafhanklikheid, (dit wil sê enige substans), gekombineer met `n antisosiale persoonlikheid gediagnoseer is. Volgens dieselfde studie het 32% van die persone aan substansafhanklikheid en `n gemoedsversteuring gely, 24% aan angsversteurings en substansafhanklikheid en 47% persone aan skisofrenie en substansafhanklikheid.

Die verband tussen substansmisbruik en psigopatologie is dus kompleks. Vanuit `n sistemiese perspektief gesien, veroorsaak psigopatologiese simptome weer spesifieke probleme in familie-interaksie (Rotgers, Keller & Morgenstern 1996:130).

Die terapeut wat met substansafhanklikes handel moet altyd die moontlikheid van `n meervoudige diagnose in gedagte hou. Pasiënte by wie sowel substansafhanklikheid as `n psigiatrisse probleem gediagnoseer is, word moeilik deur die behandelingsisteme gehanteer. Terapeute is dikwels ook net opgelei in een van die gespesialiseerde velde terwyl pasiënte in `n eindelose verskeidenheid behandelingsprogramme in die twee velde van substansafhanklikheid en psigiatrie sirkuleer.

Die meervoudig gediagnoseerde persone word as `n spesifieke populasie beskou (Lawson & Lawson, 1989:7).

Behandelingsprogramme in die geval van meervoudige diagnose moet ook dikwels langer wees as die gewone program van 28 tot 30 dae.

2.2.5 Die sosiologiese perspektief

Die sosiologiese model gaan van die veronderstelling uit dat omgewingsfaktore bydra tot die etiologie van substansafhanklikheid (Brooks & Rice, 1997:41). Dit sluit faktore in soos armoede, gebrek aan opleiding, familiedisintegrasie, substansbeskikbaarheid en werkloosheid. Die invloed van advertering en bemerking van substans, word in die model ook as `n belangrike bydraende oorsaak beskou. Nace (1995:27) meld dat die beskikbaarheid van substans `n essensiële faktor is in die misbruik daarvan. Indien substans nie beskikbaar is nie kan dit nie misbruik word nie.

Deel van die sosiologiese perspektief is die interaksie met die familie en gesin. Die familie se houdings en gewoontes en die substansgebruik van die ouers speel `n verdere rol (Stevens-Smith & Smith, 1998:51). Torte-Scheider (in Lawson & Lawson, 1989:6) het veertien aspekte geeïdentifiseer wat `n impak op `n kind se ontwikkeling het en bepalend ten opsigte van sy houding teenoor substansgebruik kan wees:

- Blootstelling in die kinderjare aan dwelm en alkohol rolmodelle.
- Die hoeveelheid alkohol wat as gepas / te veel beskou word.
- Drinkgewoontes van die ouers of rolmodelle in die gesin.
- Die tipe alkohol wat gebruik word.
- Die vlakke van inhibisie wat as veilig beskou word.
- Simboliese betekenis van alkohol in die gesin.
- Gesindheid van gesin teenoor publieke intoksikasie.
- Die sosiale groep waarmee geassosieer word by substansgebruik.

- Aktiwiteite van die gesin geassosieer met substansgebruik.
- Druk wat op individu geplaas word om substans te gebruik.
- Gebruik van substans in sosiale/private konteks van die gesin.
- Die individu se vitaliteit om sy raamwerk van `n substansgebruikersgroep te wysig.
- Permanente belonings of strafkomponente om voort te gaan met substansgebruik, al dan nie.

Lewis, Dana & Blevins (1994:57) sluit hulle by bogenoemde skrywer aan en wys daarop dat die omgewing, wat uit portuurgroep, gesinne en families bestaan, die verhouding tussen die substansgebruiker en die substans op verskeie wyses beïnvloed. Lewis, Dana & Blevins (1994:57) noem vyf aspekte van belang waarvan kennis geneem moet word:

- Eerstens definieer ander mense die omgewing vir die individu as gelukkig of ongelukkig en skep daardeur `n emosionele toestand of emosionele atmosfeer,
- tweedens leer individue van andere reëls en rituele omtrent die gebruik van substans,
- derdens word die gedrag van andere in die omgewing `n verwysingspunt of standaard vir vergelyking om eie gedrag te beoordeel,
- vierdens vertolk andere in die omgewing `n rol as gidse en interpreteer hulle vir die individu die definisie en effek van substansgebruik, en
- laastens voorsien die omgewing sosiale ondersteuning en sanksie vir gepaste en onvanpaste gedrag insake substansgebruik en -misbruik.

Dodgen & Shea (2000:119) sluit hulle by bogenoemde aan en merk op dat die modellering van substansmisbruik deur die portuurgroep en familie `n definitiewe rol kan speel in die ontwikkeling van substansafhanklikheid by kinders binne so `n sosiale konteks en gesinsisteem.

2.2.6 Psigologiese perspektiewe

Die primêre uitgangspunt van psigologiese teorieë fokus op die emosies en die persoonlikheid van die individu. Die persoonlikheid word in die breë aan die persoon se interaksie met die omgewing gemeet, tipes verdedigingsmeganismes en die reëls wat die persoon volg (Lawson & Lawson, 1989:7).

Ander aspekte wat ingesluit word, is obsessies, kompulsies, swak selfbeeld, delusies, rigiede verdedigingsisteme en negatiewe gesindhede van die individu. Probleemareas sluit in: swak identifisering met rolmodelle, onvoldoende interpersoonlike vaardighede, onvoldoende sistematiese vaardighede of `n onvermoë om binne gegewe grense van `n situasie te reageer en `n onvermoë om gedrag konstruktief aan te pas volgens die situasie ten einde nodige behoeftes te bevredig.

Onverantwoordelikheid, nie-aanvaarding van die gevolge van gedrag en blaming dui op tekortkominge in die area. Daar is ook onvoldoende oordeelsvermoëvaardighede wat insluit: `n onvermoë om gepaste betekenis in verhoudinge te erken, te verstaan en toe te pas.

Gebrek aan oordeelsvermoë kom na vore as krisis en as herhalende selfdestruktiewe gedrag (Lawson & Lawson, 1989:7). Daar is geen tipiese substansafhanklike persoonlikheid nie (Lawson & Lawson, 1989:5). Zuckerman (in Maisto, Galizio & Connors, 1995:97) het veral navorsing onderneem oor sensasiesoekende gedrag as rede vir dwelmgebruik. Sensasiesoekende gedrag kan gedefinieer word as die behoefte aan variërende, komplekse en ongewone sensasies en ervarings en die gewilligheid om fisiese en sosiale risiko's te loop vir die belewing van sulke ervarings. Daar is `n positiewe verband vasgestel tussen sensasiesoekende gedrag en alkohol/dwelmgebruik.

Persoonlikheidsfaktore het aangetoon dat die gebruik van alkohol en dwelms stresverligting teweegbring. Persone wat stresverligting deur middel van dwelms en alkohol ervaar sal dus eerder dwelms/alkohol gebruik om stres te verlig as andere wat dit nie as 'n wyse van stresverligting ervaar nie. Levenson en Sher (in Maisto, Galizio & Connors, 1995:98) se navorsing het daarop gewys dat persone wat karaktereienskappe van aggressie, impulsiwiteit en ekstrovertisme openbaar meer sensitief is vir die effek van alkohol en stresverligting deur dwelms en / of alkohol.

2.2.7 Die gesinsterapeutiese raamwerk

Binne die gesinsterapeutiese raamwerk is die mees populêre beskouing van substansafhanklikheid die mediese model, die gedragsterapeutiese model en die sistemiese model, wat die volgende drie uitgangspunte huldig (Dodgen & Shea, 2000:110 en Curtis, 1999:16-17):

- Substansafhanklikheid is 'n gesinsprobleem waarby die substansafhanklike gepreokkupeer is met die substans en sekere gesinslede met die afhanklike.
- Alle gesinslede daardeur word geaffekteer (Brooks & Rice, 1997:43).
- Die gesinslede word as koafhanklikes bestempel (Curtis, 1999:16).
- Die gedragsterapeutiese perspektief fokus op patrone en interaksies. Die gesinslede kan die misbruik van substans deur die afhanklike in die gesin versterk, as hulle die gedragpatrone van die substansafhanklike verkies wanneer hy geïntoksikeer is (Dodgen & Shea, 2000:118).
- Laastens fokus die gesinsistemiese model primêr op die rolle van gesinslede, grense, verhoudinge, gesinsreëls en homeostase in die gesin (Dodgen & Shea, 2000:118).



Die sistemiese perspektief is die beskrywing van die dinamika in die substansafhanklike gesinsisteem eerder as die soeke na die oorsake van substansafhanklikheid (Dodgen & Shea, 2000:118).

Die gesinsisteem bestaan uit subsysteme wat onderling afhanklik is. Die gesin sisteem as geheel verskil kwalitatief van die som van die individuele dele. Laasgenoemde stelling beklemtoon die interafhanklikheid en verweefdheid van die gesinsisteem. Homeostase is `n sleutelbegrip in die sisteemteorie. Homeostase dui op `n toestand van dinamiese ewewig (Paul, 1998:11). Die primêre doel van die gesin is om die homeostase van die gesin konstant te hou. In `n sisteem waarin substansafhanklikheid voorkom, word die gesinslewe rondom die substansmisbruik georganiseer as `n wyse om homeostase te stabiliseer (Stevens-Smith & Smith, 1998:37).

Die gesinsisteem het verskeie kenmerke. Eerstens het `n gesinsisteem grense. Om homself te identifiseer en te onderskei van ander, is daar vir `n gesin eksterne grense. Grense is buigsaam en laat die gesinslede toe om in die sisteem in te beweeg en daaruit. Wedersydse bēinvloeding tussen die omgewing en die sisteem vind dus plaas.

By substansafhanklike gesinsisteme is die grense gewoonlik rigied en beperk dit kontak met buitessisteme. Die rigiede grense maak die gesinstruktuur ook rigied en bemoeilik die hantering van verandering (Stevens-Smith & Smith, 1998:37).

Gesinsisteme het egter ook interne grense en een funksie van `n gesonde gesinsisteem is die delegering van mag. Grense bestaan gewoonlik tussen generasies, en tussen ouers en kinders, en word in terme van reëls, rolle en mag gedefinieer. `n Hiërargie word gevorm waarin die ouers gewoonlik die meeste mag het.

By substansafhanklike gesinsisteme word die koalisie tussen ouers beskadig. Hiërargiese omkering vind plaas in gesinsisteme met substansafhanklikheid. Die moeder en kinders kan in dieselfde laterale posisies van mag geplaas word, wat daartoe lei dat die kinders in onvanpaste rolle geplaas word.

Rolle in die gesinsisteme word deur die gesin gedelegeer en interaksie tussen gesinslede en groter sosiale strukture word gereguleer deur die gesin. Die rolle wat kinders in 'n gesinsisteme aanneem, is dikwels disfunksioneel (Stevens-Smith & Smith, 1998:39).

Rolle wat kinders dikwels in die substansafhanklike gesinsisteme aanneem, is die rol van die verantwoordelike kind, van die aangepaste kind, van die probleemkind en van die nar (Stevens-Smith & Smith, 1998:40). Die verantwoordelike kind probeer stabiliteit en struktuur in die andersins chaotiese gesinsisteme skep en die aangepaste kind pas hom aan deur hom te onttrek en los te maak van die gesinsisteme. Die probleemkind absorbeer die blaam vir die disfunksionele gesinsisteme en trek ook die aandag van die substansafhanklike af.

Die nar trek die aandag van die pyn wat die gesinsisteme beleef en skep vir die gesin oppervlakkige verligting. In die substansafhanklike disfunksionele gesinsisteme is die reëls "mag nie daarvoor praat nie", "moenie vertrou nie", "niemand kan buite die sisteem vertrou word nie" en "moenie voel en oor gevoelens praat nie", deel van die sisteem. Brooks & Rice (1997:100) merk met reg die volgende daarop op: "The `don'ts` are what keep the secret in the family and the disease alive".



Sirkulêre kousaliteit is ook `n begrip eie aan die sisteemteorie. Brooks & Rice (1997:57) verklaar sirkulêre kousaliteit as volg: "A change in one member of the system produces change in all others, each action within the family elicits a reaction to another member. It is an unbroken chain of events". Dit wil sê dat gedrag tegelyk beide die oorsaak en gevolg is van die gedrag wat hom manifesteer.

Substansafhanklikheid is gewoonlik nooit tot slegs een familielid beperk nie. Studies toon ten opsigte van alkoholisme `n hoë voorkoms van familiale oordrag. Daar is egter ook bevind dat waar rituele konsekwent in die gesinslewe beoefen is (soos verjaarsdagvieringe ens.), al was daar ook hewige drinkepisodes, die familie tog beskerm is teen die oordrag van alkoholisme aan die kinders. Die graad waarin die gesinsrituele beoefen word, word as `n "merker" of `n wyse van meting van familie identiteit beskou (Rotgers, Keller & Morgenstern 1996:130).

Gesinsgedragswyses rondom die gebruik van alkohol en intoksikasie in familierituele speel ook `n belangrike rol in die oordrag van alkoholisme aan die nageslag.

Navorsing het getoon dat in die geval van gesinne waar intoksifikasie by familierituele prominent verbied is, die oordrag van alkoholisme aan die nageslag in mindere mate voorgekom het (Rotgers, Keller & Morgenstern 1996:130).

Die gesin is die belangrikste sosiale sisteem wat `n persoon se lewe betekenisvol maak en daarom is dit essensieel dat substansafhanklikheid binne hierdie konteks bestudeer word.

2.2.8 Behavioristiese perspektief

Die sosiale leerteorie van Albert Bandura vorm die basis van die huidige behavioristiese teorie oor substansafhanklikheid. Die beskouing word gehuldig dat kognitiewe, genetiese en sosiokulturele faktore individue predisponeer of beïnvloed om met alkohol en dwelms te eksperimenteer (Stevens-Smith & Smith, 1998:45).

Daar word van die standpunt uitgegaan dat substansmisbruik ontstaan as gevolg van 'n tekort aan hanteringsvaardighede en dat die individu hom wend tot substansmisbruik as 'n wyse om stressore te hanteer.

Kognitiewe prosesse betrokke by gedrag, die verwagte effek van die substans, aangename assosiasie met die substans en modellering van die gedrag van ander persone word alles as belangrike faktore beskou om in ag te neem.

Substansafhanklike gedrag word in stand gehou deur versterking, en hoe groter die beloning van die gedragspatroon hoe eerder sal die individu dit herhaal (Dodgen & Shea, 2000:119 en Stevens-Smith & Smith, 1998:45).

Die gebruik van substansie kan ook as 'n wyse beskou word om stres te verlig. Die huidige benadering van terapie in die behavioristiese raamwerk behels onder andere dat gedragspatrone en die gebrek aan sosiale en hanteringsvaardighede aangespreek word (Stevens-Smith & Smith, 1998:46).

Die beperkinge van die behavioristiese raamwerk is dat die individu in isolasie van die gesinsisteem behandel word.

2.2.9 Die biopsigososiale teorie

Die biopsigososiale teorie is 'n geïntegreerde teorie, met biologiese, psigologiese en sosiale komponente wat substansafhanklikheid as 'n komplekse en progressiewe gedragspatroon beskou (Maisto, Galizio & Connors, 1995:386 en Stevens-Smith & Smith, 1998:53).

Hierdie teorie gaan van die standpunt uit dat die oorsaak van substansafhanklikheid 'n kombinasie van verskeie faktore insluit en behandeling uit verskeie fasette moet bestaan om al die interafhanklike faktore te kan ondervang (Dodgen & Shea, 2000:121).

Kritiek op die uitgangspunte van die teorie is dat weens die kombinasie van teorieë die raamwerk waarvolgens die oorsaak van substansafhanklikheid verklaar kan word, te breedvoerig raak (Stevens-Smith & Smith, 1998:55). Dit is egter uit die navorsing se oogpunt belangrik dat die maatskaplike werker nie die etiologie van substansafhanklikheid oorvereenvoudig nie, maar alle fasette daarvan eksplorieer.

2.2.10 Gevolgtrekking

Dit blyk duidelik uit bogenoemde teoretiese benaderings tot die etiologie van substansafhanklikheid dat dit 'n komplekse toestand is wat net met een of twee oorsake verband hou nie. Dit is dus belangrik dat die terapeut nie tonnelvisie by die behandeling van die substansafhanklike ontwikkel nie, maar alle moontlikhede in gedagte sal hou. 'n Belangrike aspek is dat daar ook nie net gefokus moet word op die oorsaak van die substansafhanklike se afhanklikheid nie.

'n Substansafhanklike het die volgende opgemerk wat die terapeut in die behandelingsprogram ter harte moet neem: "I don't know whether I am an alcoholic because my father was an alcoholic, because I was brought up in a dysfunctional family, or because I was raped and sexually abused as a child. It doesn't matter

where my alcoholism and my addiction come from. It's what am I going to do about it today. And that is the most important thing I could do ". (Brooks & Rice, 1997:142.)

2.3 Die ontwikkeling van substansafhanklikheid

2.3.1 Inleiding

Die substanservaring word veroorsaak deur farmakologiese en nie-farmakologiese faktore. Die betrokke farmakologiese faktore is die chemiese samestelling van die substans en die uitwerking daarvan op die liggaam, die dosis of hoeveelheid van die substans en die roete van dwelmadministrering, dit wil sê hoe die substans die liggaam binnegaan.

Die roete van substansadministrering is belangrik omdat dit bepaal hoeveel van die dosis die spesifieke organe bereik en hoe vinnig die organe bereik word (Maisto, Galizio & Connors, 1995:6).

Die nie-farmakologiese faktore omvat die substansgebruiker se genetiese samestelling, geslag, ouderdom, dwelmtoleransie, persoonlikheid en die omgewing waarin die substans gebruik word. Die substansgebruiker se persoonlikheid verwys na gesindhede, verwagtinge, kennis en gedagtes oor die substans.

Die omgewing van die substansgebruiker sluit die gemeenskap in waarin die substans gebruik word, die onmiddellike fisiese omgewing en die teenwoordigheid van ander mense by die substansgebruik. Hierdie faktore beïnvloed 'n persoon se ervaring van substansgebruik (Maisto, Galizio & Connors, 1995:6).

Die farmakologiese en nie-farmakologiese faktore betrokke by substansafhanklikheid word vervolgens bespreek.

2.3.2 Die farmakologiese faktore betrokke by die ontwikkeling van substansafhanklikheid

2.3.2.1 Die chemiese samestelling van afhanklikheidsvormende substansie

Dit is belangrik om te definieer wat 'n afhanklikheidsvormende substansie is. Alle afhanklikheidsvormende substansie het die volgende eienskappe in gemeen (Roper & Bartlett, 1991:25):

- Die stowwe dring die sentrale senuweestelsel binne;
- die stowwe werk op die sentrale senuweestelsel in en bring verandering in gemoedstoestand en/of vlak van bewustheid en/of persepsies teweeg;
- die stowwe beskik oor eienskappe wat negatiewe gevoelens verlig wat opgewekte gevoelens veroorsaak en dus psigiese afhanklikheid meebring;
- die meeste middels veroorsaak ook fisiese afhanklikheid.

Afhanklikheidsvormende substansie kan in vyf kategorieë ingedeel word (Mans, 2000:8-9):

- Sosiaal aanvaarbare substansie soos alkohol en tabak;
- inhaleermiddels (inasemstowwe) soos petrol, verfverdunder en gom;
- medisyne wat oor die toonbank gekoop word soos hoesmedisyne, eetlusdempers en pynstillers;
- voorskryfmedisyne soos kalmeermiddels en slaapmiddels en;
- onwettige substansie soos dagga, LSD (lisergied) en kokaïen.

Daar is geen wettige of terapeutiese regverdiging vir die gebruik van verbode afhanklikheidsvormende substansie nie. Dit word as misbruik beskou as medikasie nie vir die doeleindes ooreenstemmig met mediese praktyk gebruik word nie (Roper & Bartlett, 1991:6).

Afhanklikheidsvormende substansie kan ook geklassifiseer word volgens hulle uitwerking op die sentrale senuweestelsel en kan ook ingedeel word as substansie

wat primêr oor hallusinogeniese eienskappe beskik, substansie wat inwerk op die primêre senuweestelsel en middels wat sentrale senuwee depressante is. (Stevens-Smith en Smith, 1998:69-87). Afhanklikheidsvormende substansie verskil wat betref hulle vermoë om afhanklikheid te veroorsaak. So is kokaïen is sterk psigies afhanklikheidsvormend, maar nie fisies afhanklikheidsvormend nie. Opoïede en mandrax is weer sterk fisies en psigies afhanklikheidsvormend.

LSD (lisergied) is nie fisies of psigies afhanklikheidsvormend nie en word vir die hallusinogene effek daarvan gebruik. LSD (lisergied) word dikwels saam met ander dwelmmiddels, gebruik, eerder as om dit alleen te gebruik (Roper & Bartlett, 1991:25-30).

Die gebruiksduur van 'n substansie speel ook 'n rol by afhanklikheid. Afhanklikheid van bensodïasepiene, wat dikwels vir angs en slaaploosheid voorgeskryf word en wat in kalmeermiddels en slaapmiddels voorkom, kan binne vier tot ses weke afhanklikheid veroorsaak (Roper & Bartlett, 1991:32).

Elke gevoel of emosie, ook psigologiese ervarings, is gebaseer op breinaktiwiteit. Die brein is die basis van bewuste ervarings en die sleutel om as chemiese agent op te tree. Die brein bestaan uit gespesialiseerde selle, genoem neurone. Die neurone dra op hulle beurt weer inligting oor deur elektriese strome wat deur aksone gelei word en stel chemiese substansie, genoem neurosenders, vry in die sinapse.

Die meeste substansie verander die chemiese fase van senuweebegeleiding (Maisto, Galizio & Connors, 1995:6). Stevens-Smith en Smith (1998: 69) sluit hulle hierby aan met die volgende stelling: "Substances are considered psychoactive when they can cross the blood-brain barrier and create changes in the brain, and therefore, in the mind and behavior." Die primêre gebruik van substansie is om verandering in die neurochemiese samestelling van die brein te weeg te bring en wysig die persoon se vlak van bewustheid (Stevens-Smith en Smith 1998: 69).

2.3.2.2 Die substansdosering

Substans kan `n verskeidenheid effekte vir die gebruiker teweegbring. Watter effekte en hoe sterk die effek wat die substans teweegbring, hang gedeeltelik af van die hoeveelheid of dosis van die substans wat gebruik word (Lewis, Dana & Blevins, 1994:36 en Maisto, Galizio & Connors, 1995:6).

Die verhouding tussen substansdosering en die substans se effek word die doseringsresponsverhouding genoem (Lewis, Dana & Blevins, 1994:36). Onder `n sekere drempel is die effek van die substans nie baie opmerklik nie.

Wanneer die dosis verhoog word, word die effek van die substans sterker tot dat dit `n maksimum waarde bereik (Lewis, Dana & Blevins, 1994:36). Die hoeveelheid van die substans wat nodig is om `n sekere effek te bereik, hang af van die vermoë of sterkte van die substans.

2.3.2.3 Die ontwikkeling van fisiese afhanklikheid

Fisiese afhanklikheid ontstaan as die liggaam van die substansgebruiker hom fisiologies aanpas by die teenwoordigheid van die substans in die liggaam en die substansgebruiker nie meer normaal daarsonder kan funksioneer nie (Roper & Bartlett, 1991:7). Die persoon wat fisiese afhanklikheid ervaar, openbaar onttrekkingsimptome indien die inname van die substans gestaak word (Stevens-Smith & Smith, 1998:13).

Die tipe onttrekkingsimptome wat ervaar word, hang af van die tipe substans, hoeveelheid, tydsduur van gebruik en gesondheid van die individu. Toleransie, ontwikkel vir die meeste substans en impliseer die persoon benodig `n al hoe groter dosis van `n substans om dieselfde effek te bereik (Mans, 2000:7).

Daar is twee tipes toleransie ter sprake, naamlik metaboliese toleransie en farmakodinamiese toleransie (Stevens-Smith & Smith, 1998:13). Metaboliese toleransie het betrekking op lewerfunksie. Die lewer verwerk die chemiese substans wat die liggaam binnegaan af te breek en te metaboliseer.

Die resultaat is dat die lewer al hoe meer chemiese middels afskei vir die afbreekproses en dat die substans al hoe vinniger afgebreek en uit die liggaam uitgeskei word.

Farmakodinamiese toleransie het betrekking op die sensuïewestelsel, wat toenemende onsensitieweit vir die dwelmiddel of substans ontwikkel. Die sensuïe verander hulle struktuur om normaal te kan funksioneer en word dan meer onsensitief vir die dwelmiddel of substans sodat meer van die middel nodig om dieselfde effek te verkry (Stevens-Smith & Smith, 1998:13). In tabel 1 is 'n voorstelling van die afhanklikheidspotensiaal van substans en die potensiaal van substans om toleransie te ontwikkel (Roper & Bartlett, 1991:40). Die potensiaal van substans om fisiese en psigiese afhanklikheid te ontwikkel, word in tabel 1 ook duidelik geïllustreer.

Tabel 1: Afhanklikheids-en toleransiepotensiaal van substanses (Roper & Bartlett, 1991:40).

0 = geen effek; + = effense effek; ++ tot ++++ = sterk effek

Substans	Fisiese afhanklikheid	Psigiese afhanklikheid	Toleransie
Opoïede	++++	++++	++++
Barbiturate	+++	+++	++
Mandrax	+++	+++	++
Alkohol	+++	+++	++
Meprobumaat	+++	+++	+
Bensodiasepiene	++	+++	++
Amfetamiene	+	+++	++++
Kokaïen	0	+++	0
Dagga	0	++	0
LSD	0	++	++
Metamfetamien	+	+++	++++

2.3.2.4 Die rol wat die wyse van toediening van die substans by die ontwikkeling van afhanklikheid speel

Substansie kan op verskillende maniere ingeneem word (Mans, 2000:9 en Lewis, Dana & Blevins, 1994:40):

- deur orale inname;
- absorpsie deur die slymvliese in die mond, neus, rektum, vagina,
- inaseming; en
- inspuiting.

Die orale inname van substansie word deur ensieme en sure in die mond en maag afgebreek om die effek daarvan so te verswak. Die reaksietyd van substansie wat oraal ingeneem word, is tussen 20 en 30 minute (Stevens-Smith & Smith, 1998:11). Inhaleermiddels soos dagga en kokaïen, word vinnig deur die bloedvate van die longe geabsorbeer en direk na die hart, liggaam en brein gepomp. Inhalering is die vinnigste metode van substansinname en die reaksietyd is tussen sewe en tien sekondes.

Substansie soos heroïen, kokaïen en wellconal kan deur middel van `n spuitnaald onder die vel of in `n aar gespuit word. Die reaksietyd is dan tussen 15 en 30 sekondes, as dit regstreeks in `n aar ingespuit word, en drie tot vyf minute as dit onder die vel ingespuit word.

Sommige substansie kan deur velkontak ingeneem word. LSD kan byvoorbeeld deur die oog ingeneem word of op `n klam deel van die liggaam geplaas word. Morfien kan rektaal ingeneem word. Die reaksietyd is tussen vyf en tien minute (Stevens-Smith & Smith, 1998: 11). Substansie soos kokaïen en heroïen wat ook gesnuif kan word, se reaksietyd is tussen drie en vyf minute. Nasale inname se uitwerking is meer intens as orale inname (Stevens-Smith & Smith, 1998:11).

2.3.3 Nie-farmakologiese faktore betrokke by die ontwikkeling van substansafhanklikheid

Verskeie uitgangspunte soos uiteengesit in die verskillende teoretiese beskouings oor die ontwikkeling van substansafhanklikheid met betrekking tot nie-farmakologiese faktore is reeds bespreek. Vanuit 'n holistiese oogpunt is dit belangrik om al die faktore as 'n geheel te benader en ook as interafhanklik te beskou (Knipe, 1995:13 en Dodgen & Shea, 2000:39).

Soos reeds genoem, sluit nie-farmakologiese faktore die substansgebruiker se genetiese samestelling, geslag, ouderdom, toleransievermoë, persoonlikheid en intrapsigiese faktore in, te same met die interpsigiese faktore en omgewing waarin die bepaalde substans gebruik word.

Daar word aanvullend tot die reeds bespreekte teoretiese perspektiewe na die fisiologiese samestelling, psigiese afhanklikheid en psigologiese ingesteldheid van die substansgebruiker as verdere nie-farmakologiese faktore verwys.

2.3.3.1 Die fisiologie van die substansafhanklike

Geneties verskil persone wat hulle reaksie betref op 'n substans (Maisto, Galizio & Connors, 1995:6 en Lewis, Dana & Blevins, 1994:52).

Die mate waarin die eerste dosis van 'n substans 'n persoon affekteer, word die inisiële sensitiwiteit vir 'n substans genoem. Verskille in persone se reaksies op 'n dwelm word geneties gedetermineer.

Geslag speel ook 'n rol in die dosis van die substans wat gebruik word. 'n Spesifieke dosis van 'n substans het gewoonlik 'n groter effek op 'n vrou as op 'n



man. Die effek hang saam met die persentasie vetinhoud van die liggaam wat meestal hoër by vroue as by mans is. Sommige substansie bind met liggaamsvet en word dan stadiger uitgewerk en bly langer in die liggaam aktief (Maisto, Galizio & Connors, 1995: 6).

Liggaamsmassa speel ook 'n rol by die gebruik van 'n substans. 'n Swaarder persoon se liggaam bevat meer bloed en gekonsentreerde vloeistowwe en sal dus 'n laer konsentrasie substans in die bloed hê as 'n ligter persoon s'n.

Daar is 'n verband tussen ouderdom en die uitwerking van die substans op die liggaam. Kinders is meer sensitief vir substansie omdat hulle die ensiemstelsel wat dwelms metaboliseer by hulle nog nie ten volle ontwikkel is nie en daarom bly dwelms by hulle langer aktief.

By bejaardes is die ensiemstelsel dikwels gestremd en daarom het substansie op hulle dieselfde uitwerking as op kinders (Maisto, Galizio & Connors, 1995:6).

2.3.3.2 Die ontwikkeling van psigiese afhanklikheid

Psigiese afhanklikheid kom voor as die individu gedwonge voel om 'n substans te gebruik (Roper & Bartlett, 1991:7 en Maisto, Galizio & Connors, 1995: 18). Die persoon vermy negatiewe gevoelens en skep positiewe gevoelens deur die gebruik van die substans. Die onaangename effek van onttrekking- simptome word ook sodoende vermy (Roper & Bartlett, 1991:7). Sonder die substans sal die afhanklike dit emosioneel en psigies onuithoudbaar vind.

Drugscope (2001:1) sluit hierby aan met die stelling: "The drug experience can become a way of locking out reality, make life bearable, and a way of facing the world. Without the crutch life seems worthless".

2.3.3.3 Psigologiese ingesteldheid van die substansgebruiker

Die aanvanklike belewenis by die gebruik van `n substans, skep by die gebruiker sekere verwagtinge oor die effek van die substans (Lewis, Dana & Blevins, 1994:54). Sekere ervaringe verbonde aan substansgebruik, ongeag die tipe substans, is algemeen op `n sosiale en emosionele vlak (Nace, 1995:8).

Sosiale interaksie word gewoonlik bevorder en interpersoonlike spanninge verlig met die gebruik van `n substans. Op emosionele vlak verander substans die gevoelens wat `n persoon ervaar. Verligting, ontvlugting, euforie, ontspanning en sedasie is maar enkele emosies wat beleef en algemeen beskryf word (Nace, 1995:11). Die verandering op emosionele vlak is ook `n primêre versterker vir verdere substansgebruik.

2.4 Fases in die ontwikkeling van substansafhanklikheid

Die fases van die ontwikkeling van substansafhanklikheid wat amptelik in Staanvas Sentrum, Pretoria, gebruik word en deur die Uitvoerende Direkteur, Mnr. T. Visser ontwikkel en geïmplimenteer is, word met die toepaslike literatuur geïntegreer en soos volg uiteengesit (Visser, 2002, Mans, 2000:6-7 en De Miranda, 1998:2):

Die sosiale fase:

Die persoon eksperimenteer met substans in hierdie fase en gebruik die substans alleenlik per geleentheid. Klein hoeveelhede van die substans word gebruik en die persoon het volle beheer oor sy inname. Die persoon beleef



geen emosionele skade of verliese in hierdie fase nie. Die positiewe effek wat die middel bied word egter in hierdie fase ontdek. Dit wil sê die persoon kan verligting ervaar van aspekte soos byvoorbeeld stres, eensaamheid, depressie en spanning, deur die gebruik van die substans.

Die patroonfase

Die persoon begin geleenthede skep om die substans te gebruik. Groter hoeveelhede word gebruik en die substans word by meer geleenthede gebruik. In sekere situasies pas die persoon beter aan met die gebruik van die substans as sonder die gebruik van die substans. Die sosialisering van die persoon begin rondom die gebruik van substans sentreer. In hierdie fase mag die persoon sporadiese probleme in sy maatskaplike funksionering ervaar.

Die afhanklikheidsfase

Die persoon begin substansgesentreerd funksioneer en verloor kontak met realiteit. Beheerverlies kom voor, dit wil sê wanneer die persoon die substans gebruik, kan hy die ophou met die gebruik daarvan nie. Onttrekkingsimptome word ervaar wanneer die substans se gebruik gestaak word en die persoon se totale maatskaplike funksionering word nadelig beïnvloed.

2.5 Samevatting

Die oorsake van substansafhanklikheid is veelvuldig en kan nie net vanuit een teoretiese raamwerk benader word nie. Verskeie benaderings word in hierdie hoofstuk bespreek.

Die mees basiese teoretiese raamwerke word bespreek, waaronder die religieuse model, die mediese model en die psigiatriese model asook die sosiologiese, gesinsistemiese, behavioristiese en biopsigososiale perspektiewe.

Die ontwikkeling van substansafhanklikheid en die faktore wat daarby betrokke is, is ook bespreek. Dit is duidelik dat die ontwikkeling van afhanklikheid verskeie faktore insluit, soos die substans se chemiese samestelling, die substansgebruiker se fisiologiese en persoonlikheidsamestelling, die gesinsisteem en omgewingsfaktore. Samevattend kan van die standpunt uitgegaan word dat substansafhanklikheid vanuit 'n holistiese perspektief benader moet word. Die verskeidenheid faktore wat aangedui is, is bydraend en interafhanklik van mekaar.

Laastens is gekyk na die ontwikkelingsfases van substansafhanklikheid, wat vanaf die eksperimenteringsfase tot die afhanklikheidsfase strek.

In die volgende hoofstuk word die omvang van substansafhanklikheid en wetgewing met betreffende die hantering van substansafhanklikheid en die substansafhanklike geneesheer bespreek.

HOOFSTUK 3

DIE OMVANG VAN SUBSTANSAFHANKLIKHEID EN WETGEWING BETREFFENDE DIE HANTERING VAN SUBSTANSAFHANKLIKHEID EN DIE SUBSTANSAFHANKLIKE GENEESHEER

3.1 Inleiding

Substansmisbruik is `n verskynsel wat wêreldwyd deel van die samelewing geword het. In die verslag insake die wêreldtendense van dwelms (Servamus, 2000:55) word opgemerk: "There is hardly any country in which it does not take place". Daar bestaan geen twyfel dat die vraagstuk rondom dwelmmiddels en substansafhanklikheid een van die mees aktuele probleme van ons tyd is nie. "Every society has its own drugs. The only people with no traditional drug of their own would appear to be the Eskimos" (Gossop, 2000:1).

Onwettige dwelmhandel genereer 4% van die wêreld se inkomste, met `n jaarlikse omset van R4 500 miljard (Servamus, 2000: 8). Dit is dubbel die omset van die internasionale olieryk.

Suid-Afrika was nog altyd `n primêre voorsiener van dagga (marijuana) aan die markte in Europa, Noord-Amerika en Asië. Suid-Afrika word ook as `n belangrike deurgangstroete beskou in die handel van heroïen vanuit Asië en kokaïen vanuit Latyns-Amerika en die VSA na Europa. Suid-Afrika is ook `n afsetgebied vir die oorvoorsiene dwelmmark in die wêreld (Servamus, 2000:9). Substansmisbruik in Suid-Afrika het die afgelope paar jaar geweldig toegeneem, veral onder die jeug (Mans, 2000:5). Professionele persone, onder andere geneeshere spring ook nie substansafhanklikheid vry nie.

Gesondheidsdienste in die meeste ontwikkelde lande het die afgelope paar jaar onder die vergrootglas gekom weens die hoë en toenemende uitgawes aan mediese dienste (Rosenthal, 1995: ix; Hlangani, 2001:4, De Lange, 2001:4 en Pretoria News, 2001:1).

Ook in Suid-Afrika is gesondheidsdienste en hoë koste `n sentrale tema. `n Onderwerp wat die afgelope paar jaar internasionaal aandag geniet, is die implementering van effektiewer wyses om beperkte gesondheidsbegrotings te bestuur en mediese dienste meer toeganklik te maak vir die hele bevolking (Rosenthal, 1995:ix; Beeld, 2000:6). Suid-Afrika is geen uitsondering nie. Die koste van mediese dienste eskaleer steeds en groter druk word op mediese fondse geplaas, met die gevolg dat `n hoë standaard van diens en ook effektiewe dienslewering verwag word (Adams, 2001:3 en De Lange, 2001:4). Fundamenteel word daar beweeg na die begrip “gebruikers van mediese dienste” wat `n bekende begrip vir die publiek is, weg van die tradisionele siening van die rol van pasiënt (Rosenthal, 1995:x).

In die huidige klimaat van die lewering van gesondheidsdienste is dit dus nie onvanpas om vrae te vra oor die tendense van dienslewering deur die mediese professie wat nie op standaard is nie (Large, 2001:8 en Harrison, 2001:8). `n Verskeidenheid faktore kan oneffektiewe dienslewering deur die mediese professie veroorsaak, waaronder swak beplanning, te groot werkladings, swak bestuur, onvoldoende toerusting, onvoldoende personeel, onprofessionele gedrag, nalatigheid, finansiële oneerlikheid, psigiatriese probleme en substansafhanklikheid. Geneeshere word van hulle opleidingstyd af blootgestel aan `n verskeidenheid stressore en hulle moet aan baie hoë eise voldoen (Hughes, Scott & De Witt, 1991: 2069 en Chambers & Maxwell, 1996:723).

Wilson (2000:117) verwys in `n artikel oor substansafhanklikheid onder geneeshere na `n opname onder mediese studente in hulle finale studiejaar en meld dat 90% van die studente substans gebruik of gereeld gebruik het vir ontspanningsdoeleindes.

Bykomende faktore soos die risiko om met die MI-virus besmet te raak en die sogenaamde Zuma-jaar (een jaar verpligte gemeenskapsdiens) vir mediese studente is uniek binne die Suid-Afrikaanse konteks en stel verdere eise aan geneeshere (Beeld, 2001:9 en Venter, 2001:1).

3.2 Die internasionale en nasionale omvang van substansafhanklikheid

3.2.1 Internasionale tendense van substansafhanklikheid

Wêreldwyd misbruik meer as 180 miljoen mense dwelmmiddels (United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention, 2001). "Drug use is responsible for lost wages, soaring health care costs, broken families and deteriorating communities. Intravenous drug use is also fuelling the rapid spread of AIDS and hepatitis"(United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention, 2001). Die gevolge van substansmisbruik beïnvloed `n breë spektrum in elke land en gemeenskap.

Die onwettige substans wat wêreldwyd die meeste gebruik word, is dagga. Die lande wat die grootste verskaffers van dagga is, is Marokko, Mexiko, Nigerië en Suid-Afrika. Die misbruik van opiate is veral gekonsentreer in Asië en Europa en kokaïen word veral misbruik in Amerika, en in `n kleiner mate in Europa (World Drug Report, 2000:55). Afganistan is die grootste produsent van opium. Sowat 91 000 hektaar opumpapawers is geproduseer in 1999, `n toename van 40% teenoor die vorige jaar (World Drug Report, 2000:6).

Die Verenigde State van Amerika, een van die grootste vastelande, is `n verteenwoordigende keuse om kortliks die omvang van substansafhanklikheid en die effek op die land se ekonomie en gesondheidsorg te ondersoek.

Opsommend is die omvang en tendense van substansafhanklikheid in die VSA soos volg:

- Van die berekende bevolking van 250 miljoen toon 10,5 miljoen tekens van alkoholisme (Brooks & Rice, 1997:2).
- Ongeveer 11,4 miljoen Amerikaners gebruik onwettige substansse.
- By 3,1% Amerikaners ouer as 18 jaar is al formeel `n substansverstoring gediagnoseer en by 7,4% is alkoholafhanklikheid gediagnoseer.
- Een uit elke vier families in Amerika word geaffekteer deur alkoholverwante probleme en daar word bereken dat een uit agt kinders se ouers alkoholprobleme het.

- Alkohol speel ook 'n rol by een uit drie huwelike wat in Amerika verbrokkel (Brooks & Rice, 1997:2).
- Kommerwekkend op internasionale vlak (ook in Suid-Afrika) is die toename in substansmisbruik onder die jeug (Brooks & Rice, 1997:2 en Mans, 2000: 5). In Amerika is gerapporteer dat 67% van die kinders in graad agt al geëksperimenteer het met alkohol en 26% het gemeld dat hulle al dronk was.
- In 'n studie is aangetoon dat 32% Amerikaanse leerlinge aan die einde van graad agt geëksperimenteer het met onwettige substansse. 40% leerlinge in graad tien en 50% in graad 12 in die VSA het al onwettige dwelmmiddels gebruik en 75% tot 80% jeugdiges in hulle laat twintigerjare het al met onwettige substansse geëksperimenteer.
- In die negentigerjare van die afgelope eeu is daar veral gefokus op kollegestudente en "binge"-drinkery wat onrusbarende afmetings aangeneem het. 'n Opname het getoon dat twee tot drie persent studente, d.w.s. tussen 240 000 en 360 000 studente uit 12 miljoen, sal sterf aan alkoholverwante oorsake, wat gelykstaande is aan die getal studente wat grade sal ontvang (Brooks & Rice, 1997:3).

Behalwe die kommerwekkende toename in die gebruik van substansse op internasionale vlak, veroorsaak substansafhanklikheid 'n toename in sterftes, gestremdhede en gesondheidsrisiko's onder 'n bevolking.

In 1993 het die koste van mediese sorg as gevolg van alkoholverwante ongelukke en beserings 25 biljoen dollar beloop.

- Die helfte van die motorongelukke in die VSA is alkoholverwant en by twee derdes van die kriminele oortredings wat gepleeg word, speel die gebruik van substansse 'n rol (Brooks & Rice, 1997:4).
- Substansafhanklikheid het ook 'n groot invloed op produktiwiteit in die werkplek. Die koste in die VSA verbonde aan gesondheidsorg wat

substansverwant is, is na raming 34 miljoen dollar per jaar en die nie-gesondheidsverwante koste wat verband hou met onwettige substansie bedra 67 miljoen dollar (Brooks & Rice, 1997:5).

- Elke jaar word 30 000 babas met alkoholverwante defekte in die VSA gebore
- Curtis (1999:77) verwys na navorsingsbevindinge van Collins en Messerschmidt dat alkoholmisbruik in 60% tot 70% gevalle van gesinsgeweld voorkom. Gelles (in Curtis, 1999:77) het in sy studies bevind dat waar vrouemishandeling in gesinne voorgekom het, alkoholmisbruik by 48% 'n rol gespeel het. In studies deur Walker, Bonner en Kaufman (in Curtis, 1999:75) word beide alkohol- en dwelmmisbruik geassosieer met fisiese kindermishandeling. Chasnoff (in Curtis, 1999:75) het in sy studie bepaal dat alkohol- of dwelmmisbruik by 64% gevalle van kindermishandeling in 1988, in New York betrokke was. Bays (in Curtis, 1999:75) het bereken dat ongeveer 675 000 kinders elke jaar ernstig mishandel word deur 'n versorger wat alkohol of dwelmmiddels misbruik.
- Die omvang van substansafhanklikheid in die VSA, in die algemeen, is uiters moeilik om te bepaal, weens die hoë insidensie van ontkenning van substansafhanklikheid. Daar kan dus aangeneem word dat die werklike statistieke veel hoër is (Brooke & Rice, 1997:6).
- As daar na bogenoemde statistieke gekyk word, is dit duidelik dat substansmisbruik en afhanklikheid nie net die individu benadeel nie, maar ook die hele mikro-, makro-, meso- en ekosisteem rondom hom. Dit is duidelik dat substansafhanklikheid 'n universele probleem is, 'n probleem waarmee elke land rekening moet hou.

3.2.2 Nasionale tendense van substansafhanklikheid

Die bepaling van die omvang van substansafhanklikheid in Suid-Afrika is onderworpe aan dieselfde problematiek as in die VSA, naamlik die faktor van ontkenning van substansafhanklikheid.

Die bepaling van die omvang van substansafhanklikheid hang grootliks af van persone wat hulle aanmeld vir behandeling en die beskikbaarheid van rekords van persone wat met die gereg bots. Diè tendense in Suid-Afrika kan as volg opgesom word:

- Suid-Afrikaners gebruik oor die vyf biljoen liter alkoholiese drank elke jaar, wat op 120 liters per persoon neerkom (Van Eeden, 2000:7).
- 50% persone wat 'n onnatuurlike dood sterf se bloedalkoholvlak is bo die wettige perk (Van Eeden, 2000:7).
- Tussen 20% en 30% opnames in hospitale in Suid-Afrika is alkoholverwant (National Drug Master Plan, 1999:25). Die Mediese Navorsingsraad het bevind dat tussen 40% en 52% opnames in trauma-eenhede in Kaapstad en Durban alkoholverwant was (Sunday Times Lifestyle, 2001:10).
- Suid-Afrika is een van tien lande in die wêreld met die hoogste inname van alkohol per capita. In die jaar 1997 is daar reeds 27 806 sake van bestuur onder die invloed deur howe gehanteer (Sunday Times Lifestyle, 2001:10).
- Die koste verbonde aan die misbruik van narkotika in Suid-Afrika beloop tussen 2,5 biljoen en 7,1 biljoen rand per jaar en die koste verbonde aan alkoholmisbruik meer as 10,6 biljoen rand per jaar (National Drug Master Plan, 1999:25).
- 'n Aantal tendense ten opsigte van substansafhanklikheid in Suid-Afrika wat kommerwekkende afgmetings aanneem, word kortliks bespreek:
- Die gebruik van en eksperimentering met substans onder die jeug, en veral onder al hoe jonger kinders, neem in Suid-Afrika kommerwekkend toe. 'n Tendens is aan die ontwikkel dat daar met gevaarliker en meer verslawende



substansse geëksperimenteer word, waar daar in die verlede gewoonlik eers met dagga geëksperimenteer is (Servamus, 2000: 8). Al hoe meer minderjariges verskyn op dwelmverwante aanklagte in die hof.

- `n Verdere bedreiging vir Suid-Afrika is die toename in die getal Nigeriërs wat hulle onwettig in Suid-Afrika vestig en betrokke is by die meeste smokkelary in kokaïen.
- Die Nigeriërs is hoofsaaklik gekonsentreer in Gauteng- in Hillbrow, Berea en Yeoville in Johannesburg (Servamus, 2000:9). Tussen 45 000 en 100 000 Nigeriërs woon tans in Suid-Afrika, waarvan slegs 700 wettiglik in Suid-Afrika geregistreer is (Servamus; 2000:9).
- Die sogenaamde “raves” wat landwyd in nagklubs baie populêr is onder die jeug is sinoniem met die gebruik van dwelmmiddels (Servamus, 2000:9). Tot 25 000 persone kan `n “rave” bywoon en dit is vir die polisie onmoontlik om proaktief op te tree.
- `n Ander lewensbedreigende tendens in Suid-Afrika is geweld, wat onder andere verband hou met die dwelmhandel. Die geweld gedurende 1997 in die Oos-Kaap is grootliks toegeskryf aan bende- verwante bedrywighede wat primêr met dwelmhandel saamgehang het (Servamus, 2000:9).
- Die maksimum vonnis vir `n dwelmverwante kriminele oortreding in Suid-Afrika is 25 jaar tronkstraf en die maksimum vir handel in dwelms 15 jaar. Wetgewing is nie streng genoeg om werklik `n impak te maak op dwelmverwante oortredings nie (Servamus, 2000:11). In Japan en Maleisië is wetgewing baie strenger, en dit is een van die redes vir `n laer voorkoms van kriminaliteit.
- Die feit dat die spesiale eenhede van die polisie wat met dwelmverwante aangeleenthede handel `n tekort aan personeel en fondse ondervind, gee die

dwelmshandel 'n voorsprong. In 'n studie wat die Departement van Binnelandse Sake in 1997 gedoen het, is bepaal dat slegs 17 van Suid-Afrika se 97 toegangsroetes, volledig deur doeanes beaamptes beman is (Servamus, 2000:12).

- Die MI-virus wat deur besmette naalde versprei word, is ook 'n aspek waarmee rekening gehou moet word

Dit blyk dus duidelik uit bogenoemde gegewens dat substansafhanklikheid 'n negatiewe invloed uitoefen wat wyd uitkring. Suid-Afrika is in stryd teen 'n groeiende industrie gewikkel wat verskeie vorme aanneem. Die land is nou vir agt jaar uit internasionale isolasie en in retrospeksie is daar 'n toename in substansafhanklikheid en dwelmshandel. Dit is 'n faktor om mee rekening te hou op die sosiale, maatskaplike en ekonomiese vlakke van die Suid-Afrikaanse samelewing.

3.3 Die internasionale en nasionale omvang van substansafhanklikheid, met spesifieke verwysing na die substansafhanklike geneesheer.

3.3.1 Internasionale tendense van die omvang van substansafhanklikheid onder geneesher

Dieselfde scenario wat betref die moeilike bepaalbaarheid van die omvang van substansafhanklikheid in die algemeen, is ook van toepassing op die omvang van substansafhanklikheid in die mediese beroepe, spesifiek onder geneesher (Medical Council of New Zealand, 2000:1 en Morrison & Wickersham, 1998:366). "Many doctors go unreported because it's often difficult to identify them, and even harder to convince them that they really need help" (Rice, 1999:173). Die omvang van substansafhanklikheid onder geneesher is 'n kontroversiële onderwerp en die verskeie bevindings en gevolgtrekkings in die verband is soms weersprekend. Min literatuur is oor die onderwerp beskikbaar. Internasionale statistieke oor substansafhanklikheid onder geneesher en verwante faktore, word vervolgens bespreek:

- Volgens Lawson, Ruiz & Millman (1992 :898) blyk dit dat tussen 10% en 15% van die populasie van geneesher substansafhanklikheid ontwikkel.

- Pilowski (1989:269) maak die stelling dat substansmisbruik 30 keer meer algemeen is onder dokters as wat by die algemene populasie voorkom.
- Myers en Weiss (in Hughes, Scott & De Witt 1991:2069) het in 'n ondersoek waarin substansgebruik van 3000 huisdokters in die VSA met dié van die algemene populasie jonger as 30- jaar vergelyk word die volgende bevind:
 - Onder die huisdokters die substansgebruik baie ooreenstem met die onder die algemene populasie, behalwe ten opsigte van narkotika waar dokters se gebruik 5½ keer meer as onder die algemene populasie was.
- Earley (1999:6) meld dat geneeshere meer kwesbaar is om in hulle leeftyd 'n substans-probleem te ontwikkel as die algemene populasie. Die rede daarvoor is die toegang tot substans, veral as dit deur die geneesheer self gedispenseer en geadministreer word.
- In 'n verslag wat die werksaamhede en prosedures van die Gesondheidskomitee in Engeland evalueer, word genoem dat geneeshere se algemene gesondheid in die geheel beter is, en hulle lewensverwagting hoër is as die van die breë publiek. Die verslag bevestig egter dat die voorkoms van selfmoorpogings, affektiewe versteurings en substansafhanklikheid hoër is onder geneeshere, as onder die breë publiek (Morgan, White, Fenwick & Smith, 1999:15).
- Murray (in Cooper, Rout en Faragher , 1989 : 366) het in sy navorsing onder 1817 algemene praktisyns in Engeland bevind dat eerste opnames vir alkoholafhanklikheid twee tot sewe keer hoër is by geneeshere as by 'n kontrolegroep van 'n vergelykbare sosiale klas.
- In die VSA was tussen 13000 en 22000 geneeshere in 'n stadium alkoholafhanklik (Cooper *et al.*, 1989 : 366). Rice (1999:173) het bereken dat 700 tot 1400 van die 70 000 geneeshere betrokke by pasiëntesorg, in Kalifornië, in behandeling is of behandeling moet ontvang vir substansafhanklikheid. Minder as 300 geneeshere was egter aan die Mediese Beroepsraad bekend vir substansafhanklikheid, wat weer eens wys hoe substansafhanklikheid onder geneeshere binne hulle beroepsgroepering in geheimhouding gehul is (Rice, 1999:173).

- Indien laasgenoemde syfers bereken word in terme van die vir die hele VSA is tussen 6000 en 12 000 geneeshere substansafhanklik en word minder as die helfte ooit daarvoor behandel (Rice, 1999:174). Rice (1999:174) meld tereg: "These numbers are hardly comforting".
- Bevindinge in Colorado het aangedui dat by 58% tot 79% van aangetaste geneeshere alkohol en/of dwelmmiddels betrokke was (Nace, 1995:54). In Noord-Carolina is bevind dat substansafhanklikheid by 85% van aangetaste geneeshere voorgekom het en in Kalifornië het 93% van aangetaste geneeshere alleen `n substansprobleem of `n probleem van substansafhanklikheid saam met `n ander psigiatrisie versteuring gehad (Nace, 1995:54).
 - `n Studie in Skotland deur Pilowski (1989:269) het getoon dat dokters tot twee keer meer vir affektiewe versteurings en substansmisbruik behandel word as `n sosiale vergelykbare kontrolegroep.
 - Volgens die nuusbrieff van die Medical Council of New Zealand (2000:1) dui bevindinge daarop gedui dat 1% tot 2% van geneeshere aangemeld by die Mediese Beroepsraad nie op standaard praktiseer nie en dat 60% van geneeshere, gemonitor deur die Gesondheidskomitee, soos op 31 Maart 2000, dwelm- en alkoholprobleme het.
 - Studies van Sutherland en Cooper (in Chambers & Maxwell, 1996 : 722) in Britanje, het `n toename in geestesiektes onder algemene praktisyns die afgelope dekade bevind. Caplan (in Chambers & Maxwell, 1996:722) het bepaal dat hospitaalkonsultante en algemene praktisyns hoë vlakke van angs en depressie ervaar. Die probleme kan `n bydraende rol daarin speel dat geneeshere hulle tot substans wend (Pilowski, 1989:269).
 - Psigiatrisie siektes, waaronder selfmoordneigings, affektiewe versteurings en substansafhanklikheid, is hoërisikofaktore by geneeshere (Rosenthal, 1995:88 en Cooper, Rout & Faragher, 1989:367). Daar is ook `n sterk verband tussen selfmoord, depressie en substansafhanklikheid (Miller & Mc Gowen, 2000:966-973).



- Studies in die VSA het onder andere getoon dat die voorkoms van selfmoord onder geneeshere hoog is en dat die selfmoordrisiko by geneeshere 79 per 100 000 persone is, teenoor 54 per 100 000 by prokureurs en 50 per 100 000 persone by argitekte. Die selfmoordrisiko onder geneeshere is twee keer hoër as onder die algemene populasie. (Pilowski, 1989:269). Volgens 'n ander studie het twee vyfdes van geneeshere wat selfmoord gepleeg het, 'n substansprobleem gehad (Pilowski, 1989:269). Miller & McGowen (2000:966-973) bevestig hierdie stelling en het bevind dat 40% van geneeshere wat selfmoord pleeg, geassosieer word met alkoholafhanklikheid en 20% met dwelmmisbruik. Veral die vroulike dokters is kwesbaar vir selfmoord en het dit uit studies geblyk dat die selfmoordtendens onder vroulike dokters vier keer hoër as onder die algemene vroulike populasie is (Miller & McGowen, 2000:966-973).
- Miller & McGowen (2000:966-973) meld dat navorsing wat deur die American Medical Association gedoen is, aangetoon het dat depressie 'n algemene verskynsel onder mediese studente is. Miller & McGowen (2000:966-973) bevestig ook dat daar 'n sterk verband tussen depressie en substansmisbruik is.
- Huisdokters se opleidingsjaar word as een van die mees veeleisende periodes in hulle se loopbaan beskou, en wat deur verskeie skrywers bevestig word (Hughes, Scott & De Witt, 1991: 2069 en Chambers & Maxwell, 1996 : 723). Veeleisende werkure en studie-ure, prestasiegerigtheid en kontak met terminale en sterwende pasiënte is enkele faktore waarmee mediese studente moet handel. Koran en Litt (in Hughes, Scott & De Witt 1991:2069) het in die VSA bevind dat 12% finalejaarthuisdokterstudente 'n toename in alkohol-, dagga- of kokaiën gebruik gerapporteer het en dat 7% 'n toename in die gebruik van sedatiewe middels, stimulant of opiate, in vergelyking met die tydperk voor hulle huisdoktersopleiding, getoon het.
- Opiaat- en bensodiasepien gebruik word dikwels in die huisdoktersjaar geïnisieer, aangesien die studente dan medikasie kan voorskryf, toegang daartoe het en 'n toename in stres in die tydperk beleef (Hughes, Scott & De Witt, 1991 : 2070).

Brooke (1995:149) het die volgende ten opsigte van substansafhanklikheid by geneeshere bevind:

- Die ouderdom van die respondente was tussen 24 jaar en 69 jaar.
 - Die populasie waaruit die geneeshere gekom het, was verteenwoordigend van alle spesialiste, grade van senioriteit en almal het gemiddeld al vir 6 jaar `n probleem met alkohol en/of dwelmafhanglikheid gehad.
 - Die tipes middels wat misbruik is, was farmaseutiese middels eerder as onwettige dwelmmiddels.
-
- Brooke (1995:150) haal ook bevindinge aan uit verslae uit Venezeula en Indië waarvolgens 10% van geneeshere in opleidingsposte gereeld hipnotika gebruik.
 - `n Resente bron meld weer dat narkotiseurs `n hoërisikogroep is sover dit die ontwikkeling van substansafhanklikheid, veral opiate ter sprake is (Paris & Canavan, 1999:1-5).
 - Geneeshere is in die algemeen ook blootgestel aan hoërisikofaktore wat met hulle beroep verband hou (Rosenthal, 1995:88). Geneeshere het `n drie keer groter kans om lewersirroze op te doen as die algemene populasie. Lewersirroze hou grootliks verband met alkohol misbruik. Geneeshere het ook `n twee keer groter kans om in `n motorongeluk te sterf as die algemene populasie en `n groter kans op toevallige vergiftiging (Rosenthal, 1995:88). Navorsing toon ook dat die egskeidingsyfer onder geneeshere 10% tot 20% hoër as onder die algemene populasie is (Miller & Mc Gowen, 2000:966-973).
 - Uit die meeste navorsingsbevindinge en studies oor substansafhanklikheid onder geneeshere blyk dit dat dië spesifieke populasie nie substansafhanklikheid vryspring nie, maar meer blootgestel en kwesbaar vir substansafhanklikheid kan wees (Rice, 1999:174). `n Positiewe aspek is dat opvolgstudies oor die herstel van geneeshere met substansafhanklikheid, konsekwent aantoon dat die suksessyfer hoër as onder die algemene populasie is, wat behandeling ontvang het (Mc Govern, Angres & Loen, 1998:93 en Paris & Canavan, 1999:6).

3.3.2 Nasionale tendense van substansafhanklikheid onder geneeshere

In Suid-Afrika is die statistieke oor substansafhanklikheid onder geneeshere grootliks onbekend en onbetroubaar. Die Gesondheidskomitee, 'n komitee binne die Mediese en Tandheelkundige Beroepsraad van Suid-Afrika wat geneeshere met substansafhanklikheid hanteer beskik egter oor statistiese gegewens van aangemelde sake.

Die Gesondheidskomitee is eers in Oktober 1996 ingestel om geneeshere en mediese studente met onder andere fisiese en psigiese probleme by te staan, wat substansafhanklikheid insluit.

Die Gesondheidskomitee is nog 'n relatief nuwe konsep in die mediese beroep in Suid-Afrika en persone is huiwerig om enigsins sake na die komitee te verwys weens die vrees om geëtiketteer te word en daardeur status, inkomste en registrasie as geneesheer te verloor.

In teenstelling met Suid-Afrika, is daar in Engeland al in 1980 'n Gesondheidskomitee ingestel. Engeland het ook 'n werkgroep afgevaardig om sy Gesondheidskomitee se prosedures en werksaamhede te evalueer (Morgan, White, Fenwick & Smith, 1999:i).

Die vernaamste redes waarom geneeshere volgens hierdie werkgroep in Engeland as potensieel aangetas bevind is, was psigiatrisiese probleme (65%), alkoholverwante probleme (50%) en in die laaste plek dwelmverwante probleme (31%). Sommige geneeshere het egter 'n kombinasie van dwelm-, alkoholverwante en psigiatrisiese probleme ervaar. Statistiese gegewens vir 1999 van die Gesondheidskomitee in Suid-Afrika, dui daarop dat van die 90 aangemelde sake 69 (76,6%) substansverwant was. van die 113 sake wat in die jaar 2000 aan die Gesondheidskomitee bekend was, was 72 (63,7%) substansverwant. Gedurende die jaar 2001 is met 59 (52,67%) substansafhanklike geneeshere gehandel. Dit blyk duidelik uit die beskikbare statistieke dat substansafhanklikheid 'n primêre faktor is waarmee die

Gesondheidskomitee te doen kry. In tabel 2 word 'n volledige uiteensetting gegee van die probleme wat in 1999, 2000 en in 2001 deur die Gesondheidskomitee hanteer is. Uit die statistiese gegewens van die Gesondheidskomitee blyk dit ook dat van die geneeshere in meer as een van die kategorieë gestremd was. Dit wil sê sommige aangetaste geneeshere het 'n psigiatriese probleem asook 'n substansprobleem gehad.

Tabel 2: Statistiese gegewens oor die tipe problematiek gehanteer deur die Gesondheidskomitee gedurende 1999, 2000 en 2001.

Tipe Problematiek	1999 (N=90)	2000 (N=113)	2001 (N=112)
Substansafhanklikheid	69	72	59
Fisiese probleme	3	9	onbekend
Psigiatriese probleme	18	32	onbekend

Die omvang van substansafhanklikheid onder geneeshere in Suid-Afrika en tendense in die verband, is onbekend. Die feit dat hierdie onderwerp wel op internasionale vlak aandag geniet en Suid-Afrika ook reeds 'n Gesondheidskomitee ingestel het, spreek vanself. Die aanname kan egter gemaak word dat die omvang van substansafhanklikheid op nasionale vlak met internasionale tendense ooreenkom en daarom ondersoek regverdig.

3.4. Nasionale wetgewing in Suid-Afrika ten aansien van substansafhanklikheid

Wetgewing rakende substansafhanklikheid in Suid-Afrika, waarvan kennis geneem moet word, is die volgende (Drug Master Plan, 1999:14):

- Die Wet op Dwelmmiddels en Dwelmsmokkelary (Wet 140 van 1992),
- die Wet op die Voorkoming en Behandeling van Dwelmafhanglikheid (Wet 20 van 1992),

- die Strafproseswet (Wet 51 van 1977),
- die Wet op die Beheer van Medisyne en Verwante Stowwe (Wet 101 van 1965),
- die Uitleweringswet (Wet 67 van 1962),
- die Uitleweringswysigingswet (Wet 77 van 1996),
- die Internasionale Samewerkingwetgewing in Kriminele Sake (Wet 75 van 1996),
- die Vervolging van die Strafproseswet (Wet 76 van 1996),
- die Getuiebeskermingsprogram, wat tot stand gekom het kragtens artikel 85A van 1992,
- Instituut vir Dwelmvrye Sportwetgewing (Wet 14 van 1997) en
- Padvervoerwetgewing (Wet 74 van 1977).

Wetgewing wat van belang is op die gebied van maatskaplike werk is die Wet op Dwelm- middels en Dwelmsmokkelary (Wet 140 van 1992), die Strafproseswet (Wet 51 van 1977), die Wet op die Voorkoming en Behandeling van Dwelmafhanklikheid (Wet 20 van 1992), en die Wet op die Beheer van Medisyne en Verwante Stowwe (Wet 101 van 1965).

Eersgenoemde wet, die Wet op Dwelmmiddels en Dwelmsmokkelary (Wet 140 van 1992), het betrekking op die gebruik, besit van en handeldryf in dwelmmiddels. Die tweede wet (Wet 51 van 1977) het betrekking op kriminele oortredings ingevolge waarvan baie dwelmafhanklikes vir misdaad gearresteer word, wat met hulle afhanklikheid. verband hou. Dwelmafhanklikheid self is nie `n misdaad nie, maar wel die besit van, handel dryf in, en die vervaardiging, uitvoer en invoer van onwettige dwelmmiddels.

Die Wet op die Voorkoming en Behandeling van Dwelmafhanklikheid (Wet 20 van 1992) maak voorsiening vir die verwysing van `n persoon vir behandeling en opleiding in `n geregistreerde behandelingsentrum, indien dit in die persoon se eie belang, in sy afhanklikes se belang, of in die gemeenskap se belang sou wees om so iemand in `n behandelingsentrum aan te hou. Die Wet op die Beheer van Medisyne en Verwante Stowwe (Wet 101 van 1965) weer, behels die beheer oor die wettige gebruik van

medisinale stowwe met afhanklikheidsvormende potensiaal en voorwaardes vir die verskaffing van medisyne.

Dwelms of substansie word gewoonlik in twee kategorieë ingedeel, naamlik wettige en onwettige middels (Roper & Bartlett, 1991:6). Die indeling van substansie in wettige en onwettige kategorieë, kan die indruk skep dat slegs onwettige substansie afhanklikheidsvormend en gevaarlik is, terwyl verskeie soorte wettige oordie-toonbank-middels en voorskifmedikasie net so gevaarlik en afhanklikheidsvormend as onwettige middels kan wees (Goode, 1993:162).

Substansie misbruik kan dus onderskat word omdat 'n groot verskeidenheid middels wettig verkrygbaar is. Veral die geneesheer het vrylik toegang tot wettige middels deur voorskrifte vir eie gebruik en maklike verkryging van middels by farmaseutiese maatskappye (Christie, Rosen & Bellin, 1998:1253).

3.5 Nasionale wetgewing ten aansien van die geneesheer en substansieafhanklikheid

Geen medikus mag praktiseer sonder dat hy of sy geregistreer is kragtens die Wet op Gesondheidsberoepes (Wet 56 van 1974) nie. Die inhoud van die wet behels kortliks die volgende:

- Die doelstellings vir die Raad van Gesondheidsberoepes van Suid-Afrika, die Raad se magte en sy konstitusie,
- alle aspekte rakende voorvereistes vir opleiding en kwalifikasies vereis vir registrasie,
- oortredings deur ongeregistreerde persone, en
- dissiplinêre magte van die Professionele Rade.

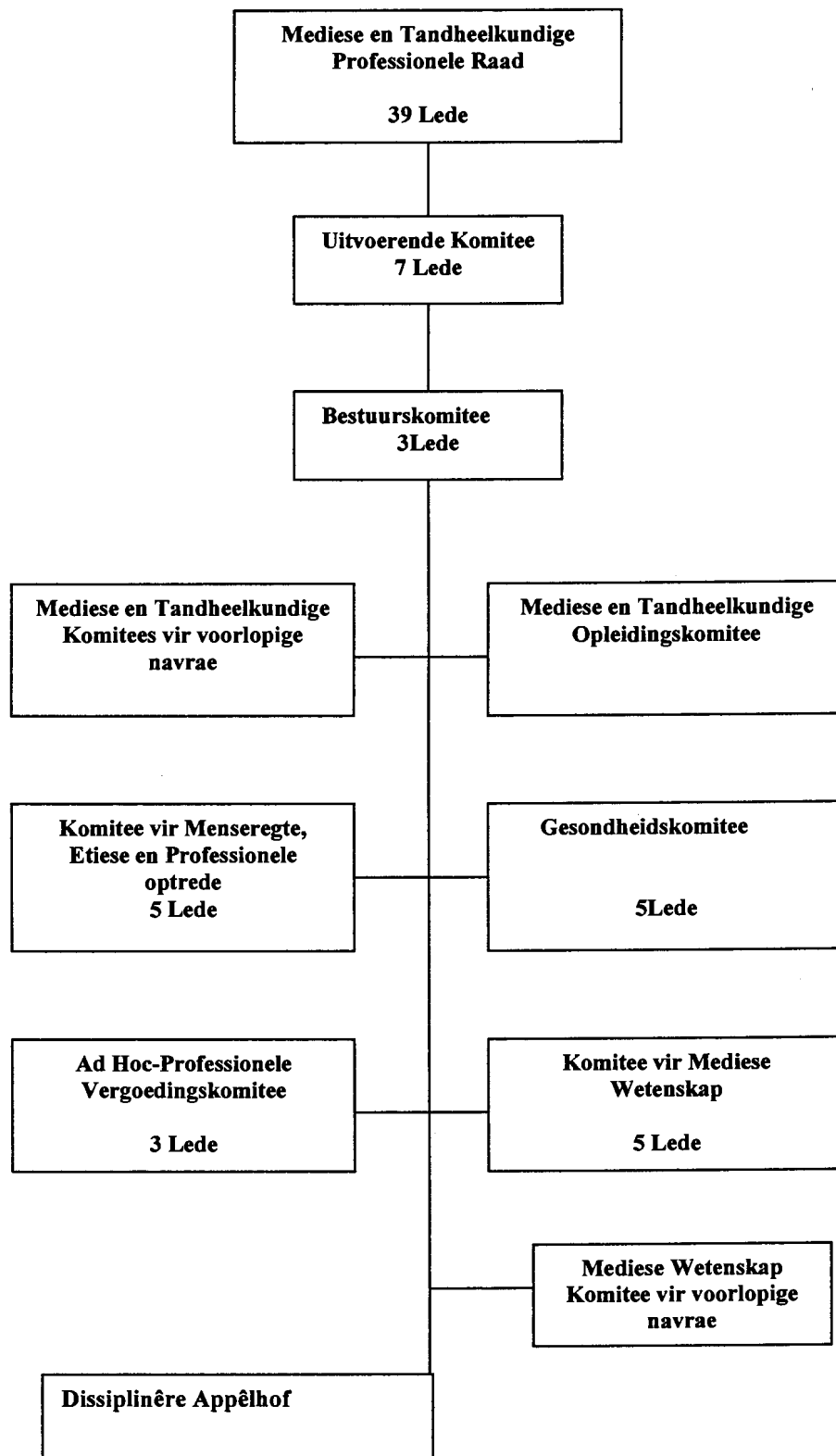
Regulasies kragtens die Wet op Gesondheidsberoepes (Wet 56 van 1974) betreffende die aangetaste van studente en praktisyns is gedurende die jaar 2001 deur die Minister van Gesondheid gepromulgeer.

Die regulasies behels die magte en werksaamhede van die Gesondheidskomitee met betrekking tot geneeshere wat gestremd bevind word. Die besluite wat die Gesondheidskomitee kan neem, is soos volg:

- Die komitee moet bevind of die dokter of student vanweë sy of haar liggaamlike of geestestoestand gestremd is of nie.
- Indien die Gesondheidskomitee bevind dat die student of dokter weens 'n liggaamlike of geestestoestand gestremd is, moet oorweeg word of die student of dokter se registrasie en die uitoefening van sy of haar beroep voorwaardelik behoort te wees ter wille van die beskerming van pasiënte of in sy of haar eie belang en wat die aard van die voorwaardes moet wees.
- Indien die komitee meen dit is onvoldoende om voorwaardes ten opsigte van praktisering en registrasie op te lê, kan die Gesondheidskomitee besluit om die registrasie van die student of geneesheer op te skort en wat die tydperk van opskorting en die voorwaardes moet wees.
- Die voorwaardes wat die Gesondheidskomitee kan oplê, kan die volgende insluit:
 - Voorwaardes insake sy of haar status as geregistreerde persoon,
 - die ligging en omvang van sy of haar praktyk,
 - toestemming om sekere geskeduleerde middels te hanteer, soos die aankoop,
 - verkryging, hou, gebruik, toedien, voorskryf, bestel, voorsiening of besit van enige of alle middels gelys kragtens die Wet op die Beheer van Medisyne en Verwante Stowwe (Wet 101 van 1965),
 - die verbod op die gebruik of misbruik van afhanklikheidsvormende middels gelys in die Regulasies van die Wet op die Voorkoming en Behandeling van Dwelmafhanklikheid (Wet 20 van 1992),
 - die versekering en verkryging van behandeling en rehabilitasie van die aangetaste student of geneesheer, en
 - die verkryging van toesig oor die geskiktheid om te praktiseer en werkverrigting van die aangetaste student of geneesheer.

Voorwaardes wat deur die Gesondheidskomitee gestel word, is onderworpe aan verslae deur die betrokke terapeut en/of toesighouer wat aan die Gesondheidskomitee voorgelê moet word en hersiening van die posisie van elke geneesheer moet ten minste elke drie jaar geskied. Figuur 1 toon die samestelling van die Mediese en Tandheelkundige Beroepsaad van Suid-Afrika en die plek van die Gesondheidskomitee in die struktuur.

Figuur 1: Die struktuur van die Mediese en Tandheelkundige Beroepsraad en die Gesondheidskomitee se plek binne die struktuur.



3.5.1 Die definisie van die aangetaste geneesheer in die regulasies van die betrokke wetgewing.

Dit is belangrik om die term “aangetaste” ten opsigte van `n geneesheer te definieer en te verstaan. `n Werkgroep van die Interim Nasionale Mediese en Tandheelkundige Beroepsraad van Suid-Afrika (1996) het `n verslag opgestel insake die hantering van aangetaste studente, geneesheer en tandheelkundige praktisyns. Die werkgroep het die aangetaste geneesheer soos volg gedefinieer: `n Persoon geregistreer volgens die Wet op Gesondheidsberoeppe (Wet 56 van 1974), kan om die volgende redes aangetas bevind word:

- As die persoon verstandelik of liggaamlik in so `n mate onbekwaam geword het dat dit in die openbare belang nadelig sou wees om hom of haar toe te laat om verder te praktiseer,
- as die persoon ongeskik geword het om `n gelyste substans of stof te kan koop, te verkry, aan te hou, te gebruik, toe te dien, voor te skryf, te bestel, te verskaf, of te besit,
- as die persoon `n substans of stof soos genoem in die vorige paragraaf vir ander doeleindes aanwend, behalwe as `n geneesmiddel, gebruik, besit, voorskryf, toedien of verskaf en, laastens,
- aan die gebruik van die stof of substans verslaaf geraak het.

Die Gesondheidskomitee het die volgende probleme by geneesheer gekategoriseer:

- Fisiese siektetoestande of verstourings,
- geestelike siektetoestande of verstourings,
- aantasting as gevolg van substansmisbruik of -afhanklikheid,
- `n kombinasie van bogenoemde probleme
- en, aantasting in oordeelsvermoë of etiese gedrag insake pasiëntesorg as gevolg van bogenoemde probleme.

`n Onmiddellike vraag wat by die navorser ontstaan, is wat die verskil tussen aangetaste, onbevoegde en onetiese gedrag by geneesheer is.



Die werkgroep van die Interim Nasionale Mediese en Tandheelkundige Beroepsraad van Suid-Afrika (1996:5-6) het die volgende onderskeid tussen die genoemde begrippe gemaak:

- Die aangetaste geneesheer is nie in staat om met redelike vaardigheid en veiligheid te praktiseer nie, vanweë `n fisieke en/of geestelike siekte of substansafhanklikheid. Dit wil sê dat fisieke en/of geestelike aantasting of substansmisbruik die persoon se bekwaamheid, oordeelsvermoë en werkverrigting affekteer.
- Die onetiese geneesheer verontagsaam doelbewus en met die nodige kennis die fundamentele norme van optrede teenoor andere, veral teenoor sy pasiënte.
- Die onbevoegde geneesheer is onkundig en/of die gepaste vaardighede ontbreek om sy werk te doen; die persoon is dan nie gestremd nie. Bevoegdheid behels die beskikking oor voldoende kennis en gepaste vaardighede.

Na aanleiding van die werkgroep (1996:7) se voorstelle en wysigings ten opsigte van oorspronklike wetgewing insake die aangetaste geneesheer, is daar `n klemverskuiwing in die Beroepsraad se beleid van grootliks `n strafregtelike uitgangspunt na `n bykomende fokuspunt van behandeling en rehabilitasie van persone met gestremdhede, in hulle eie belang en in die belang van hulle pasiënte.

3.5 2 Die ooreenkoms tot stilswye (“conspiracy of silence”) teenoor die verantwoordelikheid vir aanmelding van `n aangetaste geneesheer.

Op internasionale en nasionale vlak het die sogenaamde ooreenkoms tot stilswye (“conspiracy of silence”) tussen kollegiale geneeshere in groot mate die uitwerking dat aangetaste geneeshere nie aangemeld word nie (Lens & Van der Wal 1997b:14). Die uitdrukking “conspiracy of silence” het betrekking op die onwilligheid en huiwering van geneeshere om `n aangetaste kollega by die Gesondheids- komitee aan te meld.



Moontlike redes waarom geneeshere nie `n aangetaste kollega sou aanmeld nie, kan onder andere wees: vrees vir siviele eise, konfrontasie op persoonlike vlak deur die kollega, vrees om beskuldig te word van kwaadwilligheid teenoor `n kollega, finansiële verliese wat gelyk kan word en `n onwilligheid om by die persoonlike sake van `n ander persoon betrokke te raak (Interim Nasionale Mediese en Tandheelkundige Beroepsraad van Suid-Afrika, 1996:13).

As gevolg van die ooreenkoms tot stilswye word baie aangetaste geneeshere nie aangemeld nie. Baie aangetaste geneeshere word ook eers in `n baie laat stadium aangemeld wanneer hulle problematiek, van watter aard ook al, erge afmetings aangeneem het. In lande soos Australië en in sekere state van die VSA is daar bepaalde maatreëls getref wat die verantwoordelikheid om `n aangetaste geneesheer aan te meld, aan geneeshere opdwing.

Suid-Afrika is `n land waar baie pasiënte nie oor die vermoë, ervaring of middele beskik om hulle teen onbevoegdheid en onveilige aksies van geneeshere te beskerm nie en daarom is gepaste maatreëls om die aangetaste geneesheer te hanteer, des te meer noodsaaklik en relevant (Interim Nasionale Mediese en Tandheelkundige Beroepsraad van Suid-Afrika, 1996:14).

Die Gesondheidskomitee wil dus volgens `n beleid optree wat behoorlike en veilige pasiënte- sorg verseker, die aangetaste student of geneesheer in `n vroeë stadium identifiseer en behandeling of rehabilitasie van die persoon bewerkstellig en wil ook spesifieke stappe doen om die ooreenkoms van stilswye te verbreek en die aanmelding van aangetaste geneeshere te bevorder.

Die Beroepsraad sal `n etiese reël vasstel dat, aangesien dit die plig is van geneeshere om `n moontlik aangetaste geneesheer te rapporteer, die persoon wat die moontlike aangetaste geneesheer, teen siviele eise en negatiewe gevolge gevrywaar word.



Die Beroepsraad wil ook 'n etiese reël vasstel wat die student of geneesheer self sal verplig om hom by die Beroepsraad aan te meld in geval van aangetastheid. Die doel van die Gesondheidskomitee is dan nie strafregtelik op te tree nie, maar om die aangetaste geneesheer te bestuur in belang van pasiëntesorg en vir hom die nodige behandeling of rehabilitasie te laat ondergaan (Interim Nasionale Mediese en Tandheelkundige Beroepsraad van Suid-Afrika, 1996:14-15).

3.6 Samevatting

Substansmisbruik en -afhanklikheid is 'n universele verskynsel en een van die mees aktuele probleme van ons tyd. Professionele beroepsgroepe soos onder andere die mediese beroep, met spesifieke verwysing na geneeshere, is ook nie gevrywaar van substansmisbruik en -afhanklikheid nie.

Die meeste lande word op ekonomiese, maatskaplike, gesondheidsorg en politieke vlak geraak deur die verskynsel van substansmisbruik en -afhanklikheid. Daar word jaarliks bereken wat die impak van substansmisbruik en -afhanklikheid op veral die ekonomie van 'n land is. Suid-Afrika is geen uitsondering nie en het ook met unieke bykomende faktore te kampe wat die verskynsel van substansmisbruik en -afhanklikheid nog meer kompliseer. Substansmisbruik en -afhanklikheid kring egter wyer uit en raak uiteindelik gesinne en individue direk. Die werklike omvang van substansafhanklikheid is moeilik bepaalbaar en kan veel erger wees as wat reeds bekend is.

Substansafhanklikheid onder geneeshere is 'n kontroversiële onderwerp. Statistieke oor die tendense van substansafhanklikheid onder geneeshere is nie algemeen bekombaar nie en die werklike omvang is relatief onbekend.

Uit die beskikbare resultate van navorsing blyk dit egter duidelik dat die geneesheer meer blootgestel kan wees aan substansmisbruik en -afhanklikheid weens uitermatige en unieke stressore eie aan die beroepsgroep.



Die opleiding as geneesheer is veeleisend. Die geneesheer het ook makliker toegang tot middels as die breë publiek, wat ook 'n rol kan speel in substansafhanklikheid.

Verskeie wette rakende dwelmmiddels en/of substansie is op nasionale vlak van krag. Wetgewing deel dwelmmiddels in wettige en onwettige kategorieë in. Kriminele oortredings kan ook 'n noue verband hê met dwelmmiddels. Daar is ook wetgewing oor verwysing vir behandeling van persone met substansafhanklikheid.

'n Geneesheer kan slegs praktiseer as hy geregistreer is kragtens die Wet op Gesondheidsberoep (Wet 56 van 1974). Die Gesondheidskomitee binne die Mediese en Tandheelkundige Beroepsraad het in 1996 begin funksioneer. Die komitee hanteer die aangetaste geneesheer wat as gevolg van 'n fisiese en/of psigiatriese siektetoestand of versteuring of substansafhanklikheid of 'n kombinasie van die faktore onbekwaam geraak het en nie sy werk na wense kan uitvoer nie.

Die Gesondheidskomitee lê hom daarop toe om die aangetaste geneesheer te bestuur en behulpsaam te wees met behandeling of rehabilitasie, eerder om strafregtelik op te tree. Die komitee moet egter ook die belange en veiligheid van pasiënte in ag neem en is by magte om beperkinge op te lê en/of voorwaardes te stel ten opsigte van praktisering en in uiterste gevalle die geneesheer se registrasie te kanselleer. Die Gesondheidskomitee in Suid-Afrika handel veral met die substansafhanklike geneesheer, wat as aangetas beskou word. 'n Duidelike onderskeid word gemaak tussen aangetastheid, onbevoegdheid en onetiese gedrag.

'n Groot probleem waarmee die Gesondheidskomitee te kampe het, is die "conspiracy of silence", die ooreenkoms van stilswye, wat meebring dat geneesheer mekaar nie sal aanmeld indien aangetastheid teenwoordig is nie.

In die volgende hoofstuk word die substansafhanklike geneesheer bespreek, wat insluit die psigodinamiese faktore betrokke by die beroepsdinamika van die substansafhanklike geneesheer en die profiel van die substansafhanklike geneesheer.

HOOFSTUK 4

DIE SUBSTANSAFHANKLIKE GENEESHEER

4.1 Inleiding

Substansafhanklikheid is voorheen beskou as `n tendens wat by minderheidsgroepe, musici, hippies en uitgeworpenes van die samelewing voorkom. Die publiek in die algemeen is huiwerig om te erken dat substansafhanklikheid ook by persone kan voorkom wat ons moet vervoer, beskerm, medies versorg en behandel (Haack & Hughes, 1989:xi). Die idee dat persone in die gesondheidsberoep, wat dikwels belangrike en lewensingrypende besluite oor mense moet neem, `n substansafhanklikheidsprobleem kan hê, skep `n gevoel van onveiligheid en blootstelling, waaraan niemand regtig wil dink nie. Haack & Hughes (1989:xii) maak die volgende stelling oor die houding van die publiek: "The general public has also been unwilling to accept that those who care for others have human limitations and may also need help themselves".

Die gesondheidsberoep beskou hulle in die algemeen as onaangeraak deur substansafhanklikheid. Haack & Hughes (1989: xii) merk tereg op: "Because their education and training instills in them the expectation that they provide care to others, that they be physically, mentally and emotionally strong under conditions of severe stress, and they understand the physiological consequences of drug and alcohol abuse, health care professionals believe they can control their drug use". Die gesondheidsberoep blyk `n vals gevoel van sekuriteit vir hulle self te skep deur te glo kennis, opleiding en vaardighede vrywaar `n persoon van substansafhanklikheid.



Wanneer 'n persoon in die gesondheidsberoep spesifiek dokters, 'n substansafhanklikheidsprobleem ontwikkel, is daar verskeie professionele, wetlike, sosiale, finansiële, emosionele en psigiese gevolge. Ingrypende besluite moet ook geneem word oor die persoon se beroep en of hy nog binne die gesondheidsberoep kan praktiseer. Laasgenoemde stelling het betrekking op die risiko wat die persoon kan inhou vir diegene aan wie hy of sy 'n diens lewer, maar ook die risiko wat verdere beoefening van sy beroep vir hom as persoon in die proses van herstel van substansafhanklikheid inhou.

Haack & Hughes (1989:xv) maak die volgende stelling wat navorsers ondersteun: "The successful recovery of any substance-dependent person requires a continuum of care that meets the particular needs of that person". Om 'n effektiewe diens aan die geneesheer te kan lewer, binne die veld van substansafhanklikheid, word 'n deeglike kennis en begrip van die beroepsdinamika van die geneesheer verlang, aangesien dit 'n integrale deel van sy funksionering as persoon verteenwoordig. Nace (1995:2) sluit hierby aan met die volgende stelling: The professional often present special problems which the skilled clinician needs to appreciate". Die professionele persoon met 'n substansafhanklikheid stel meer uitdagings aan die behandelingsopset en maatskaplike werker waarmee rekening gehou moet word.

Nace (1995:1-2) maak ook tereg die volgende stelling insake die professionele persoon en substansafhanklikheid: "The professional patient forces us to reexamine our understanding of and attitudes toward addiction. For, now, we face a patient not unlike ourselves in so many ways: background, training, aspirations, fears and in many instances personality structure. The professional-achievement-oriented and typically devoted to his or her vocation enables us to appreciate in basic belief how the tentacles of addiction choke and potentially destroy character, ambition, accomplishment, reputation, health, family and future".

Die professionele persoon met 'n substansafhanklikheidsprobleem herhinner die terapeut en/ of maatskaplike werker dat alle persone, uit alle beroepsgroepe blootgestel is aan substansafhanklikheid en dat substansafhanklikheid geen beroepsgroep, status of professionaliteit ontsien nie.

In die hoofstuk word verder aandag gegee aan die psigodinamiese faktore wat betrokke is by die beroepsdinamika van die substansafhanklike geneesheer en 'n psigodinamiese raamwerk om die ontwikkeling van substansafhanklikheid by die geneesheer te verklaar.

4.2 Die psigodinamiese faktore betrokke by die beroepsdinamika van die substansafhanklike geneesheer

4.2.1 Die professie van geneesheer as outonome en unieke beroepsgroep

Geneeskundiges het unieke karaktereienskappe eie aan hulle beroep. Om die verskynsel van substansafhanklikheid onder geneeshere te begryp, is dit eerstens noodsaaklik om 'n deeglike kennis te hê van die professie en sy werksaamhede. Eerstens word die vraag gevra: Wat is 'n professie en wie is verantwoordelik vir die regulering en standardisering van die beroep? Rosenthal (1995:2) meld dat daar algemene eenstemmigheid is oor die karaktereienskappe waarvoor beroepe wat as professioneel bestempel word, beskik. Die eienskappe word hier kortliks saamgevat:

- 'n sistematiese struktuur van hoogstaande ontwikkelde kennis wat wyd erken word,
- sterk standarde van outonome, wat selfregulering, altruïsme en dienslewering beklemtoon,
- die behoefte aan ekstensiewe outoriteit oor kliënte bestaan,
- 'n duidelike beroepskultuur en kollegiale etiket is ter sprake, en

- erkenning van status word aan die professie gegee op politieke, sosiale en ekonomiese vlak.

Rosenthal (1995:2) merk ook op dat 'n professie 'n strategie vir die ontwikkeling en kontrole van 'n bepaalde mark is vir spesiale dienslewering. Daar bestaan 'n monopolie oor belangrike kennis en vaardighede en 'n hoë sosiale koalisie om 'n hoë graad van outonomie te vestig. Die mediese professie is duidelik 'n voorbeeld hiervan.

Die mees uitgebreide studie oor die funksionering van die mediese professie is deur 'n Amerikaanse sosioloog, Eliot Fredson, gedoen. Hy fokus op professionele magte en outonomie van die mediese professie (Rosenthal, 1997:10). Outonomie, word as die sentrale karaktertrek van die mediese professie beskou en word deur 'n outonome bron, die staat, verleen. Die staat gee die professie die reg om homself te reguleer, en die taak word op verskeie wyses uitgevoer (Rosenthal, 1997:10). Die proses van selfregulasie het 'n formele en informele karakter (Rosenthal, 1997:10). Die formele meganismes sluit in: seleksiekeuring vir mediese opleiding, strukture van mediese opleiding, registrasie, formele dissiplinêre aktiwiteite en geloofwaardigheid. Die formele prosesse word gewoonlik deur 'n mediese raad en gesondheidsdienste gehanteer. Geneeshere is verbonde aan formele regulasies wat professionele kodes, standaarde vir mediese praktisering en mediese etiek insluit. Die kragtigste vorm van selfregulering is die kriteria vir die toelating van kandidate tot mediese opleiding (Rosenthal, 1997:10).

Oor informele vorme van selfregulering is min bekend en vind gewoonlik plaas agter geslote deure waar geneeshere probeer om probleemkollegas, te hanteer. Informele selfregulering, kom gewoonlik neer op die handhawing van basiese norme van etiese en verantwoordelike gedrag as ongeskrewe reel (Rosenthal 1995:4).

4.2.2 Kenmerke van die professionele geneesheer

Kenmerkende eienskappe van die professionele geneesheer wat in ag geneem moet word wanneer daar met die substansafhanklike geneesheer gehandel word, is die volgende (Nace, 1995:2):

- Die professionele geneesheer word deur die gemeenskap deeglik vergoed op verskeie maniere. Dit sluit in status, voorregte en `n bogemiddelde inkomste.
- `n Hoë siening van eie bekwaamheid en effektiwiteit is een van die eienskappe van so `n persoon en die vermoë om op langtermyn doelstellings te fokus
- Geassosieer met eienskappe van bekwaamheid en doelgerigtheid, is die eienskap van uithouvermoë. Lang en veeleisende studiejare word van die mediese studente vereis.
- `n Ander belangrike faktor is `n verantwoordelike sin. Professionele persone is in die algemeen betroubaar en aanvaar die feit dat hulle rekenskap van besluite moet gee.
- In die algemeen wil die professionele geneesheer sy/haar medemens help en streef daarna om gemeenskapsverwagtinge en eie verwagtinge te vervul.
- `n Intrinsieke beloning vir die professionele persoon is die konsep van dienslewering wat `n gevoel van professionele identiteit en sekuriteit skep.

Laastens kan die feit dat die professionele persoon die keuse gehad het om sy profesie, beroep of roeping te kies `n bykomende intrinsieke beloning wees. Die professionele geneesheer het dus `n gevoel van bevrediging aangesien hy/sy doelstellings bereik het, of hy `n roeping vervul het.

Baie geneesheer huldig die uitgangspunt deur Rice (1999:173-178) opgemerk:

“Many doctors delude themselves into thinking that their knowledge of drugs somehow provides them with immunity against addiction”. `n Geneesheer wat substansafhanklik was, het die volgende stelling gemaak: “I didn’t think it could



happen to me , because I'm too smart, and I have all this knowledge. I'm a unique doctor, a cut or two above the average citizen" (Rice, 1999:173-178). As 'n professionele persoon het die geneesheer dikwels die persepsie dat sy professionaliteit en die aard van die keuse van sy beroep hom teen substansafhanklikheid beskerm.

4.2.3 Die persepsie van geneeshere oor die maak van mediese foute

Die onderwerp van mediese foute is 'n onderwerp wat deur medici vermy, word en vermybare en onvermybare foute is moeilik om te definieer. In die studie van

Rosenthal (1997:13) het eksplorering rondom die maak van mediese foute baie ongemak by geneeshere uitgelok.

Om mediese foute te definieer is 'n groot uitdaging en daar word onderskei tussen die tipes foute wat gemaak word in die mediese konteks, as: "Errors of implementation and errors of ignorance" (Rosenthal, 1995:8). Foute van implementering behels foute wat gemaak word in die toepassing van kennis. Foute kan gemaak word weens 'n gebrek aan kennis. Dit moet egter ook in die konteks van verskillende spesialiteite en op die vlak van die dokter se opleiding beskou word.

Die geneeshere geraadpleeg in Rosenthal (1997:13) se studie het ook die terme dit wil sê "vermybare en onvermybare ongelukke" verkies, bo die terme "aanvaarbare en onaanvaarbare foute". Die woordkeuse weespieël reeds die kern van die denkwysse van die professie oor die onderwerp.

Die grens tussen vermybare en onvermybare ongelukke is moeilik definieerbaar. Faktore soos menslike beperkinge, die pasiënt self, die siekte se samestelling, organisatoriese probleme, uitputting en `n bekwame dokter vasgevang binne `n swak behandelingsopset, speel almal `n rol by die maak van foute (Rosenthal, 1997:13). Die algemene siening van onaanvaarbare foute binne mediese praktyk, is as `n duidelike patroon van verkeerde diagnose en/of behandeling gevolg word.

Algemene uitsprake van medici is onder meer: "We are entitled to mistakes aren't we? We're all vulnerable. There for the grace of God go I remember making that mistake myself. We are all human" (Rosenthal, 1995: 108). "It would be amazing if any doctor could put his hand on his heart and say: I have never made a very serious mistake on at least one occasion" (Rosenthal, 1995:19). Dit is duidelik dat die persepsie van die maak van foute deur geneeshere `n gevoel van permanente onsekerheid skep en `n norm van nie-kritisering tussen kollegas geld dan ook omdat almal blootgestel is aan die risiko om foute te begaan.

Miller & McGowen (2000:966-973) verwys na `n studie waarin onderhoude in diepte gevoer is met geneeshere oor hulle belewenis van die maak van foute. Daar is bevind dat hulle ernstige ongemak en spanning rondom die maak van foute beleef. Hulle het ook geglo dat hulle glad nie hulle foute aan kollegas kon openbaar nie.

Die sleutelfaktore waaraan ernstige ongemak en spanning oor foute toegeskryf word, hang saam met die mediese opleiding waartydens perfeksionisme en kompetisie as norm vasgelê is (Miller & McGowen, 2000:966-973).

Watter rol substansafhanklikheid in die maak van mediese foute speel, is `n vraag wat moeilik beantwoordbaar word.



Die substansafhanklike geneesheer wat na 'n tydperk van substansafhanklikheid behandeling ondergaan het, sal onvermydelik vrae oor sy besluite, diagnoses en oordeel hê, in retrospeksie.

4.2.4 Permanente onsekerheid en feilbaarheid as temas in die mediese professie

'n Primêre tema wat in die studie van Rosenthal (1997:13) na vore kom, en 'n universele verskynsel is, is dat geneeshere in permanente onsekerheid leef, aangesien die praktyk onseker en met risiko's gevul is. Dit is ironies en paradoksaal dat met die sentrale tema van onsekerheid die dokter gesag en vertroue by sy pasiënte moet inboesem.

Die gedeelde persoonlike kwesbaarheid en blootstelling van geneeshere is 'n ander tema wat verdraagsaamheid en 'n norm van nie-kritisering van mekaar se werksaamhede teweegbring (Rosenthal, 1997:13).

As daar permanente onsekerheid in daaglikse mediese praktyke is, is daar 'n feilbaarheid in wat die geneesheer doen. Daar sal van 'n bekende en gerespekteerde geneesheer in die proses van behandeling verwag word om foute te maak. Die persoonlike feilbaarheid en blootstelling om 'n fout te begaan, is 'n sterk samebindende faktor in die beroep (Rosenthal, 1997:13). "Necessary fallibility must be accepted as an intrinsic part of the practice of medicine" (Rosenthal, 1997:13).

4.2.5 Die tema van gedeelde persoonlike kwesbaarheid en beoordeling van foute in die mediese professie.

Die gedeelde belewenisse van geneeshere om foute te begaan, skep `n sterk gevoel van wedersydse empatie en `n gedeelde gevoel van persoonlike blootstelling. In Rosenthal (1997:14) se studie het geneeshere algemene uitdrukkings soos die gebruik: "That could happen to me". Dus is `n ander sentrale tema wat hieruit voortvloei `n sterk begrip en vergewensgesindheid teenoor mekaar . Die norm van nie-kritisering is ook `n algemene tema van kollegas teenoor mekaar en is daar `n sameswering van onderlinge verdraagsaamheid teenoor mekaar. `n Professor het die volgende daaroor opgemerk: "In Britain we tend to turn our backs on these things. Therefore it is not easy to recall where people are willing to confront incompetence" (Rosenthal, 1995:25).

`n Ander sentrale tema waaroor medici saamstem, is dat beoordeling van geneeshere se foute/onbevoegdhede eksklusief tot die professie behoort. Mediese foute is nie `n onderwerp wat nie aan die groot klok gehang word nie en ook nie openbare aandag geniet of nagevors word nie (Rosenthal, 1995:109). In hierdie verband merk Rosenthal (1995:109) die volgende op: "In many activities errors and accidents are the subject of systematic study aircraft accidents extensively investigated and extraordinary measures taken to minimize the risks of air travel. The risk of death under anaesthesia is comparable to the risk of accident on a commercial flight. Yet in anaesthesia and medicine generally accidents are seldom discussed publicly and few studies are conducted. Many doctors review their work in morbidity and mortality meetings. This does not usually extend to systematic study and the results are not usually communicated to the wider medical community research into medical accidents has been greatly neglected but can and should be studied".

Navorsing oor ongelukke in die algemeen toon dat menslike foute en gekompliseerde organisatoriese probleme die hoofoorsake is. Beskrywende studies van mediese ongelukke, dui op veelvuldige bydraende oorsake, waaronder karaktereenskappe van die dokter, sekere gemoedstemminge, (te wyte aan alkohol, dwelms, uitputting) waarin die dokter verkeer, probleme rakende pasiënte (bv. moeilik interpreteerbare toetsresultate) en organisatoriese faktore soos `n oorwerkte personeelkorps (Rosenthal, 1995:109).

4.2.6 Die rol van norme in mediese etiek

Rosenthal (1995:96) wys daarop dat norme van professionele etiket en gelykheid onder geneeshere dit moeilik maak om enige oordeel oor `n kollega uit te spreek. Daar is ook `n persoonlike huiwering om te kritiseer wat ontstaan uit geneeshere se persepsie van die maak van foute. Gedeelde onsekerheid en kwesbaarheid versterk die gedrag.

`n Algemene siening dat jy nie betrokke te raak by andere se lefwêreld en probleme nie, versterk ook die neiging om enige aksie uit te stel.

4.2.7 Die rol wat mediese opleiding in die skoling van geneeshere se persepsie en vorming van `n professionele beroepspersoonlikheid speel.

Lawson *et al.* (1992:899) noem verskeie faktore wat in die opleiding van geneeshere `n rol speel waarvan kennis geneem moet word om beter begrip vir die substansafhanklike geneesheer te hê.

By voorgraadse mediese studente is daar intensiewe kompetisie, sosiale isolasie, prestasiegerigheid en vrees vir mislukking teenwoordig. In die mediese skool self is daar verdere sosiale deprivasie, `n groot werklading, onderdrukking van gevoelens, intellektualisering van emosies en verwaarlosing van persoonlike behoeftes (Miller & Mc Gowen, 2000:966-973).

Fromson, Kim & Levy (1997:204) maak die volgende stelling oor die keuringsprosedures vir mediese studente: "Admission committees have selected these talented students, not only because of their academic performance, but also because they appear to be psychologically stabile and display qualities of dedication, perserverance and perfectionism. These can be very succesful traits when utilized in a controlled fashion. Taken to the extreme however they can contribute to a dysfunctional adaptation to stress and result in impairment".

Dit is duidelik dat uitstaande eienskappe wat sonder die nodige oordeelkundigheid bestuur word die voornemende geneesheer negatief kan beïnvloed.

Die toegewydheid vir `n aantal jare en eise wat gestel word, is groot (Nace, 1995:42). Om na die behoeftes van siekes om te sien, is uiters veeleisend en ongereeelde werksure en lang werksure speel ook `n bykomende rol. Die opleiding van geneesheer lê klem op die kapasiteit om dinge gedoen te kry en om realiteit te beheer. Om te erken daar is `n substansprobleem is `n bedreiging vir die mediese professionele identiteit en maak `n stelling ten opsigte van persoonlike kwesbaarheid.

’n Geneesheer het eenkeer opgemerk teenoor ’n terapeut (Fayne & Silvan, 1999:125): “You want me to come in here full of feelings but I just came from the emergency room with people screaming, buzzers sounding and someone dying on the operating table. In that situation if I had any feelings I wouldn’t be able to do anything”.

Die mediese studente word voorgestel aan die mediese denkwysse om hulleself te distansieer van pasiënte, ’n al hoe groter werklading op hulle te neem, sonder om te kla en hulle emosies te ignoreer en te onderdruk. Miller & Mc Gowen (2000:966-972) maak die stelling: “The culture of medicine is one in which perfectionism and “workoholic” standards rule the day”. Binne die kultuur van mediese opleiding is daar nie tyd en plek vir emosionele swakhede nie. Geneeshere word dikwels aangemoedig om hulle eie behoeftes opsy te skuif en die proses van opleiding kan ontwikkeling van verdedigingsmeganismes bevorder, wat dit moeilik maak vir geneeshere om self hulp te vra (Miller & McGowen, 2000:966-973).

Die geneesheer wil ook graag die etiket dat hy bekwaam en emosioneel en fisies sterk is, behou en erkenning van enige emosionele probleem sal vernederend wees en stigmatisering tot gevolg hê, onder kollegas (Miller & Mc Gowen, 2000:966-973).

Die mediese professie staan bekend as ’n populasie wat fisiese pyn ontken hoeveel te meer emosionele pyn. Die mediese opleidingsmilieu skep ’n klimaat waar emosies nie uitgedruk word nie. Die geneesheer moet die kapasiteit ontwikkel om hom te distansieer van sy gevoelens teenoor dood en lyding (Miller & McGowen, 2000:966-973).

Mediese opleiding verloop in verskeie fases met spesifieke stressore wat in elke fase teenwoordig is (Nace, 1995:43). Die eerste twee jaar word gekenmerk deur blootstelling aan patologie en die meganismes van siektetoestande, wat hipochondriese vrese by studente kan ontlok. Die derde jaar is `n fase waarin met pasiëntekontak en aspekte van grense en intimiteit gehandel word.

Die vierde jaar gaan gepaard met aanvaarding van groter verantwoordelikheid en die vrees en vertwyfeling of die verantwoordelikhede en kennis bemeester gaan word (Nace, 1995:43).

In `n studie in 1990 in die VSA onder 230 mediese studente is bevind dat 36% deurgaans tydens opleiding depressie en angs ondervind het. North & Ryall (1997:240) noem die tendens van psigiatriese siektes by vroulike dokters. North & Ryall (1997:240) meen dat meer as die helfte van vroulike dokters in hulle leeftyd `n psigiatriese siekte, waarvan depressie die algemeenste is, sal ondervind.

Kommerwekkend is die voorkoms van selfmoord onder geneeshere. Die selfmoordtendens onder vroulike dokters is vier keer hoër as onder die algemene populasie (Miller & McGowen, 2000: 966-973). Die algemene selfmoordtendense onder dokters, vroulik en manlik, is ook twee keer hoër as onder die algemene populasie.

Depressie en gepaardgaande selfmoordpogings blyk `n groot risikofaktor in die mediese beroep te wees. `n Hoërisikogroep vir selfmoord in die mediese beroep is veral psigiaters (Miller & McGowen, 2000:966-973).

’n Verdere studie het aangetoon dat mediese studente probleme meer intens ervaar as studente in ander medies georiënteerde studierigtings soos aptekerswese, tandheelkunde en verpleging (Nace, 1995:43).

Die ergste vrees wat mediese studente koester is dat hulle nie die vereiste kennis, onderlinge kompetisie en gevoelens van anonimiteit sal kan hanteer nie (Nace, 1995:44).

Mediese opleiding word as ’n bedreiging eerder as ’n uitdaging beskou en ’n gevoel van verlies aan beheer oor die beplanning van hulle werksprogram is op die voorgrond (Nace, 1995:44).

Mediese studente fokus uiteindelik al hoe meer op die akademiese en gee minder aandag aan die balansering van hulle akademiese en sosiale lewenstyl (Fromson, Kim & Levy, 1997: 204).

Hulle gee al hoe minder aandag aan die hantering van stres, gevolglik kan depressie en emosionele uitputting dan bydra tot ’n ongebalanseerde lewenstyl (Fromson, Kim & Levy, 1997:205).

North en Ryall (1997:240) merk die volgende op: “Maladaptive ways that physicians may deal with stress include workaholism, perfectionism and chronic sleep deprivation in order to meet ongoing demands”.

Bykomend tot die simptome van depressie en angs is substansafhanklikheid ’n groot bekommernis onder die mediese studente (Nace, 1995:45).

Mediese studente begin met opleiding nadat hulle reeds op skool aan substansie blootgestel is.

In die VSA het 'n Studie getoon dat baie mediese studente op die ouderdom van 26 jaar al met substansie geëksperimenteer het (Nace, 1995:45). Byna 100% studente het al alkohol gebruik, 75% dagga, 33% kokaïen, 10% LSD en 1% heroïen (Nace, 1995:45). Eksperimentering met verskeie substansie het in die mediese studente se opleidingstyd dus algemeen voorgekom.

Uit 'n studie in 1991 in Engeland het dit geblyk dat 90% mediese studente al voor hulle opleiding substansie gebruik het. Net die gebruik van kalmeermiddels het gedurende die mediese opleidingstyd begin (Nace, 1995:47).

Daar is bevind dat depressie in die internskap jaar algemeen onder die huisdokters voorkom (Nace, 1995:49). Die vernaamste stressore in die internskapjaar wat geïdentifiseer is, is baie lang werkure, 'n gebrek aan fisiese oefening, slaapdeprivasie, gebrek aan familie- en sosiale kontak, skuld as gevolg van al die studiejare en min tyd wat by die huis deurgebring word (Nace, 1995:49).

Huisdokters, het 'n toenemende tendens in die gebruik van voorskryfmedikasie, (self voorgeskryf) geopenbaar (Nace, 1995:52).

Navorsing toon ook dat vroulike studente veral in hulle internskap-jaar 'n groter risiko loop om simptome van depressie en angs te ontwikkel (Nace, 1995:52 en North & Ryall, 1997:239).

Nace (1995:52) merk die volgende op oor die hantering van substansafhanklikheid by dokters in hulle huisdokterjaar: "A willingness to address substance abuse, emotional dysfunction, and stress as they occur in the context of residency training programs has been slow to develop".

Aandag aan substansafhanklikheid, emosionele probleme en stres blyk nie 'n prioriteit tydens mediese opleiding te wees nie.

Mediese studente wat stress in toenemende mate beleef, ervaar hoër vlakke van depressie (Fromson, Kim & Levy, 1997:206). By gebrek aan oneffektiewe hanteringsvaardighede kan die simptome van angs en depressie verder intensifiseer.

Die erns van depressie by mediese studente word beklemtoon deur navorsing wat toon dat lewenslange depressie drie keer meer by mediese studente, as onder die algemene populasie voorkom (Fromson, Kim & Levy, 1997:207). Substansafhanklikheid word dan 'n hoërisikofaktor vir die student, aangesien die gebruik van substans in opleiding die student laat ontspan en laat goed voel. Wanneer die stressore van opleiding en daaglikse lewenseise moeilik hanteerbaar lyk en die spanning te veel word, kan studente substans gereeld begin gebruik om angs, depressie en voortdurende stressore teen te werk (Fromson, Kim & Levy, 1997:207).

Uit voorgaande inligting is dit duidelik dat die opleidingstydperk van mediese studente spesifieke persepsies oor die hantering van emosionele eise en bevrediging van eie behoeftes vestig.

Die aard van die beroep en ook die opleiding skep verdere verwagtinge en perspies hoe emosies, tyd, krisisse en lewenseise gehanteer moet word, wat dan ook deel van die student se identiteit as geneesheer word. Laastens kan Fayne en Silvan (1999:125) se opsomming van die ontwikkeling van die mediese student in opleiding se identiteit aangehaal word: "The development of an identity as a physician seems to involve an internalization of the image which is enhanced by the process of medical school training and the ongoing demands of the profession. These reinforce the suppressing of emotional reactions, and increase intellectualization and isolation of affect". Ten slotte kan die volgende onderliggende aannames gemaak word van die persepsies en eise wat as ongeskrewe reëls vir die mediese student neergelê word:

- Emosies moet onderdruk word, beheer word en is nie ter sake in die mediese wetenskap nie.
- Om in beheer van jouself en situasies te wees is essensieel, die geneesheer is die kundige en in `n mags- en besluitnemingsposisie.
- Die geneesheer is selfversekerd en is die hulpgewer, nie self `n hulpsoeker nie.
- Opoffering van persoonlike belange, verhoudinge en tyd is deel van die identiteit van die beroep.
- Om emosionele swakhede te toon en te erken, is nie deel van die eksakte wetenskap nie en openbaar `n persoonlike swakheid; dit stel ook die beroep in `n verleentheid.
- Die persoon wat die meeste volhard, gedissiplineerd is, die beste presteer en in beheer van hom/haarself is, is die suksesvolste.

4.2.8 Die geneesheer in die rol van pasiënt

Dit is vir geneesherse moeilik om die pasiënterol te aanvaar (vergelyk Lawson & Lawson; 1989:136 en Fayne & Silvan, 1999:124.) Die volgende stelling van Furman (1992:96) is uiters gepas t.o.v. die geneesheer se dilemma om die rol van pasiënt te aanvaar: "We, as physicians are the healers. We dispense treatment, counsel and support, and we represent strength. The dichotomy of being both the doctor and a patient threaten the integrity of the club furthermore, the sick physician makes us uncomfortable. He reminds us of our own vulnerability and vitality and this is frightening for those who deal with disease everyday while arming ourselves with an imagined cloak of immunity against personal illness". Die rol van pasiënt impliseer presies die teenoorgestelde van wat die verwagtinge en identiteit van die geneesheer is.

Die vrees vir 'n siektetoestand - medies, psigiatryes of verslawing raak die dokter se selfbeeld en eiewaarde. Die vrees dat sy/haar posisie in die gedrang kan kom, dra daartoe by dat hy /sy enige persoonlike siekte ontken en bewustelik vermy (Furman, 1992:95). Die identiteit van die geneesheer is dat hy die hulpgewer is en om 'n hulpsoeker te wees, is om hulpeloos te wees. Die rol van pasiënt is dus 'n totale paradoks teenoor die identiteit van die geneesheer.

4.2.9 Professionele houding en gesindheid van geneesherse teenoor substansafhanklikheid

Algemene praktisyns en hospitaaldokters se gesindheid teenoor alkoholisme en dwelmafhanglikheid is negatief. 14 uur in die totale opleiding van mediese studente in Engeland word slegs aan die onderwerp van substansafhanklikheid gewy (Brooke, 1995:150).



Shekhar (1994:887) sluit hom hierby aan met die stelling: "The majority of doctors in primary health centres do not possess adequate skills looking after substance abuse problems, because these were not part of the curriculum during their medical studies." `n Gebrek aan opleiding en die persepsie dat substansafhanklikheid selfgeïnduseer is, word deur `n gevoel van irritasie en magteloosheid deur geneeshere begroet (Brooke, 1995 : 150).

Die onderwerp van substansafhanklike pasiënte en geneeshere se onwilligheid om die pasiënte te identifiseer en te bestuur, is al dikwels in navorsing ondersoek.

Geneeshere en professionele persone in gesondheidsberoepes beskou die substansafhanklike baie keer as iemand wat `n `n keuse uitgeoefen het, om substansafhanklikheid oor homself/haarself te bring en het dus min simpatie met so iemand (Haack & Hughes, 1989:23).

Die negatiewe persepsie van substansafhanklikheid in gesondheidsprofessies sal dus by die geneesheer die verdedigingsmeganisme van ontkenning van persoonlike substansafhanklikheid nog meer versterk.

4.2.10 Vrees vir stigmatisering, finansiële verlies en verlies aan status en eie waarde

Om `n swakheid te hê of te openbaar skaad die identiteit en bedreig die geneesheer se selfbeeld en eiewaarde (Fayne & Silvan, 1999:126). Die ontwikkeling van die identiteit as geneesheer behels `n internalisering van die siening dat geneeshere immuun teen en verhewe bo normale probleme is. (Vergelyk Fayne & Silvan, 1999:124 en Newsletter of the Medical Council of New Zealand, 2000:2.)

Om te erken daar is `n substansprobleem, is `n bedreiging vir die mediese professionele identiteit en is `n stelling ten opsigte van persoonlike kwesbaarheid (Lawson *et al.*, 1992 :899). Stigmatisering as substansafhanklike geneesheer hou nie net implikasies in vir die geneesheer status en selfwaarde nie, maar het ook finansiële implikasies indien die publiek en kollegas van sy probleem bewus word. Wantroue by pasiënte en staking van verwysings na so `n geneesheer kan werklikheid word.

4.2.11 Die rol van kollegas

Die interpersoonlike verhoudinge tussen dokters word gekenmerk deur `n beskermende en ondersteunende houding teenoor mekaar. Die kwaliteit van die substansafhanklike geneesheer se interpersoonlike verhoudinge, sy gedrag, en reputasie en die benadering van die kollegas speel ook `n prominente rol wanneer `n probleem by hom geïdentifiseer word.

Die gedeelde belewenisse van geneesheer skep `n sterk gevoel van wedersydse empatie en `n gedeelde gevoel van persoonlike blootstelling. Dus is `n sentrale tema wat hieruit voortvloei `n gevoel van samehorigheid en vergewensgesindheid teenoor mekaar. Die algemene siening van onaanvaarbare foute deur `n dokter is `n duidelike patroon van verkeerde diagnose en/of behandeling.

Die norm van nie-kritisering van kollegas geld oor die algemeen en daar is `n gevoel van verdraagsaamheid teenoor mekaar (Rosenthal, 1995 : 19). `n Geneesheer met `n alkoholafhanklikheidsprobleem het die volgende opgemerk (Kilpatrick, 2001:1264): "For years, no matter how miserable he felt, Cunningham put on his badge of courage his lab coat every day and went to work. One night he had a seizure because of alcohol withdrawal and was admitted to the intensive care unit. 'When I

woke up I had no idea how I got there, and I was director of the unit. I signed myself out, had a shower, came back and started doing rounds. No one said anything”.

Volgens `n studie van substansafhanklike geneeshere deur Brooke (1995:151) het respondente ervaar dat kollegas nie geweet het hoe om op te tree nie, al het `n substansprobleem ernstige afmetings begin aanneem. Sekere dokters is uit hulle vennootskappe uitgeskakel as gevolg van breinskade en lewersirroze na jare se misbruik waarvan kollegas deeglik bewus was. Sommige dokters het nog gepraktiseer alhoewel hulle ernstige onttrekking- simptome ondervind het (Rosenthal, 1995:19).

Rosenthal (1995:41) merk tereg op: “Problems go on for a very long time. Other GP’s may be suspicious but they don’t want to delve too deeply because if they know too much, they will have to take action. So the problem may go on a very long time. It has to be absolutely catastrophic and threatening patient harm for someone to interfere”.

Geneeshere word soms onder druk geplaas om af te tree (“dignity bribe”) Rosenthal, 1995:41). `n Direkteur het die volgende daarvoor opgemerk: “ I’ve used the golden handshake only twice. Once, with the anaesthesiologist who had a drug problem. I told him : You’re too ill to continue working because of your back” (Rosenthal, 1995 :71).

Tempelaar (1997:48) maak melding van `n studie onder 98 Amerikaanse en Kanadese geneeshere wat behandeling vir ernstige alkoholprobleme ontvang het, waarvan die mediese professie skaars kennis geneem het, en geen dissiplinêre aksie teen enige van die geneeshere ingestel is nie.

Die geneeshere self was van mening dat pasiënte nie negatief deur hulle afhanklikheid geaffekteer is nie, en wat betekenisvol was, was dat hulle kollegas hulle opinie gedeel het.

4.2.12 Die rol van selfbehandeling by die substansafhanklike geneesheer

Die voorskryf van medikasie vir eie gebruik is algemene praktyk by huisdokters. `n Opname deur Christie, Rosen & Bellin (1998 :1253) in die VSA het aangetoon dat die mees algemene bron van voorskrifte vir medikasie en gebruik deur geneeshere die monsters ("samples") uit die eksemplaarkas is. Daar is ook bevind dat 7% van alle medikasie en 10% van voorskrifte vir eie gebruik direk van farmaseutiese verteenwoordigers verkry is. Geneeshere kan ook hulle bekendheid met die medici en hospitaal gebruik vir verkryging van onvanpaste voorregte. `n Voorbeeld is manipulering vir addisionele kalmeermiddels of narkotika (Furman, 1992:95).

Baie geneeshere het genoem dat hulle besige skedule en onvoorspelbare werkure dit moeilik maak om `n afspraak met `n ander geneesheer te maak. Hulle steun ook op hulle kennis van gesondheids-toestande en maklike toegang tot medikasie (Christie, Rosen & Bellin, 1998:1253). Volgens `n studie van Furman (1992:93) in Suid-Afrika, in 1990, het dit geblyk dat tussen 90% en 94% geneeshere dikwels of altyd hulle eie familie behandel. Dit het ook geblyk dat 40,7% geneeshere die laaste vyf jaar nie `n algemene praktisyn geraadpleeg het nie.

Kommerwekkend is ook die feit dat slegs 29,4% geneeshere hulle eie algemene praktisyn gehad het. Fayne en Silvan (1999:125) maak die volgende gepaste stelling: "This attitude of superiority and invulnerability at times can be reckless". Geneeshere huiwer nie om hulleself te behandel nie, al gaan die behandeling ook buite hulle eie

terrein van kundigheid (Fayne en Silvan, 1999:125).

Toe 'n groep geneeshere tydens 'n Balintvergadering (1990) in Kaapstad gevra is waarom hulle nie graag ander geneeshere oor hulleself raadpleeg nie is die volgende redes aangevoer (Furman, 1992:95):

- Ontkenning -die ongesteldheid of probleem is nie ernstig nie.
- Wantroue, vrees om neuroties te klink, is self 'n kundige met genoeg kennis, program is te vol.
- Die effek van die "verhouding geneesheer" teenoor "geneesheer verhouding" word as problematies beskou, en die geneesheer word deur 'n kollega blootgestel.
- Vrees om beheer te verloor, hou van beheer en wil nie oorgee nie.
- Die digitoom om tegelyk geneesheer en pasiënt te wees word 'n bedreiging vir die geneesheer.
- Die geneesheer het 'n vrees dat fisiese of emosionele probleme hom professioneel en finansiëel sal ruïneer.
- Die siek geneeshere sal 'n ongesteldheid ontken en die toestand probeer wegsteek, weens die vrees vir stigmatisering. Die vrees om as hipochondries bestempel te word is, 'n realiteit vir die geneesheer.
- Die vrees vir 'n siektetoestand-, medies, psigiatryes of verslawing raak die dokter se selfbeeld en eiewaarde.
- Die vrees dat sy/haar posisie in gedrang kan kom, dra daartoe by dat hulle enige persoonlike siekte bewustelik vermy word.
- Professionele rolverwarring dra by tot angs, ontkenning en vermyding van die geneesheer-pasiënt-dilemma.

Die volgende stellings is uiters gepas en som die kwessie van die geneesheer se siening van die rol as pasiënt op (Fayne en Silvan, 1999:124): "All societies past and present have held their healers in particular high regard, viewing them as special and sacred. A more current and secular version of this image is that a physician is in some way superior and immune from the normal range of human conflicts and problems. As a result, physicians are more likely than the average person to refuse to acknowledge they are sick or in need of help". Die geneesheer het dus 'n spesifieke persepsie oor sy identiteit wat die erkenning van menslike swakhede bemoeilik.

'n Faktor wat ook in gedagte gehou moet word is dat indien 'n geneesheer 'n pasiënt word, die geneesheer wat die geneesheer as pasiënt behandel, ongemak kan beleef en dit blootstellend kan beleef, veral ook as die pasiënt 'n meer senior geneesheer is as die een wat geraadpleeg word.

4.2.13 Spesifieke stressore en eise eie aan die mediese beroep

Nace (1995:65) sê die volgende in verband met stres en geneeshere: " That physicians are exposed to considerable stress is widely recognized ". In 'n nasionale opname in die VSA is bepaal dat geneeshere se belewenis van stres bo die gemiddelde vir alle beroepe was in die areas van werkoorslag en die aanvaarding van te veel verantwoordelikheid vir mense (Nace, 1995:65).

Stres word as die primêre faktor beskou in die etiologie van substansmisbruik by geneeshere en word gereken as 'n meer prominente faktor as die beskikbaarheid van substansie (Nace, 1995:65).

Chambers & Maxwell (1996:722) gepas op: "Practising medicine can seriously damage your health".

Kanada was een van die eerste lande wat die stressore van die beroep en die huiwering en weerstand by geneeshere om vir persoonlike probleme hulp te soek, erken het (Chambers & Maxwell, 1996: 722).

Kanada het in 1987 begin om 'n komitee saam te stel met die oogmerk om geneeshere se emosionele gesondheid te bevorder (Fish & Steinert, 1995:249). Noorweë het in 1993 1,3 miljoen dollar belê in programme om geneeshere se gesondheid en werksomstandighede te verbeter (Chambers & Maxwell, 1996,722).

Alhoewel sommige lande al prosedures ingestel het om die substansafhanklike geneesheer te bestuur, ontvang die aspek nog min aandag in baie lande behalwe wanneer dissiplinêre stappe ter sprake is (Brooke, 1995:149).

Faktore wat 'n rol speel in die ontwikkeling van psigiatriese siektes by geneeshere en ook met substansafhanklikheid verband hou, sluit volgens Rosenthal (1995:88-89) stres, angs, depressie, maklike toegang tot middels, toenemende eise wat gestel word, die mediese beroep se strukture, lang werkure en gereelde verhuising in. Die faktore kan dus ook as hoërisikofaktore in die mediese beroep bestempel word en stel besondere emosionele en fisiese eise aan die geneesheer. Substansie kan dus maklik by die geneesheer wat sukkel om aan al die eise te voldoen 'n versoeking raak by die hantering van lewenseise.

Cooper, Rout & Farragher (1989:366) verwys na werkstressore wat spesifiek deur algemene praktisyns, in volgorde van belangrikheid, geïdentifiseer is. Die faktore is die volgende:

- Eise van die werk en pasiënte se verwagtinge.
- Onderbrekings (telefoonoproepe dag en nag, huisbesoeke, krisisgevalle.
- Onderbreking in familie/gesinstyd)
- Praktykadministrasie,
- Werks/gesinsverhoudinge en sosiale lewe (eise van werk en familie, verdeling van tyd tussen gesin en pasiënte, eise van werk op sosiale lewe).
- Hantering van die dood en sterwendes (daaglikse kontak met chroniese pasiënte).
- Mediese verantwoordelikheid vir vriende en familie (mediese behandeling van vriende en familie as pasiënte).

Die ondersoek van Cooper, Rout & Farragher (1989:366-270) het verder aangetoon dat 'n gebrek aan sosiale en bestuursvaardighede ook 'n bron van stres vir algemene praktisyns uitmaak. Opleiding in personeelbestuur, tydsbestuur, bestuursvaardighede en organisatoriese vaardighede sal geneeshere kan help met die hantering van daaglikse en chroniese stressore.

McCue (in Nace, 1995:67) het intrinsieke stressore by geneeshere geïdentifiseer wat tot disfunksionaliteit en onvanpaste gedrag kan lei.

Intrinsieke faktore wat 'n rol by die geneesheer se belewenis van stres kan speel, is die volgende:

- Jong geneeshere verwag dat die mediese beroep bevredigend moet wees en word dan gekonfronteer met ongelukkige en veeleisende pasiënte.

- Vrese van pasiënte kan uitputtend en aansteeklik wees.
- Die tema van seksualiteit met betrekking tot pasiënte kan vir die geneesheer ongemaklik en `n verleentheid wees.
- Die dood van pasiente word as `n mislukking van mediese sorg beskou en die geneesheer kan onsteltenis ervaar en familielede kan met woede reageer.
- Pasiënte wat psigiatriese probleme ondervind kan frustrerend vir die geneesheer, en “moeilike” pasiënte wees.
- Moeilike besluite moet baie keer geneem word, soos deeglike mediese sorg teenoor koste-effektiwiteit.

Die geneesheer kan dus met baie frustrasies en interne konflik worstel, wat hy/sy nie kan wys nie, aangesien dit nie by sy professionele beeld pas nie. Chambers & Maxwell (1996:723) vra tereg die volgende vraag oor die stres en eise wat aan die mediese beroep gestel word: “If the job is making the doctors sick, why not fix the job rather than the doctors?”.

Aan die ander kant is daar ook faktore nagevors wat tot algemene praktisyns se werksatisfaksie bydra en vermelding verdien. Die faktore in volgorde van belangrikheid is soos volg (Cooper, Rout & Faragher, 1989:368):

- Verskeidenheid van verantwoordelikhede wat geveerg word.
- Vryheid om eie werksmetodiek te volg.
- Verskeidenheid (variasie) in die werksituasie.

Gesien die eise en stressore eie aan die beroep van geneesheer word besondere vaardighede en eienskappe vereis om `n gebalanseerde lewenstyl te kan handhaaf en psigies gesond te kan funksioneer.

4.2.14. Die profiel van die geneesheer wat `n risiko kan inhou vir substansafhanklikheid

Lawson & Lawson (1989:133) merk die volgende op ten opsigte van persoonlikheidsfaktore wat `n rol speel by die substansafhanklike geneesheer: "Doctors who abuse alcohol or drugs show a tendency towards an 'isolate personality pattern', described as high in denial, low in impulse expression and very high on social introversion". Die substansafhanklike geneesheer blyk naamlik geïsoleerde persoonlikheidstrekke te openbaar wat emosionele en sosiale kontak bemoeilik.

Verder blyk die substansafhanklike geneesheer emosioneel gekontroleerd te wees iemand wat min emosionele kontak binne verhoudings maak. Op sosiale vlak is hy ook `n sterk introvert en wat moeilik enige persoonlike problematiek erken.

In `n vergelykende studie in Lawson & Lawson (1989:133) van die geneesheer wat substansafhanklik is teenoor die dwelmafhanglike op straat word die verskille soos volg geïllustreer (tabel 3):

Tabel 3: Vergelyking tussen die substansafhanklike geneesheer en dwelmafhandlike op straat.

Substansafhanklike geneesheer	Dwelmafhandlike op straat
Uit hoër ouderdomsgroep	Nog baie jonk (adolescent en jong volwassene)
beskik oor opleiding en beklee `n betrekking	meestal werkloos, sonder kwalifikasies
Geniet oor gesinstabiliteit	enkellopend, deel van dwelm-subkultuur
word as `n terapeutiese afhanklike beskou	word as `n dwelmafhandlike beskou
substansafhanklikheid word as `n beroepsprobleem beskou	straatdwelmafhandlike word as `n krimineel beskou of is by kriminaliteit betrokke

Tabel 3 toon hoe die profiel van die substansafhanklike geneesheer wat terapie ontvang, verskil van die van die dwelmafhandlike van die straat. Die ouderdom, lewenstyl, opleiding en die beskouing van substansafhanklikheid as `n beroepsprobleem, by geneesheer verskil van die profiel van die algemene dwelmafhandlike op straat.

In `n studie van Rosenthal (1995:85) oor die substansafhanklike geneesheer, is daar bevind dat die gemiddelde ouderdom 43,1 jaar was toe vir die eerste keer hulp gesoek is. Gemiddeld 6 jaar het verloop voordat substansafhanklikheid `n probleem begin skep het totdat die afhanklike verwys is.

Wanneer die probleem ernstige afmetings begin aanneem het, is die grootste persentasie geneeshere (ongeveer 70%) geforseer om behandeling te ondergaan deur mediese verwysings en die res (ongeveer 30%) as gevolg van die Mediese Beroepsraad se betrokkenheid. Voor verwysing van die afhanklike geneesheer het hy al ernstige fisiese, psigiese en sosiale probleme ervaar. Substansmisbruik by die geneeshere het egter al tussen die ouderdom van 20 en 30 jaar begin (Rosenthal, 1995:86). Die twee spesialiteitsgebiede wat as die grootste risikogroep vir substansafhanklikheid aangedui is, was algemene praktisyne en narkotiseurs (Rosenthal, 1995:86).

Die vier hoofwerkstressore naamlik eise van die beroep en pasiënteverwagtinge, onderbrekings dag en nag, praktykadministrasie en eise wat die werk, gesin en sosiale lewenstyl stel, word met 'n tipe A-persoonlikheidsprofiel, 'n sekere ouderdom en geslag geassosieer as aanduidend vir hoë vlakke van geestesongesondheid by geneeshere (Cooper, Rout & Faragher 1989:369).

Volgens Archer (1991:150) en Cooper, Rout & Faragher (1989:369) word die tipe A-persoonlikheidsprofiel deur die volgende eienskappe gekenmerk:

- Kompetendheid,
- ongeduldigheid,
- perfeksionisme,
- belewing van intense tydsdruk,
- rusteloosheid en
- haastigheid.

Manlike dokters, wat ouer is en 'n tipe A-persoonlikheidsprofiel het, is deur Cooper, Rout & Faragher (1989:369) as 'n hoërisikogroep geïdentifiseer.

Nace (1995:65) noem drie tipes stressore wat by geneeshere teenwoordig kan wees:

- Die algemene stressore in die daaglikse lewe,
- akute en ernstige stressore wat onverwags in tree, byvoorbeeld skielike ernstige siekte, dood van `n familielid ens., en
- chroniese stressore binne verhoudinge, sosiale verpligtinge en die beroep.

Laasgenoemde stressor word in verband gebring met `n kwesbaarheid vir substansmisbruik by die geneesheer (Nace, 1995:65). Nace (1995:69) merk die volgende op: "Stress, either personal or professional, interacting with personality 'vulnerability' is a common paradigm for explaining physician impairment".

Dit is algemeen bekend dat geneeshere intellektueel bogemiddeld is en oor goeie probleemoplossingsvaardighede beskik. Geneeshere se emosionele kapasiteit om eise te hanteer, kan egter varieer. Nace (1995:69) gaan ook van die veronderstelling uit dat substansafhanklike geneeshere `n gebrek aan emosionele ondersteuning en ontwikkeling in hulle kinderjare ervaar het. In `n studie is ook bevind dat die moeders van substansafhanklike geneeshere gedurende hulle kinderjare ondersteunend was en die vaders afwesig, gedistansieerd en afsydig. Nace (1995:70) merk verder op dat geneeshere wat substans misbruik het, psigiatriese en huweliksprobleme ervaar het, in hulle kinderjare oorafhanklik, passief, pessimisties en onseker van hulleself was. Miller & McGowen (2000:966-973) se dat onstabiele kinderjare en adolessente aanpassingsprobleme geassosieer word met substansmisbruik by geneeshere.

Degi, Talbott & Warren (1997:58) is van mening dat eienskappe soos passiwiteit, onsekerheid oor hulleself, afhanklike persoonlikheidstrekke en pessimisme die geneeshere kwesbaar vir substansafhanklikheid maak.

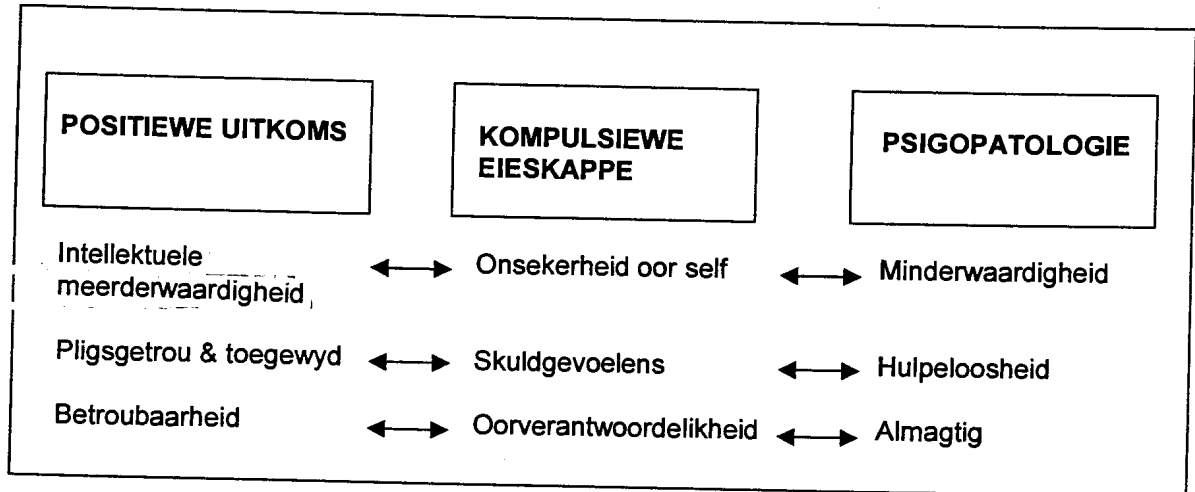
Navorsing het getoon dat geneeshere wat mediese opleiding as 'n groot bron van kommer en angs ervaar het in 'n hoë mate negatieweit teenoor die self, dit wil sê swak selfbeeld, tendense van afhanklikheid en 'n behoefte om sosiaal aanvaarbaar te wees, openbaar (Nace, 1995:70). Hierdie bevindinge word bevestig deur McCranie en Brandsma (in Miller & McGowen, 2000:966-973) wat hoë vlakke van beroepsmatheid gevind het by geneeshere met 'n swak selfbeeld, wat 'n gevoel van minderwaardigheid ervaar wat hulle obsessief bekommer, en wat passiwiteit, sosiale angs en isolasie binne verhoudinge openbaar.

In behandelingsentrums is gevind dat substansafhanklike geneeshere gebrekkige egofunksies openbaar, soos die regulering van emosies, gebrekkige selfversorgingsvaardighede en gebrekkige instandhouding van selfbeeld. (Nace, 1995:70).

Kompulsiwiteit, 'n algemene eienskap by geneeshere, is 'n aspek wat kan lei tot 'n gevoel van vertwyfeling oor die self, skuldgevoel en 'n oordrewe verantwoordelikeidsgevoel (Nace, 1995:70). Hierdie kompulsiewe trekke kan of 'n positiewe bydrae tot die geneesheer se funksionering maak of patologies wees en die geneesheer kwesbaar lewer vir substansmisbruik.

In figuur 2 word die positiewe en patologiese gevolge van kompulsiewe trekke teenwoordig by geneeshere volgens Gabbard (in Nace, 1995:71) geïllustreer:

Figuur 2 Die positiewe en patologiese gevolge van kompulsiewe trekke teenwoordig by geneeshere volgens Gabbard (in Nace, 1995:71)



Indien kompulsiewe persoonlikheidstrekke teenwoordig is, sal die uitkoms van die kompulsiewe eienskappe afhang van elke individuele persoon se gesin van herkoms, agtergrond, ontwikkelingsfases, emosionele volwassenheid, algemene hanteringsvaardighede, selfbeeld en vermoë om positiewe verhoudinge te kan handhaaf.

Miller & McGowen (2000:966-973) beweer dat die uitstel van onmiddellike behoeftebevrediging verband hou met kompulsiewe persoonlikheidstrekke en die feit word wyd erken as die sleutelement van geneeshere se sukses. Geneeshere wat die bevrediging van persoonlike behoeftes uitstel, skep daardeur 'n meganisme om emosionele intimiteit te vermy (Nace, 1995:70).

Die nadelige gevolg is egter dat verhoudings gedistansieerd is en die geneesheer van emosionele intimiteit geïsoleer word (Miller & McGowen 2000:966-973).

’n Vergelykende studie oor die belewing van stres deur geneeshere en prokureurs het aangetoon dat tot 80% van die geneeshere wat ’n toenemende sensitiwiteit tot depressie en kritiek ervaar het, kompulsiewe persoonlikheidstrekke geopenbaar het, teenoor slegs 28% van die prokureurs (Nace, 1995:69). Kompulsiewe persoonlikheidstrekke en ’n sensitiwiteit vir depressie blyk dus met mekaar verband te hou.

’n Sterk verband bestaan tussen depressie, substansafhanklikheid en selfmoord (Miller & McGowen, 2000:966-973). Daar is bereken dat ongeveer 40% van geneeshere wat selfmoord pleeg, geassosieer word met alkoholafhanklikheid en 20% met dwelmafhanglikheid. Die vroegtydige diagnose van depressie by geneeshere en mediese studente behoort ’n voorkomingsgerigte aksie te wees, om sekondêre aspekte soos substansafhanklikheid te voorkom.

McGovern, Angres & Loen (1998:98 – 99) het in ’n ondersoek na gestremde geneeshere wat vir assessering verwys is na ’n sentrum om die aard, duurte en gevolge van hulle probleme te bepaal, bevind dat 52,8% geneeshere met ’n aktiewe substansafhanklikheidsversteuring gediagnoseer is volgens die DSM-1V-model. Die bevindinge het ook die volgende tendense uitgewys (McGovern, Angres & Loen, 1998:98 – 99):

- Alkohol en opiate was die mees misbruikte substans.
- Depressie was die mees algemene diagnose, wat gemoedsversteurings betref.
- Narsistiese en antisosiale persoonlikheidsversteurings was die algemeenste.

- Die groep substansafhanklike geneeshere het al langer as 5 jaar `n afhanklikheidsprobleem gehad.
- Dimensies waar aangetastheid opmerklik was, was die van interpersoonlike verhoudinge en werksverrigting.

Die afleiding kan dus gemaak word dat die substansafhanklike geneesheer in behandeling deeglik geëvalueer moet word om `n meervoudige diagnose van substansafhanklikheid en die teenwoordigheid van bykomende psigiatriese problematiek te bepaal, asook die areas waarin die geneesheer nie meer konstruktief kan funksioneer nie.

4.3. Identifisering van die substansafhanklike geneesheer

Dit kan `n lank duur neem voordat `n substansafhanklike geneesheer geïdentifiseer word, veral as geneeshere se vermoë om hulle beroepsverpligtinge te beskerm in ag geneem word, meestal ten koste van ander aspekte in hulle lewens (Degi, Talbott & Warren, 1997:59). Navorsing toon dat substansafhanklikheid eerstens die familie of gesin raak, gevolg deur die gemeenskap, finansies, geestelike funksionering, emosionele gesondheid, fisiese gesondheid en, laastens, werkverrigting.

Algemene simptome van disfunksie in die familie is soos volg (Nace, 1995:59):

- Gesinsgeweld; gereelde argumente.
- Gedragsprobleme by die kinders.
- Depressie en ang by die ander eglied teenwoordig.
- Seksuele probleme.
- Sprake van egskeiding of vervreemding.

Optrede soos die volgende kan moontlik 'n aanduiding gee dat daar gestremdheid ('n substansprobleem) by 'n geneesheer aanwesig is (Lawson & Lawson, 1989 : 135):

- Verwaarlosing van praktykroetines.
- Sosiale isolasie.
- Bestuur onder die invloed.
- Onder die invloed tydens sosiale byeenkomste.
- Reuk van alkohol in werksituasie.
- Hospitaalrondtes op ongereeelde tye gedoen.
- Onvanpaste opdragte telefonies oor pasiënte gegee.
- Onvanpaste gedrag op vergaderings.
- Vergeet van afsprake.
- Praat met sleeptong.
- Slordige voorkoms.

Nace (1995:60) verwys na die volgende bykomende tekens van 'n substansafhanklikheidsprobleem by geneeshere:

- Te veel voorskrifte vir die dokter self of familie kan aptekers iets laat vermoed.
- Agteruitgang in handskrif.
- Nalatigheid met byhou van rekords.
- Gee van onvanpaste voorskrifte.
- Neem van medikasie of inspuitings by hospitaal.
- Klagtes oor wanpraktisering.

'n Geneesheer se werkgeskiedenis kan ook op 'n substansprobleem dui as die volgende neigings waargeneem word (Nace, 1995:62 en Degi, Talbott en Warren, 1997:60):

- Gereelde verandering van werk, ook gepaard met geografiese verskuiwing.
- Beweging van hoër na laer (ondergeskikte) posisies.
- Onverklaarbare tydperke van werkloosheid.



- Uitstel om voor aanstelling as geneesheer `n fisiese ondersoek te ondergaan of uitstel om verlangde urine monsters te verskaf soos aangevra.
- Vae verwysingsbriewe betreffende werksgeskiedenis.
- Klagtes van pasiënte oor die geneesheer se gedrag.

Ontkenning is een van die kenmerkendste eienskappe van substansafhanklikheid en `n geneesheer se ontkenning, as verdedigingsmeganisme, van substansafhanklikheid kan baie sterk wees (Nace, 1995:72). Ontkenning as verdedigingsmeganisme word deur die substansafhanklike aangewend is weens hy/sy vrees dat hy/sy nie sal kan funksioneer sonder die substans nie.

Dit is ook `n wyse om sy/haar selfbeeld in stand te hou te midde van `n toenemende gevoel van magteloosheid teenoor die substans wat sy/haar lewe oorneem (Nace, 1995:40).

4.4 `n Psigodinamiese raamwerk om die ontwikkeling van substansafhanklikheid by die geneesheer te verklaar

Soos bespreek in hoofstuk 2 is daar verskeie teoretiese raamwerke wat die ontwikkeling van substansafhanklikheid probeer verklaar; en is die progressiewe ontwikkeling van substansafhanklikheid bespreek.

Met in agneming van die persoonlikheidstrekke wat uniek vir die beroep van geneesheer is, kan die raamwerk in die volgende paragrawe geskets `n moontlike verklaring vir die ontwikkeling van substansafhanklikheid by die unieke beroepsgroep bied. Die geneesheer se beroep en die geneesheer self word deur die publiek en ook deur die mediese student geïdealiseer, soos reeds bespreek (Nace, 1995:71 en



Fayne & Silvan, 1999:125). Geneeshere beleef hulleself as onaantasbaar met unieke vaardighede en vermoëns en ook die bevoegdheid om medisynes en substansie na goeddunke in behandeling aan te wend (Nace, 1995:71).

Wanneer daar tydens die geneesheer se kinderjare 'n swak emosionele band met die ouerfigure teenwoordig was, en die ouerfigure in die vervulling van hulle rol die ontwikkelingsfase van die kind faal weens mishandeling, verwaarlosing, oorbeskerming en onstabiele verhoudinge, het die faktore 'n duidelike invloed op die geneesheer se volwasse funksionering (Nace, 1995:71). Die eerste verhoudinge wat 'n kind het, bepaal later die kind se gevoel van betekenisvolheid of nie, en bepaal ook die basis vir latere verhoudinge met ander persone (Pringle, 1985:36).

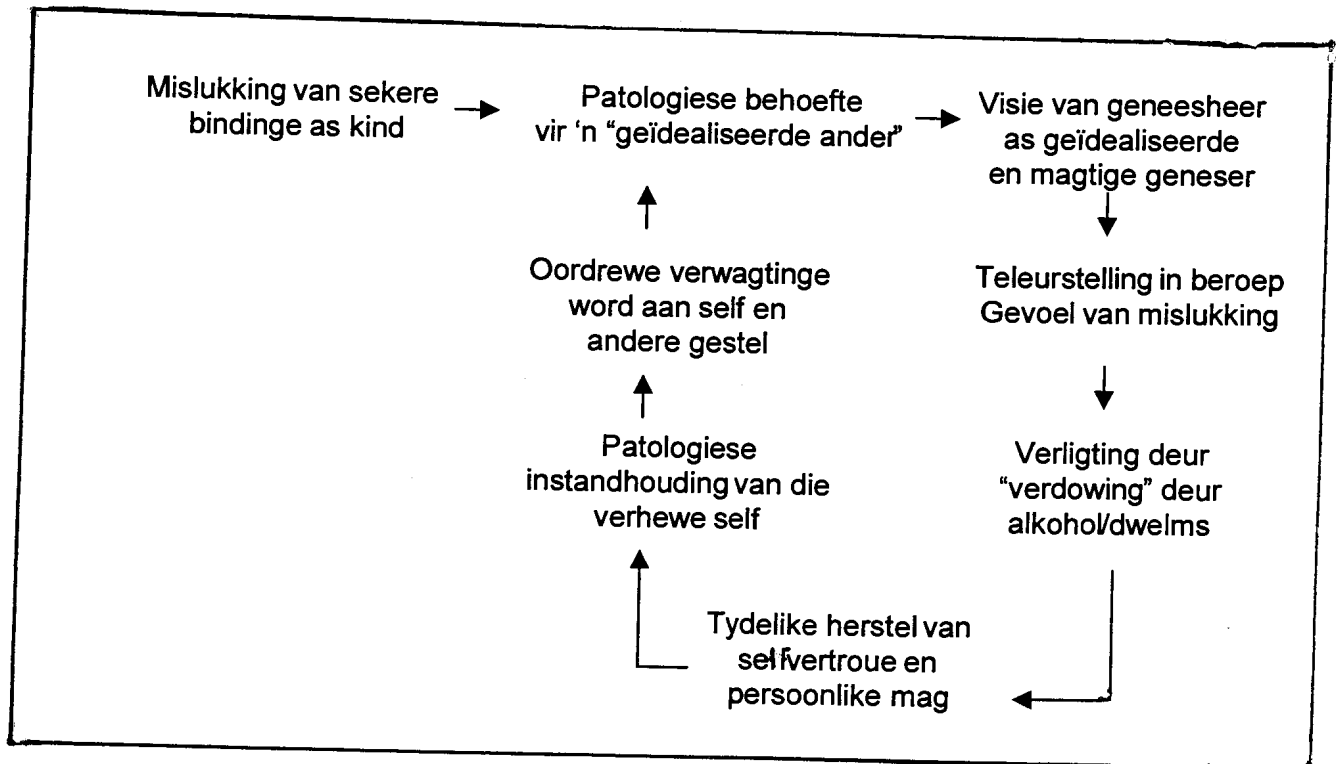
Die invloed wat onstabiele kinderjare op die volwassene kan hê, kan moontlik wees waarom daar deurgaans 'n soeke na perfeksionisme in andere en in homself is (Nace, 1995: 471).

Fayne en Silvan (1999:127) sluit hulle hierby aan en merk op dat sekere studente in die geneeskunde gaan studeer met die hoop om aan psigologiese konflikte te ontsnap. Vallaint (in Fayne en Silvan, 1999:127) het op grond van 'n steekproef onder geneeshere in primêre pasiëntesorg, 'n tendens van onstabiele kinderjare gevind. 'n Bykomende verklaring vir sommige studente se keuse van die beroep van geneesheer is die feit dat sommige geneeshere se professionele identiteit die basis van 'n vals self skep en dat daar onder die professionele identiteit van mag en beheer, gevoelens van depressie en minderwaardigheid aanwesig is (Fayne en Silvan, 1999:127). Die sukses en prestasie wat met die beroep geassosieer word, word as 'n geneesmiddel vir die gevoelens van minderwaardigheid en depressie beskou.

Wanneer die beroep nie aan die geneesheer se verwagtinge voldoen nie kan 'n gevoel van mislukking, skuldgevoel, depressie, woede en angs ervaar word. Die kwesbare geneesheer kan dan deur die gebruik van substansie vind dat hierdie gevoelens verlig word en ook vals selfvertroue en 'n valse gevoel van positiewe eiewaarde ervaar (Nace, 1995:72). Wanneer die individu die eienskappe van 'n substans ontdek, kan die gebruik daarvan net versterk word. Die dinamiese proses kan dan in substansafhanklikheid eindig.

In figuur 3 word die dinamika wat kan aanleiding gee tot substansafhanklikheid by die geneesheer voorgestel, soos aangepas uit Nace (1995:72):

Figuur 3: Die dinamiese proses in die ontwikkeling van substansafhanklikheid by die geneesheer



4.5 Samevatting

Die gesondheidsprofessie in die algemeen en veral die mediese professie, ontken die impak wat substansafhanklikheid op die beroepsgroep kan hê. 'n Algemene siening word gehuldig dat die keuse van 'n professionele beroep, die opleiding daaraan verbonde en die kennis en vaardighede wat benodig word, die mediese beroep beskerm teen substansafhanklikheid. Die persepsie skep dus 'n teelaarde vir ontkenning, ignorering en vermyding van substans-afhanklikheid as 'n probleem in die mediese beroep.

Verskeie faktore eie aan die mediese beroep dra by tot 'n sekere unieke persepsie en optrede in die beroep teenoor die onderwerp van substansafhanklikheid, om die

die mediese beroep.

Verskeie faktore eie aan die mediese beroep dra by tot 'n sekere unieke persepsie en optrede in die beroep teenoor die onderwerp van substansafhanklikheid. Om die substansafhanklike geneesheer te verstaan, moet verstaan word wie hy is en sy agtergrondsgeskiedenis, die aard en werksaamhede van sy beroep en sy beroepsidentiteit, moet begryp word om uiteindelik 'n effektiewe diens aan die geneesheer te kan lewer.

Een van die faktore wat in die beroepsdinamika van die substansafhanklike geneesheer 'n rol gespeel het in die vorming van sy of haar identiteit, is faktore soos die outonome funksionering van die mediese beroep, tweedens moet kennis geneem word van die kenmerke van die professionele geneesheer en hoe hierdie kenmerke oorvleuel met die algemene kenmerke van die professionele helper wat 'n diens verskaf aan die substansafhanklike geneesheer. Die persepsie oor die maak van mediese foute is uniek tot die mediese beroep en dit is duidelik dat alle geneeshere blootgestel is aan die risiko wat 'n klimaat van nie-kritisering teenoor mekaar daarstel.

Die paradoks van gesag en vertroue in die onfeilbaarheid van die geneesheer deur die pasiënt teenoor die permanente onsekerhede binne die mediese beroep en persoonlike feilbaarheid as mens, plaas sterk druk op die geneesheer as persoon en skep ook onder geneeshere 'n gemeensame gevoel om mekaar te verdra en te beskerm.

Die tema van die beoordeling van mediese foute is 'n tema wat aansluit by die ongemak en persoonlike blootstelling wat geneeshere beleef oor die onderwerp. Die beroep beskou dit as hulle eksklusiewe voorreg om mediese foute te beoordeel, die

gemeensame gevoel dat elke geneesheer daaraan blootgestel kan word, skep egter `n verdraagsaamheid en vermyding van hierdie onderwerp. Geneeshere is ook oorbewus van die norme in mediese etiek en sal hulle nie gou kritiek uitspreek teenoor ander kollegas nie. Hierdie milieue in die mediese beroep skep dus `n outomatiese persepsie oor die substansafhanklike geneesheer en word so `n kollega eerder vermy en verduur as om standpunt in te neem.

Mediese opleiding is veeleisend, kompetierend en bomenslike eise aan uithouvermoë word aan die mediese student gestel. Tyd vir emosionele probleme en swakhede is nie `n aspek wat binne die opleiding enigsins toegelaat word nie. Die identiteit van die geneesheer word gevorm rondom persepsies dat enige krisis en probleem konstruktief hanteer moet word en die geneesheer oor die mag, kennis en vaardighede beskik om outoritêr te kan optree. Die rol van emosies rondom dood, lyding en pasiënte, uitputting, fisies en emosioneel, is deel van die prys wat betaal moet word om die identiteit van geneesheer te verdien. Algemene emosionele probleme wat mediese studente mee kan worstel is angs, depressie en vrees of aan al die vereistes wat gestel word voldoen gaan word.

Selfmoordtendense binne die mediese beroep is ook kommerwekkend en oorskry die tendens van die algemene populasie by verre. Kennismaking met geneesmiddels en gebruik daarvan om die veeleisende studierigting en studiejare te hanteer, kan `n risiko skep vir substansafhanklikheid latere jare.

Die rol as pasiënt is totaal teenstrydig teenoor die funksie en identiteit van die geneesheer. Daarom soek geneeshere baie moeilik enige mediese hulp, wat nog te sê hulp vir emosionele probleme of substansafhanklikheid. Die maatskaplike werker moet kennis neem dat die rol as pasiënt `n bedreiging is vir die geneesheer in behandeling en dat die rol deur die geneesheer vermy sal word as hulpsoeker en

pasiënt.

Die algemene persepsie van geneeshere teenoor substansafhanklikheid en pasiënte met 'n substansprobleem is negatief. Hierdie algemene gesindheid van medici versterk dus enige bekendmaking of erkenning van 'n substansprobleem by 'n geneesheer.

'n Verdere realiteit is dat 'n geneesheer gestigmatiseer kan word deur die publiek en kollegas indien dit bekend word dat hy/sy 'n substansprobleem het, verwysings kan gestaak word of pasiënte besluit om 'n ander geneesheer te raadpleeg, wat finansiële implikasies en verlies aan status impliseer.

Die gedeelde belewenisse van geneeshere skep 'n sterk gevoel van wedersydse begrip en sal kollegas eerder 'n substansafhanklike geneesheer beskerm, of die probleem vermy as om die substansprobleem aan te spreek. Die gevolg van hierdie houding is dat die substansafhanklikheidsprobleem al ver gevorderd kan wees voor hulp verkry word.

'n Ander faktor wat 'n rolspeler by die substansafhanklike geneesheer kan wees, is die voorskryf van medikasie vir eie gebruik. Min geneeshere beskik oor hulle eie praktisyn en is van mening dat hulle hulleself kan behandel. Die rol as pasiënt en inskakeling by 'n mede-kollega skep te veel ongemak.

Die feit dat geneeshere unieke stresfaktore eie aan hulle beroepsgroep beleef, is 'n voldwonge feit. Die stressore behels algemene stressore rondom mediese praktyk, stressore rondom pasiënte, rondom mediese foute, emosionele eise wat die beroep en persoonlike lewe stel en stressore binne die gesinslewe. Hierdie veelvuldige eise stel hoë uitdagings aan die hanteringsvaardighede van die geneesheer. Substans

kan `n wyse word om die veelvuldige eise en stres daaraan verbonde te hanteer.

Die substansafhanklike geneesheer verskil van die substansafhanklike van die straat in diè opsig dat die geneesheer gewoonlik ouer is, oor `n betrekking beskik, `n gesin het en sy /haar substansafhanklikheid as `n beroepsprobleem beskou word. `n Dwelmafhanglike van die straat is gewoonlik werkloos, deel van die dwelmsubkultuur, betrokke in kriminele aktiwiteite, jonk en meestal werkloos. Behalwe vir die genoemde persoonlikheidsverskille blyk dit dat `n tipe A-persoonlikheidsprofiel, geassosieer met `n sekere ouderdom en geslag in navorsing as `n risiko beskou word vir die ontwikkeling van geestesongesteldhede en dus ook substansafhanklikheid.

Dit blyk of onstabiele kinderjare en onseker bindinge met ouers in die kinderjare, ontwikkeling van `n swak selfbeeld en kompulsiewe persoonlikheidstreke, ook risiko faktore kan wees vir `n mediese student, indien nie reg bestuur nie. Die voorkoms van depressie en selfmoord is ook kommerwekkend onder geneeshere.

Vroeë identifisering en behandeling van depressie by mediese studente is belangrik. Die moontlikheid van `n meervoudige diagnose, dit wil sê substansafhanklikheid en `n psigiatrisiese probleem, by die substansafhanklike geneesheer moet ingedagte gehou word binne `n behandelingsopset.

Die identifisering van die substansafhanklike geneesheer gebeur gewoonlik wanneer daar al ernstige disfunksionaliteit teenwoordig is. Gewoonlik word die gesin eerste geraak deur substansafhanklikheid, daar is ook tekens wat binne sy werksfunksionering waargeneem kan word, wat `n aanduiding kan wees dat substansafhanklikheid teenwoordig is. Kennisname van die tekens wat `n afhanklikheidsprobleem aandui is dus belangrik om so gou moontlik aan die geneesheer te kan hulp verleen. Ontkenning van `n substansprobleem is een van die

grootste struikelblokke wat aangespreek moet word voordat die substansafhanklike geneesheer ontvanklik sal wees vir enige hulp.

’n Moontlike teoretiese verklaring vir die ontwikkeling van substansafhanklikheid by die geneesheer kan van jongs af ’n duidelike patroon aanneem, van swak verhoudinge met betekenisvolle persone en ontwikkeling van ’n swak selfkonsep. Die begrip word gevorm dat deur prestasie en status word selfaanvaarding en aanvaarding deur andere geskep. Die mediese beroep kan dan oorweeg word as ’n wyse om ’n persoonlike eiewaarde en positiewe identiteit te skep. Indien nie aan die verwagtings voldoen word nie kan minderwaardigheidsgevoelens en depressie onderliggend teenwoordig wees en aanleidend wees om substans te gebruik, vir die positiewe effek wat die middels kan teweegbring.

In die hoofstuk is dit duidelik dat verskeie faktore in ag geneem moet word deur die maatskaplike werker wanneer substansafhanklikheid by geneeshere aangespreek word, ten einde ’n effektiewe diens te kan lewer.

In hoofstuk 5 word aandag gegee aan die verskillende behandelingsalternatiewe en benaderings om aan die substansafhanklike geneesheer hulp te verskaf