



DIE SUBSTANSAFHANKLIKE GENEESHEER -

’N MAATSKAPLIKEWERKERSPEKTIEF

deur

ELIZABETH CATHRINE ERLANK

Voorgelê ter vervulling van ’n deel van die vereistes vir die graad

Doctor Philosophiae in Maatskaplike Werk

in die

Fakulteit Geesteswetenskappe

Universiteit van Pretoria

PRETORIA

PROMOTOR: PROF M.S.E. DU PREEZ

Oktober 2002



VOORWOORD

"I believe we are all addicts to beliefs or substances".

B. S. Siegel

My dank aan die volgende persone:

- ▣ **Prof. Rita du Preez vir haar studieleiding en ondersteuning, `n rolmodel wat ek sedert my eerste ontmoeting in 1985, as eerstejaarstudent, nagestreef het.**
- ▣ **Me. E. Mauer van die rekenaarondersteuningafdeling vir die verwerking en interpretasie van die kwantitatiewe data.**
- ▣ **Oom Pieter Pretorius vir sy tyd en deeglikheid met die taalkundige versorging van die ondersoek.**
- ▣ **Francois Van Niekerk, vir al sy ondersteuning en hulp met die tegniese versorging. `n Persoon wat gee sonder om terug te verwag.**
- ▣ **Marina Greyvenstein, `n besondere kollega en vriendin, vir ondersteuning en verskaffing van waardevolle inligting vir die ondersoek. John Greyvenstein wat my altyd behulpsaam was met die drukwerk.**
- ▣ **My ouers, vir al die onderskraging, finansiele bystand en opoffering, ook om behulpsaam te wees met `n drie-jarige kleindogter sodat ma kon studeer.**
- ▣ **My Direkteur by Staanvas Sentrum, Mnr Tobie Visser, vir sy meelewendheid, aanmoediging en sy kundigheid wat hy met my gedeel het. `n Persoon wat ook `n mentor vir my geword het.**
- ▣ **My kollegas en vriende vir hulle belangstelling en aanmoediging, veral Douwline Minnaar, wie se ondersteuning ek oneindig waardeer het.**
- ▣ **Lynette Vermaas, senior terapeut, by Staanvas Sentrum, wat altyd behulpsaam en tegemoetkomend was om my studies te akkommodeer.**
- ▣ **My suster, Hannetjie en broer Chris vir ondersteuning.**
- ▣ **My dogter, Danielle vir haar begrip en onvoorwaardelike liefde.**
- ▣ **My respondente vir hulle samewerking.**
- ▣ **Die Hemelse Vader, wat altyd in al my behoeftes voorsien het, om die ondersoek moontlik te maak.**



**Opgedra aan my suster, Hannelie wie
vir ons gesin gespaar is,
en aan my dogter, Danielle**



OPSOMMING DIE SUBSTANSAFHANKLIKE GENEESHEER-`N MAATSKAPLIKEWERKERSPEKTIEF

deur
Elizabeth Cathrinè Erlank

Promotor: Prof. M S E du Preez
Departement Maatskaplike Werk
Universtiteit van Pretoria

Graad: Doctor Philosophiae

Substansafhanklikheid is `n universele verskynsel wat nie diskrimineer tussen ouderdom, geslag, status en beroep nie. Substansafhanklikheid ontsien geen beroepsgroep nie en ook nie die mediese beroep, met spesifieke verwysing na geneeshere nie. In Suid-Afrika is daar nog geen navorsing oor die substansafhanklike geneesheer gedoen nie. Internasionale navorsing oor substansafhanklikheid onder geneeshere is egter beskikbaar. `n Behoeftte aan beter begrip en kennis van die substansafhanklike geneesheer is `n onderwerp wat aandag behoort te geniet 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 beroep.

Die doelstelling van hierdie navorsing was om die profiel van die substansafhanklike geneesheer saam te stel met die oog op die formulering van behandelings- en voorkomingsriglyne vanuit `n maatskaplikewerkerperspektief. In hierdie ondersoek is nie `n hipotese geformuleer nie aangesien `n verkennende ondersoek van `n relatief onbekende terrein onderneem is. `n Navorsingsvraag is wel gestel wat rigtinggewend vir die navorsing was.

Hierdie ondersoek bestaan uit `n literatuurstudie en `n empiriese ondersoek. Die doelwitte vir die ondersoek was om deur middel van `n 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. `n Verder doelwit was om deur middel van empiriese navorsing die profiel van die substansafhanklike geneesheer saam te stel, asook die psigososiale implikasies van substansafhanklikheid by die substansafhanklike geneesheer te ondersoek. Aan die hand van die ingesamelde data is aanbevelings vir behandeling en voorkoming geformuleer.

Die literatuurstudie sluit in die etiologie en ontwikkeling van substansafhanklikheid, die omvang en wetgewing betreffende substansafhanklikheid en die substansafhanklike geneesheer. Ten slotte word die dinamika van die substansafhanklike geneesheer,



behandelingsfasiliteite, behandelingsbenaderings en die behandelingsproses vir die substansafhanklike geneesheer bespreek.

Die literatuurstudie het as raamwerk gedien waarbinne die empiriese ondersoek gedoen is. In die empiriese ondersoek is 'n gekombineerde kwantitatiewe en kwalitatiewe benadering gevolg, naamlik die dominante-minder-dominanteontwerp van Creswell. In die ondersoek is van toegepaste navorsing gebruik gemaak, wat fokus op die verkryging van nuwe kennis en spreek onmiddellike problematiek aan wat in die praktyk ondervind word.

In die ondersoek is daar verder van die verkennende en beskrywende navorsingsontwerp gebruik gemaak. Die navorsingsprosedure wat ten opsigte van die kwantitatiewe benadering gevolg is, is die opnameprosedure wat die administrering van vraelyste as data insamelingsmetode behels het. Die navorsingsprosedure ten opsigte van die kwalitatiewe benadering, was die voer van semi-gestruktureerde onderhoude met behulp van 'n semi-gestruktureerde onderhoudskedule. Die vertrouenswaardigheid van die kwalitatiewe deel van die navorsing is aan die hand van Guba se model geëvalueer. Daar is by beide benaderings in die ondersoek gebruik gemaak van doelgerigte steekproefneming.

Die kwantitatiewe en kwalitatiewe bevindinge van die ondersoek was aanvullend tot mekaar en het wedersyds bevindinge bevestig. Vanuit die bevindinge wat verkry is, is die navorsingsdoelstelling en navorsingsvraag beantwoord en is sekere aanbevelings vir voorkoming- en behandeling van substansafhanklikheid by die substansafhanklike geneesheer geformuleer.

Verdere navorsing ten opsigte die ontwikkeling van 'n behandelingsprogram spesifiek vir geneesheer word aanbeveel.



ABSTRACT

THE SUBSTANCE DEPENDANT DOCTOR-A SOCIAL WORK PERSPECTIVE

By
Elizabeth Cathrinè Erlank

Promoter: Prof.M S E du Preez
Department Social Work
University of Pretoria
Degree: Doctor Philosophiae

Substance dependency is a common phenomenon. Substance dependency does not discriminate against age, sex, status or occupation. Substance dependency occurs regardless the occupation of a person, not even the medical profession and the medical doctor are excluded from substance dependency. Research in South Africa about the substance dependant doctor is unknown and unavailable. International research does exist about this specific subject. It is important to gain knowledge and understanding about the phenomenon of the substance dependant doctor to formulate specific guidelines for treatment and preventative services. The substance dependant doctor experiences unique problems regarding their specific occupation.

The purpose of this research is the composition of the profile of the substance dependant doctor from a social work perspective. Specific recommendations could be drawn from the conclusions and be implemented in the treatment of and prevention of substance dependency among doctors. The nature of this research was to explore an unknown phenomenon, therefore no hypothesis was formulated. A research question was formulated which gave specific direction to the research.

This research comprises two divisions, namely a literature study and an empirical research. The research goals included a literature study to gain information about the phenomenon of substance dependency among doctors, a profile, psychosocial implications, experiences of substance dependant doctors and treatment and preventative guidelines. The empirical research comprised the composition of the profile of the substance dependant doctor, and explored the psychosocial implications of substance dependency among doctors. Based on the profile of the substance dependant doctor that was compiled from the processed data, recommendations were made for the treatment and prevention of substance dependency among doctors.

The literature study included the aetiology and development of substance dependency, the extent of and regulations regarding substance dependency and substance dependency among doctors. In conclusion the literature study includes the dynamics of



the substance dependant doctor, treatment facility's, treatment perspectives and the treatment process of the substance dependant doctor.

The empirical research was conducted within a framework of a literature study. The empirical research included a combination of a quantitative and qualitative approach, namely the dominant-less-dominant model of Creswell. The type of research that was used in this study is applied research, which aimed to utilise new knowledge and to address problems in everyday practice.

The explorative and descriptive research designs were used. The procedures that were used regarding the quantitative approach of the research, was the survey procedure. Data gathering with reference to the quantitative approach was conducted by using questionnaires that were administered by the researcher. The procedures that were used regarding the qualitative approach were semi-structured face-to-face-interviews with the aid of a semi-structured interview schedule. The trustworthiness of the qualitative research was assessed according the model of Guba. Purposive sampling was used in both approaches.

The quantitative and qualitative data were complementary and mutually confirmed the findings of the data. Based on the findings of the processed data the research goals and research question were answered. Recommendations were made for the treatment and prevention of substance dependence among doctors.

Further research on development of a treatment program specifically for doctors is recommended.



SLEUTELTERME

Substansafhanklikheid

Substansafhanklike geneesheer

Afhanklikheidsvormende substansse

Dwelmmiddels

Psigiese afhanklikheid

Fisiese afhanklikheid

Toleransie

Polisubstansafhanklikheid

Behandeling

Detoksifikasie

Meervoudige diagnose

KEY WORDS

Substance dependency

Substance dependant doctor

Dependence forming substances

Drugs

Psychological dependency

Physical dependency

Tolerance

Poly substance dependency

Treatment

Detoxification

Dual diagnoses



INHOUDSOPGAWE

HOOFSTUK 1 ALGEMENE INLEIDING TOT DIE ONDERSOEK

	BLADSY	
1.1	Algemene inleiding	1
1.2	Motivering vir die keuse van die onderwerp	3
1.3	Probleemformulering	6
1.4	Doelstelling en doelwitte	9
1.5	Navorsingsvraag vir die ondersoek	10
1.6	Navorsingsbenadering	11
1.7	Soort navorsing	14
1.8	Navorsingsontwerp	15
1.9	Navorsingsprosedures en werkswyse	16
1.10	Voorondersoek	18
1.10.1	Literatuurstudie	18
1.10.2	Konsultasie met kundiges	19
1.10.3	Uitvoerbaarheid van die ondersoek	20
1.10.4	Toetsing van vraelys/semi-gestruktureerde onderhoudskedule	22
1.11	Omskrywing van die universum afbakening van die steekproef en wyse van steekproefneming	22
1.12	Etiese aspekte	25
1.13	Definisie van hoofkonsepte	27
1.13.1	Afhanklikheidsvormende substansie	27
1.13.2	Dwelmmiddels	28
1.13.3	Substansafhanklikheid	28
1.13.4	Geneesheer	29
1.13.5	Substansafhanklike geneesheer	29



1.13.6	Behandeling	29
1.14	Beperkinge en leemtes in die ondersoek	30
1.15	Indeling van die navorsingsverslag	30
1.16	Samevatting	31

HOOFSTUK 2 DIE ETIOLOGIE EN ONTWIKKELING VAN SUBSTANSAFHANKLIKHEID

2.1	Inleiding	34
2.2	Teoretiese benaderings om die oorsake van substans-afhanklikheid te verklaar	35
2.2.1	Die moralistiese teoretiese raamwerk	35
2.2.2	Die mediese model	35
2.2.3	Die genetiese teorie oor substansafhanklikheid	36
2.2.4	Tradisionele en kontemporêre psigiatriese modelle	41
2.2.5	Die sosiologiese perspektief	43
2.2.6	Psigologiese perspektiewe	45
2.2.7	Die gesinsterapeutiese raamwerk	46
2.2.8	Behavioristiese perspektief	50
2.2.9	Die biopsigososiale teorie	51
2.2.10	Gevolgtrekking	51
2.3	Die ontwikkeling van substansafhanklikheid	52
2.3.1	Inleiding	52
2.3.2	Die farmakologiese faktore betrokke by die ontwikkeling van substansafhanklikheid	53
2.3.2.1	Die chemiese samestelling van afhanklikheidsvormende substansse	53



2.3.2.2	Die substandosering	55
2.3.2.3	Die ontwikkeling van fisiese afhanklikheid	55
2.3.2.4	Die rol wat die wyse van toediening van die substans by die ontwikkeling van afhanklikheid speel	58
2.3.3	Nie-farmakologiese faktore betrokke by die ontwikkeling van substansafhanklikheid	59
2.3.3.1	Die fisiologie van die substansafhanklike	60
2.3.3.2	Die ontwikkeling van psigiese afhanklikheid	61
2.3.3.3	Psigologiese ingesteldheid van die substansgebruiker	61
2.4	Fases in die ontwikkeling van substansafhanklikheid	
2.5	Samevatting	62

HOOFSTUK 3

DIE OMVANG VAN SUBSTANSAFHANKLIKHEID EN WET-GEWING BETREFFENDE DIE HANTERING VAN SUBSTANS-AFHANKLIKHEID EN DIE SUBSTANSAFHANKLIKE GENEESHEER

3.1	Inleiding	64
3.2	Die internasionale en nasionale omvang van substans-afhanklikheid	66
3.2.1	Internasionale tendense van substansafhanklikheid	66
3.2.2	Nasionale tendense van substansafhanklikheid	68
3.3	Die internasionale en nasionale omvang van substans-afhanklikheid, met spesifieke verwysing na die substansafhanklike geneesheer.	71
3.3.1	Internasionale tendense van die omvang van substans-afhanklikheid onder geneeshere	71
3.3.2	Nasionale tendense van substansafhanklikheid onder geneeshere	76



3.4	Nasionale wetgewing in Suid-Afrika ten aansien van substansafhanklikheid	77
3.5	Nasionale wetgewing ten aansien van die geneesheer en substansafhanklikheid	79
3.5.1	Die definisie van die aangetaste geneesheer in die regulasies van die betrokke wetgewing	83
3.5.2	Die ooreenkoms tot stilswye (“conspiracy of silence”) teenoor die verantwoordelikheid vir aanmelding van ‘n aangetaste geneesheer	84
3.6	Samevatting	86
HOOFTUK 4		
DIE SUBSTANSAFHANKLIKE GENEESHEER		
4.1	Inleiding	88
4.2	Die psigodinamiese faktore betrokke by die beroepsdinamika van die substandafhanklike geneesheer	90
4.2.1	Die professie van geneesheer as outonome en unieke beroepsgroep	90
4.2.2	Kenmerke van die professionele geneesheer	92
4.2.3	Die persepsie van geneesheer oor die maak van mediese foute	93
4.2.4	Permanente onsekerheid en feilbaarheid as temas in die mediese professie	95
4.2.5	Die tema van gedeelde persoonlike kwesbaarheid en beoordeling van foute in die mediese professie	96
4.2.6	Die rol van norme in mediese etiek	97
4.2.7	Die rol wat mediese opleiding in die skoling van geneesheer se persepsie en vorming van ‘n professionele beroepspersoonlikheid speel	97
4.2.8	Die geneesheer in die rol van pasiënt	105



4.2.9	Professionele houding en gesindheid van geneeshere teenoor substansafhanklikheid	105
4.2.10	Vrees vir stigmatisering, finansiële verlies en verlies aan status en eiewaarde	106
4.2.11	Die rol van kollegas	107
4.2.12	Die rol van selfbehandeling by die substansafhanklike geneesheer	109
4.2.13	Spesifieke stressore en eise eie aan die mediese beroep	111
4.2.14	Die profiel van die geneesheer wat 'n risiko kan inhou vir substansafhanklikheid	115
4.3	Identifisering van die substansafhanklike geneesheer	122
4.4	'n Psigodinamiese raamwerk om die ontwikkeling van substansafhanklikheid by die geneesheer te verklaar	124
4.5	Samevatting	127

HOOFSTUK 5
**BEHANDELINGSFASILITEITE, BEHANDELINGBENADE-
RINGS EN DIE BEHANDELINGSPROSES VIR SUBSTANS-
AFHANKLIKE GENEESHEER**

5.1	Inleiding	133
5.2	Verskillende behandelingsfasiliteite vir die substansafhanklike geneesheer	134
5.2.1	Akute mediese behandeling	135
5.2.2	Detoksifikasie	135
5.2.3	Metadoon instandhoudingsprogramme	136
5.2.4	Farmakoterapie	136
5.2.5	Korttermyn binne-pasiënte behandeling	137
5.2.6	Inwonende (langtermyn) behandelingsprogramme	138



5.2.7	Gedeelde inwonende en dag behandelingsprogramme	138
5.2.8	Algemene buite-pasiënte behandelingsprogramme	138
5.2.9	Selfhelpprogramme	139
5.3	Die effektiwiteit van behandeling teenoor geen behandeling vir die substansafhanklike geneesheer	139
5.4	Behandeling van substansafhanklikheid	142
5.5	Die Transteoretiese model van gedragsverandering as deel van die herstelproses van die substansafhanklike geneesheer in behandeling	144
5.6	Die herstelproses en spesifieke dinamika binne die herstelproses van die substansafhanklike geneesheer	148
5.6.1	Die dinamika van die substansafhanklike geneesheer in die vroeë herstel proses	148
5.6.2	Die dinamika van die substansafhanklike geneesheer in die latere fases van die herstelproses	157
5.6.3	Bykomende dinamika in die herstelproses van die substansafhanklike geneesheer	158
5.6.3.1	Die substansafhanklike geneesheer in die rol van pasiënt	158
5.6.3.2	Die rol van oordrag en teenoordrag	159
5.6.3.3	Die dilemma van vertroulikheid en die substansafhanklike geneesheer	160
5.6.3.4	Verpligte inskakeling in 'n behandelingsprogram	163
5.6.4	Riglyne insake die inskakeling van 'n substansafhanklike geneesheer by 'n behandelingsprogram	164
5.7	Samevatting	170

HOOFSTUK 6 EMPIRIESE ONDERSOEK

6.1	Inleiding	173
-----	-----------	-----



6.2	Die empiriese ondersoek met betrekking tot die kwantitatiewe benadering	174
6.2.1	Biografiese besonderhede van respondente	
6.2.1.1	Geslag van respondente	175
6.2.1.2	Ouderdomsverspreiding van respondente	176
6.2.1.3	Huwelikstatus van respondente	177
6.2.1.4	Verteenwoordiging van respondente uit verskillende provinsies	178
6.2.1.5	Verteenwoordiging van respondente uit verskillende kultuurgroepe	179
6.2.1.6	Praktiserende en nie-praktiserende geneeshere en die tipe spesialiteitsrigting	180
6.2.1.7	Tydperk van praktisering as geregistreerde geneesheer	181
6.2.2	Agtergrond van respondente	
6.2.2.1	Volledigheid van gesin van herkoms	182
6.2.2.2	Substansgebruik/misbruik van ouers gedurende respondente se kinderjare	183
6.2.2.3	Verhoudinge met biologiese ouers tydens kinderjare	187
6.2.2.4	Belewenis van komponente van verhoudinge uit die gesin van herkoms	189
6.2.2.5	Belewenis van algemene maatskaplike funksionering gedurende kinderjare	193
6.2.3	Die respondente se substansafhanklikheidsgeskiedenis	
6.2.3.1	Tydperk van afhanklikheidsvormende substansgebruik	196
6.2.3.2	Tipe substans waarvan respondente afhanklike was	198
6.2.3.3	Tekens van substansafhanklikheid tydens universiteitsloopbaan	202
6.2.3.4	Wyse waarop medikasie bekom is deur medikasieafhanklike respondente	205



6.2.3.5	Positiewe effek van die effek van die substans	207
6.2.3.6	Bewustheid van substansafhanklike probleem en bespreking daarvan met ander	211
6.2.3.7	Belewenis van die erkenning van substansafhanklikheid deur respondente	213
6.2.3.8	Die onderskeie behandelingsinsette wat die respondente ontvang het	218
6.2.3.9	Tydperk wat respondente soberheid gehandhaaf het	221
6.2.3.10	Rol wat eise van mediese beroep kon speel by respondente se substansafhanklikheid	222
6.2.3.11	Persoonlikheidsprofiel van die respondente met betrekking tot die belewenis van stres	226
6.2.3.12	Belewenis van beroepsbevrediging	229
6.2.3.13	Bewustheid van die Gesondheidskomitee (in die Mediese en Tandheelkundige Beroepsraad) van substansafhanklikheid	229
6.3	Die empiriese ondersoek met betrekking tot die kwalitatiewe benadering	
6.3.1	Navorsingbevindinge verkry met betrekking tot die kwalitatiewe benadering	231
6.3.1.1	Die biografiese besonderhede van die respondente	234
6.3.1.2	Ouer-kind-verhoudinge gedurende kinderjare	233
6.3.1.3	Sentrale emosionele belewenis met betrekking tot studierigting	237
6.3.1.4	Belewenis van emosionele ondersteuning gedurende opleiding	242
6.3.1.5	Die positiewe funksie wat die substansgebruik op emosionele vlak geskep het	246
6.3.1.6	Beroepsfaktore wat 'n aanleidende rol in die ontwikkeling van substansafhanklikheid gespeel het	248

6.3.1.7	Belewenis met betrekking tot betrokkenheid van kollegas by die substansafhanklike geneesheer	252
6.3.1.8	Vrese wat die substansafhanklike geneesheer met betrekking substansafhanklikheid ervaar het	255
6.3.1.9	Risiko van 'n substansafhanklike geneesheer vir die pasiënt	258
6.3.1.10	Die belewenis van die respondente in die rol van pasiënt	261
6.3.1.11	Belewenis van respondente rakende skeiding van rol as geneesheer van ander rolle	264
6.3.1.12	Belewenis van respondente met betrekking tot onrealistiese verwagtinge en eise van pasiënte	265
6.3.1.13	Belangrike faktore om in terapie aan te spreek	268
6.4	Integrering van die kwantitatiewe en kwalitatiewe bevindinge van die ondersoek	
6.4.1	Biografiese besonderhede van respondente	273
6.4.2	Agtergrond van respondente	273
6.4.3	Respondente se universiteitsjare en die teenwoordigheid van substansafhanklikheid al dan nie	274
6.4.4	Afhanklikheidsgeskiedenis van respondente	275
6.4.5	Belewenisse en vrese van respondente met betrekking tot erkenning	276
6.4.6	Reaksie van kollegas teenoor die substansafhanklike geneesheer	277
6.4.7	Behandeling van die substansafhanklike geneesheer	278
6.4.8	Roldifferensiasie deur die respondente	279
6.4.9	Die beeld van die geneesheer	279
6.4.10	Risiko wat die substansafhanklike geneesheer vir die pasiënte kan inhou en die aanmelding en monitering van 'n substansafhanklike geneesheer deur die Gesondheidskomitee	280



6.4.11	Die persoonlikheidsprofiel van die respondente met betrekking tot die beleving van stres	280
6.5	Samevatting	282
HOOFSTUK 7 ALGEMENE SAMEVATTING, GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS		
7.1	Inleiding	284
7.2	HOOFSTUK 1: Algemene inleiding tot die ondersoek	
7.2.1	Samevatting	285
7.2.2	Gevolgtrekkings	288
7.2.3	Aanbevelings	289
7.3	HOOFSTUK 2: Die etiologie en ontwikkeling van substansafhanklikheid	
7.3.1	Samevatting	290
7.3.2	Gevolgtrekkings	291
7.3.3	Aanbevelings	291
7.4	HOOFSTUK 3: Die omvang van substansafhanklikheid en wetgewing betreffende substansafhanklikheid en die substansafhanklike geneesheer	
7.4.1	Samevatting	292
7.4.2	Gevolgtrekkings	294
7.4.3	Aanbevelings	296
7.5	HOOFSTUK 4: Die substansafhanklike geneesheer	
7.5.1	Samevatting	298
7.5.2	Gevolgtrekkings	303
7.5.3	Aanbevelings	306



7.6	HOOFSTUK 5: Behandelingsfasiliteite, behandelingsbenaderings en die behandelingsproses vir die substansafhanklike geneesheer	
7.6.1	Samevatting	310
7.6.2	Gevolgtrekkings	312
7.6.3	Aanbevelings	313
7.7	HOOFSTUK 6: Die empiriese ondersoek	
7.7.1	Samevatting	315
7.7.2	Gevolgtrekkings	317
7.7.3	Aanbevelings	327
7.7.4	Aanbevelings ten opsigte van behandelingsriglyne vir die hantering van die substansafhanklike geneesheer	327
7.7.4.1	Die kriteria in die keuse van 'n behandelingsfasiliteit vir die substansafhanklike geneesheer	330
7.7.4.2	Doelstellings in die behandeling van die substansafhanklike geneesheer	332
7.8	Toetsing van doelstellings en doelwitte	336
7.8.1	Die doelstellings en doelwitte van die ondersoek	336
7.8.2	Toetsing van navorsingsvraag en hipotese voortspruitend uit die ondersoek	338
7.9	Slotopmerkings	339
7.10	Literatuurlys	340
BYLAE		352



LYS VAN TABELLE

		BLADSY
Tabel 1	Afhanklikheids- en toleransiepotensiaal van substanse	57
Tabel 2	Statistiese gegewens oor die tipe problematiek gedurende die jare 1999, 2000 en 2001	77
Tabel 3	Vergelyking tussen die substansafhanklike geneesheer en dwelmafhanglike op straat	116
Tabel 4	Die dinamiese proses in die ontwikkeling van substansafhanklikheid by die geneesheer	143
Tabel 5	Behandeling van die substansafhanklike geneesheer	146
Tabel 6	Kenmerkende eienskappe van perfeksionisme by professionele persone	152
Tabel 7	Karaktereienskappe van die substansafhanklike geneesheer wat by groepterapie sal baat vind	167
Tabel 8	Die voordele van 'n gemengde en homogene groep vir substansafhanklike geneesheer	169
Tabel 9	Die nadele van 'n gemengde en homogene groep vir substansafhanklike geneesheer	176
Tabel 10	Ouderdomsverspreiding	176
Tabel 11	Verteenwoordiging van respondente uit verskillende provinsies	178
Tabel 12	Verteenwoordiging van respondente uit die verskillende kultuurgroepe	179
Tabel 13	Belewenis van komponente en verhoudinge uit die gesin van herkoms	189
Tabel 14	Komponente van gesinsverhoudinge wat as onbevredigend tot baie swak bestempel is	191
Tabel 15	Belewenis van algemene maatskaplike funksionering gedurende kinderjare	193
Tabel 16	Tipe substanse waarvan respondente afhanklik was	198
Tabel 17	Spesifieke substanse waarvan die respondente afhanklik was	201
Tabel 18	Tekens van substansafhanklikheid tydens universiteitsloopbaan	202



Tabel 19	Wyse waarop medikasie bekom is deur medikasieafhanklikes	206
Tabel 20	Die positiewe effekte van die substans	208
Tabel 21	Redes wat die erkenning van substansafhanklikheid bemoeilik het	216
Tabel 22	Tipes behandelingsinsette wat die respondente ontvang het	219
Tabel 23	Eise van die mediese beroep wat 'n rol in respondente se substansafhanklikheid kon speel	223
Tabel 24	Die biografiese besonderhede van die respondente	234
Tabel 25	Ouer-kind-verhoudinge gedurende kinderjare	233
Tabel 26	Sentrale emosionele belewenis met betrekking tot studierigting	238
Tabel 26	Sentrale emosionele belewenis met betrekking tot studierigting	238
Tabel 27	Die belewenis van emosionele ondersteuning gedurende opleiding	243
Tabel 28	Die positiewe funksie wat die substansgebruik op emosionele vlak geskep het	247
Tabel 29	Beroepsfaktore wat 'n aanleidende rol in die ontwikkeling van substansafhanklikheid gespeel het	249
Tabel 30	Belewenis met betrekking tot betrokkenheid van kollegas by die substansafhanklikheid gespeel het	253
Tabel 31	Vrese wat die substansafhanklike geneesheer met betrekking tot substansafhanklikheid ervaar het	256
Tabel 32	Risiko van 'n substansafhanklike geneesheer vir die pasiënt	259
Tabel 33	Die belewenis van respondente in die rol van pasiënt	262
Tabel 34	Belewenis van respondente rakende skeiding van rol as geneesheer van ander rolle	264
Tabel 35	Belewenis van respondente met betrekking tot die onrealistiese verwagtinge en eise van pasiënte	266
Tabel 36	Belangrike faktore om in terapie aan te spreek	269

LYS VAN FIGURE

Figuur 1	Die struktuur van die Mediese en Tandheekkundige beroepsraad en die Gesondheidskomitee se plek binne die struktuur	82
Figuur 2	Die positiewe en patologiese gevolge van kompulsiewe trekke teenwoordig by geneeshere	120
Figuur 3	Dinamiese prosesse in die ontwikkeling van substansafhanklikheid by die geneesheer	127
Figuur 4	Skematiese voorstelling van die fases van gereedheid vir verandering	154
Figuur 5	'n Skematiese voorstelling van die verhouding tussen egofunksie-gebreke en substansafhanklikheid	156
Figuur 6	Huwelikstatus van respondente	177
Figuur 7	Praktiserende en nie-praktiserende geneeshere en die tipe spesialisiteitsrigtings	180
Figuur 8	Tydperk van praktisering as geregistreerde geneesheer	181
Figuur 9	Volledigheid van gesin van herkoms	182
Figuur 10	Substansgebruik/misbruik van ouers gedurende respondente se kinderjare	183
Figuur 11	Verhoudinge met biologiese ouers gedurende kinderjare	187
Figuur 12	Tydperk van afhanklikheidsvormende substansgebruik	196
Figuur 13	Bewustheid van substansafhanklikheidsprobleem en bespreking daarvan met andere	211
Figuur 14	Belewenis van die erkenning van substansafhanklikheid deur respondente	213
Figuur 15	Tydperk wat respondente soberheid gehandhaaf het	221
Figuur 16	Persoonlikheidsprofiel van die respondente met betrekking tot die belewenis van stres	227
Figuur 17	Belewenis van beroepsbevrediging	229
Figuur 18	Bewustheid van die gesondheidskomitee van substansafhanklikheid	230

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 suprised 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 psigiatrise 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 handelingte 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 voortspruit.



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, Noupoort 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 geneesheer 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 Dwelmafhanglikheid (Wet 20 van 1992). Medisyne wat nie in die spesifieke bylae as afhanglikheidsvormende 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 afhanglikheidsvormende stowwe beskou. In Wet 20 van 1992 word afhanglikheidsvormende middels onder afdelings ingedeel wat verbode stowwe insluit, soos eerstens heroïen, mandrax en dagga, tweedens gevaarlike afhanglikheidsvormende stowwe soos opoïede en dertens moontlik gevaarlike afhanglikheidsvormende stowwe. Die definiëring van afhanglikheidsvormende 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 afhanglikheidsvormend en kan gevaarlik wees.

Roper & Bartlett (1991:5) toon verder aan dat alle afhanglikheidsvormende 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 afhanglikheid veroorsaak. Die meeste middels veroorsaak ook fisiese afhanglikheid.

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 ooreenvoudige 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 dwelmmiddels 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 steurnisse (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 verbonde 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 waaroor 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 psigiatriese 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 psigiatriese 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 buitersisteme. 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 onsensitiwiteit vir die dwelmiddel of substans ontwikkel. Die sensuïewes 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	+++	+++	++
Meprobamaat	+++	+++	+
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 gesinsistiem 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 opiumpapawers 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 beamptes 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 psigiatryse 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 nuusbrief 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).
 - Psigiatryse 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% finalejaarhusdokterstudente '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 Dwelmsmokkalary (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 Dwelmsmokkalary (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 substanses word gewoonlik in twee kategorieë ingedeel, naamlik wettige en onwettige middels (Roper & Bartlett, 1991:6). Die indeling van substanses in wettige en onwettige kategorieë, kan die indruk skep dat slegs onwettige substanses 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).

Substansmisbruik 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 substansafhanklikheid

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 ongeregisteerde persone, en
- dissiplinêre magte van die Professionele Rade.

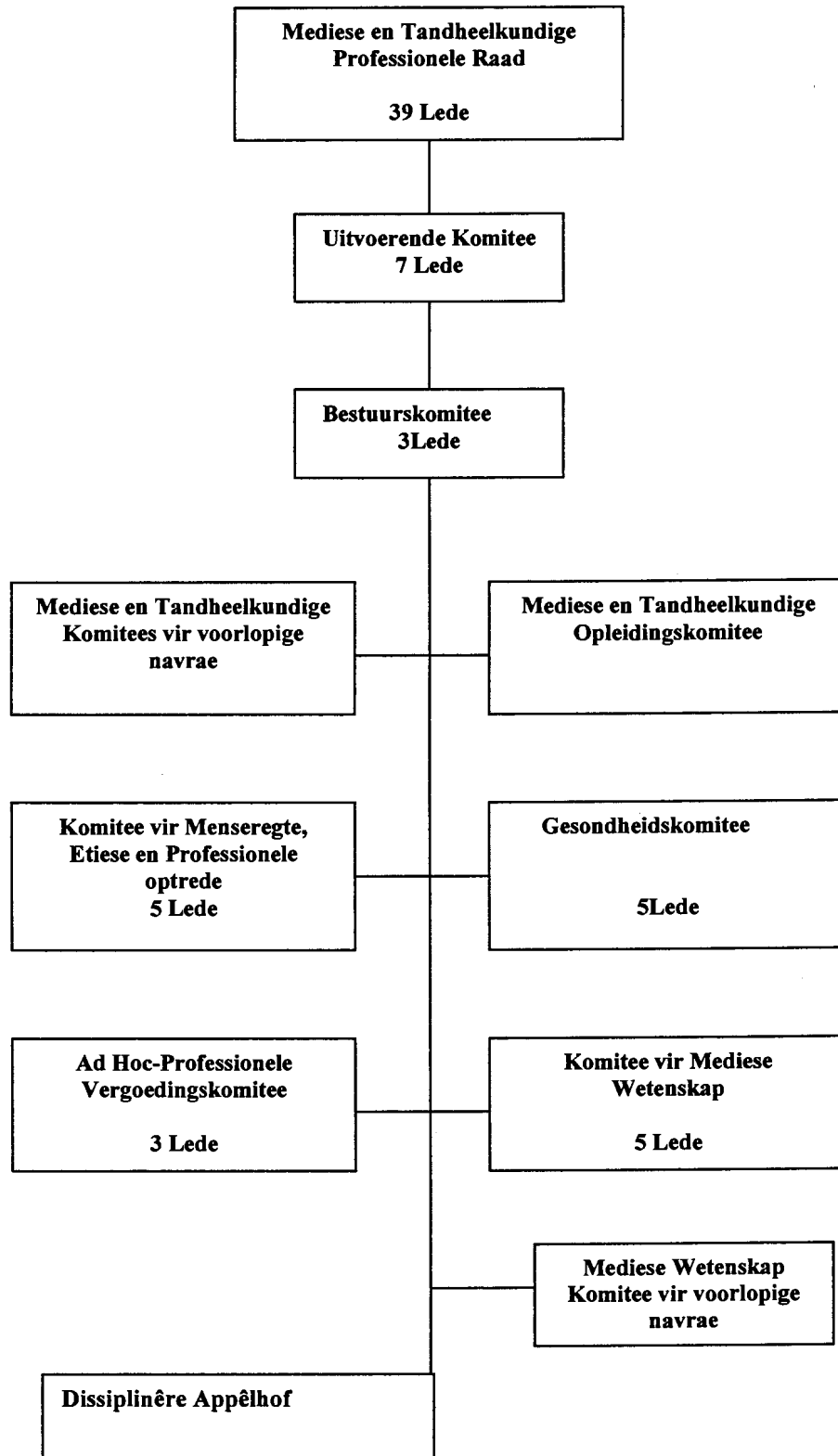
Regulasies kragtens die Wet op Gesondheidsberoepes (Wet 56 van 1974) betreffende die aangetaste van studente en praktisyns is gedurende die jaar 2001 deur die Minister van Gesondheid gepromulgeer.

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 Tandheekkundige 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 Tandheekkundige 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 substans 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 Tandheekkundige 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 geneeshere 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 profesie

'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 hooforsake 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, prestasiegerigtheid 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 werkoortlading 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 psigiatrisie 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 geneeshere 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 vandat 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, psigiatrisse 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.

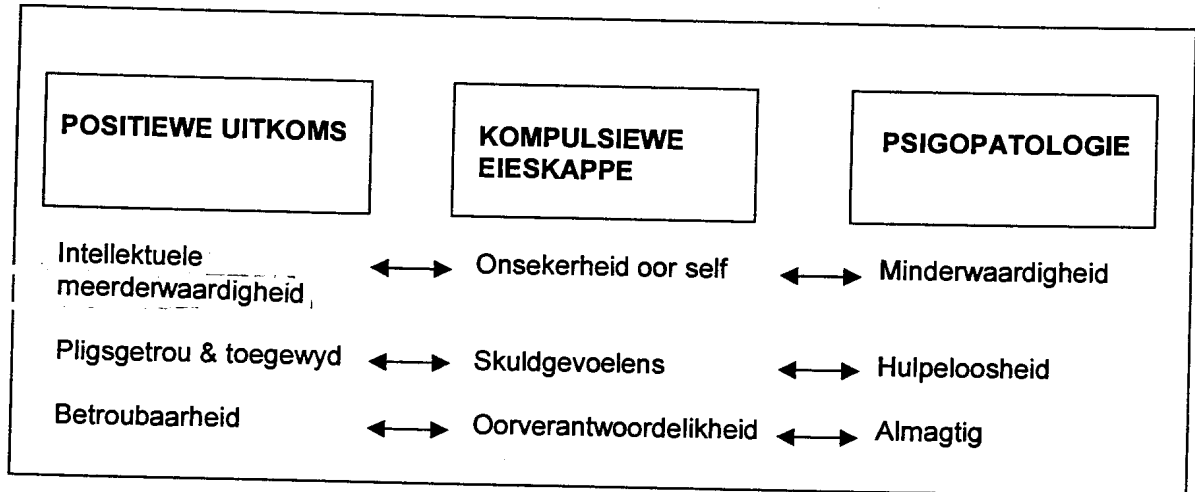
Navorsing het getoon dat geneeshere wat mediese opleiding as 'n groot bron van kommer en angs ervaar het in 'n hoë mate negatieweit teenoor die self, dit wil sê swak selfbeeld, tendense van afhanklikheid en 'n behoefte om sosiaal aanvaarbaar te wees, openbaar (Nace, 1995:70). Hierdie bevindinge word 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).

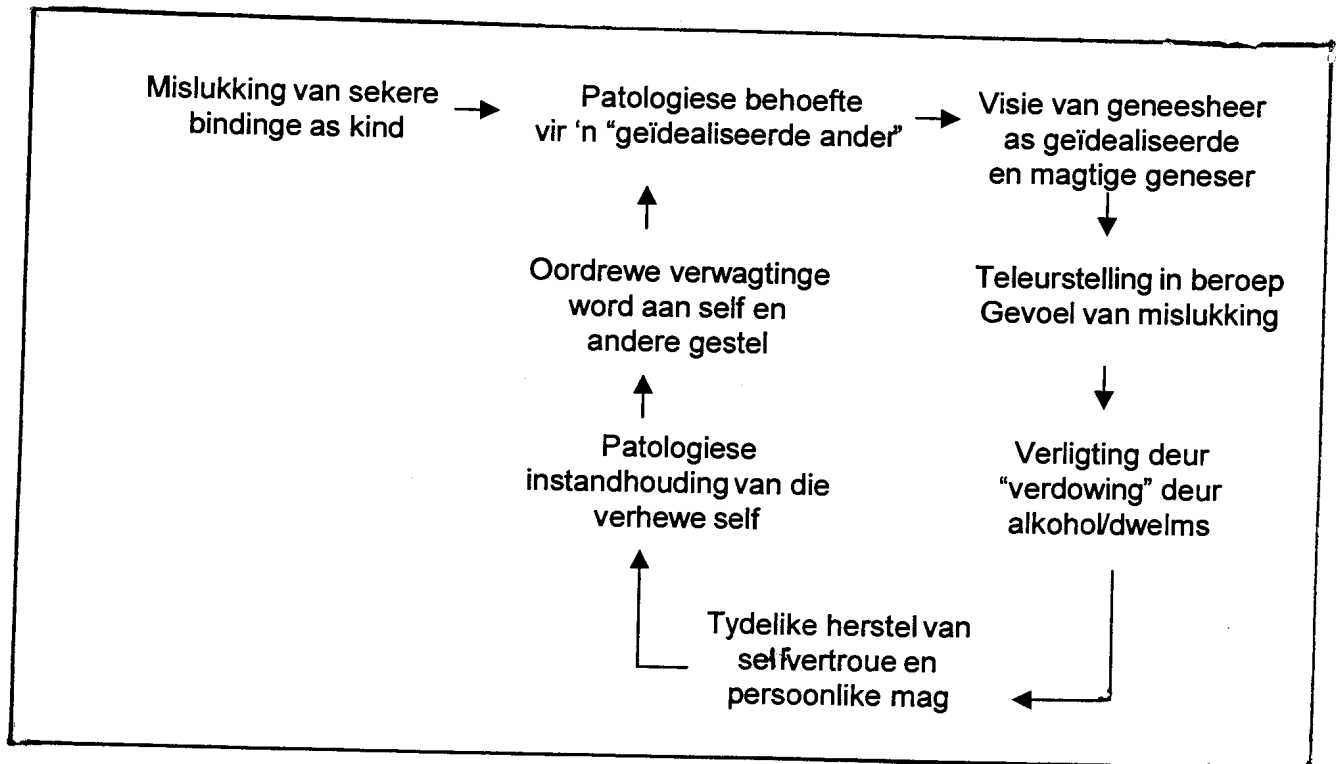
Die invloed wat onstabiele kinderjare op die volwassene kan hê, kan moontlik wees waarom daar deurgaans 'n soeke na perfeksionisme in andere en in homself is (Nace, 1995: 471).

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 erkening 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 Dwelmafhandlike 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

HOOFSTUK 5

BEHANDELINGSFASILITEITE, BEHANDELINGSBENADERINGS EN DIE BEHANDELINGSPROSES VIR DIE SUBSTANSAFHANKLIKE GENEESHEER

5.1 Inleiding

Die alkoholafhanklike kollega is deur Edwards in 1975 as “verwaarloos” beskryf. Alhoewel sommige lande prosedures vasgestel het vir intervensie om afhanklikheid te bestuur, ontvang die aspek min aandag in baie lande, behalwe wanneer dissiplinêre stappe ter sprake is (Brooke, 1995: 149).

Studies wat die herstel van substansafhanklike dokters volg, het konsekwent bewys dat die suksessyfer gunstiger is as die vir die algemene populasie wat behandeling ontvang. Behandeling in die algemeen behels `n binnepasiënte- program vir `n minimum van een maand, inskakeling by `n terapeutiese groep vir 1 tot 2 jaar vir terapie, deelname in die 12-stap-program en gereelde urinetoetsing (McGovern, Angres & Loen, 1998:95).

McGovern, Angres & Loen (1998:99) merk op dat die substansafhanklike geneesheer veelvuldige problematiek ervaar en dat multidimensionele assessering en `n breë spektrum van behandelingsprosesse in die geval van die geneesheer vereis word.

Rice (1999:173-175) is van mening dat hoe vroeër die substansafhanklike geneesheer geïdentifiseer en in `n rehabilitasieprogram geakkommodeer word, hoe beter is die kans op herstel. “The secret of success in the treatment of impairment is early diagnosis and intervention. We must not wait until our impaired physician has experienced all the possible consequences of his illness before we make the correct diagnosis and institute appropriate intervention” (Rice, 1999:173-175) .

In hierdie hoofstuk word verskillende behandelingsfasiliteite en behandelingsbenaderings en die behandeling van die substansafhanklike geneesheer bespreek.

5.2 Verskillende fasiliteite vir die behandeling van die substansafhanklike geneesheer

Die doelwit van enige behandelingsprogram is totale weerhouding van die substans en alternatiewe wyses om sonder die substans 'n gebalanseerde lewenstyl en positiewe verhoudinge te vestig (Brooks & Rice, 1997:203). Fasiliteite wat beskikbaar is vir die behandeling van die substansafhanklike is die volgende (Brooks & Rice, 1997:202):

- Akute mediese behandeling.
- Detoksifikasie.
- Metadoon instandhoudingsprogramme.
- Farmakoterapie.
- Korttermyn-binnepasiëntebehandeling.
- Inwonende (langtermyn) behandelingsprogramme.
- Deels inwonende of dagbehandelingsprogramme.
- Algemene buitepasiëntebehandeling.
- Selfhelpprogramme.

Die verskillende behandelingsfasiliteite word vervolgens kortliks bespreek.

5.2.1 Akute mediese behandeling

Met alle substansafhanklikheid word ernstige tot minder ernstige onttrekkingsimptome ervaar. In gevalle van ernstige onttrekkingsimptome en/of oordosis word dringende mediese behandeling benodig. Dit behels gewoonlik noodopname in 'n hospitaal waar mediese behandeling toegepas word en ook psigiatryse dienste as bykomende ondersteuning ingeroep kan word. Die substansafhanklike kan dan ook gedetoksifiseer word deur die hospitaal of oorgeplaas word na 'n detoksifikasieprogram as hy/sy medies gestabiliseer is (Brooks & Rice, 1997:204).

5.2.2 Detoksifikasie

Wanneer 'n substansafhanklike die dosis van die substans verlaag of die gebruik daarvan staak, word fisiese en psigiese onttrekkingsimptome ervaar wat kan wissel van ligte ongemak tot lewensbedreigende situasies (Roper & Bartlett, 1991:59). Detoksifikasie is primêr die onttrekking van die substans uit die liggaam op 'n veilige wyse en die fisiese en psigiese stabilisering van die persoon. Detoksifikasie kan op binnepasiënte en buitepasiëntebasis geskied, na gelang van die erns van die onttrekkingsimptome wat die substansafhanklike ervaar. Medikasie word gewoonlik gebruik om die onttrekkingsimptome te bestuur (Brooks & Rice, 1997:205). Na detoksifikasie is die afhanklike se liggaam vry van die substans en die fisiese behoefte daaraan. Detoksifikasie behoort as die eerste stap in 'n langtermyn-behandelingsprogram beskou te word (Roper & Bartlett, 1991:59).

5.2.3 Metadoon-instandhoudingsprogramme

Metadoon is `n sintetiese narkotikum wat gebruik word vir akute onttrekking en instandhouding van substansafhanklikes wat veral afhanklik is van heroïen en ander narkotika. Metadoon word gewoonlik deur `n geneesheer voorgeskryf en word in daaglikse gereguleerde dosisse aan die afhanklike gegee. Metadoon- behandeling help in die bekamping van die verspreiding van die HI-virus en help ook om die toename in kriminele aktiviteit te beperk by afhanklikes wat hulle nie totaal van substans kan weerhou nie (Brooks & Rice, 1997:208).

Metadoon instandhoudingsprogramme word gewoonlik op `n buitepasiënte- basis bedryf.

Hierdie program is egter nie gewens as die substansafhanklike nie oor die vermoë beskik om totale soberheid te handhaaf nie.

5.2.4 Farmakoterapie

Soms is dit nodig om medikasie nie net vir onttrekkingsimptome te gebruik nie, maar ook vir psigiatryse versteurings wat saam met die substansafhanklikheid gediagnoseer word. Medikasie is gewoonlik deel van `n gekoördineerde behandelingsprogram.

Middels wat beskikbaar is vir die ondersteuning van die handhawing van soberheid is naltreksoon (naltrexone), disulfiraam (antabuse) en psigotropiese medikasie.

Naltreksoon is `n opioïed-antagonis wat die effek van opiate uitblok in die sentrale senuweestelsel. Indien die afhanklike saam met naltreksoon `n opioïed gebruik, word die euforiese gevoel nie ervaar nie en word die gebruik van die opioïed dus ontmoedig (Brooks & Rice, 1997:209). In Suid-Afrika is naltreksoon eers sedert 2001 algemeen beskikbaar gestel. Washton, Gold & Pottash (1984:89) het in `n ondersoek na die gebruik van naltreksoon deur substansafhanklike geneeshere bevind dat die

middel baie gepas en van waarde is in die behandeling van middel- en hoëklasafhanklikes, wat sterk gemotiveer is tot soberheid en inskakel by 'n langtermyn- behandelingsprogram.

Disulfiraam (antabuse) word as hulpmiddel (blokker) gebruik om alkoholafhanklikheid te behandel. Alkohol wat saam met Antabuse geneem word, veroorsaak onplesierige en skadelike newe-effekte (Roper & Bartlett, 1991:75). Antabuse kan dus as 'n afskrikmiddel dien vir die afhanklike vir die gebruik van alkohol. In die VSA word flupentiksol (fluanxol), 'n antipsigotiese middel, gebruik om kokaïen- gebruikers met 'n swak prognose te behandel. Daar is met een proefneming bepaal dat kokaïenafhanklikes met tot 260% langer binne hulle behandelingsprogramme gebly het deur gebruik van flupentiksol. (Roper & Bartlett, 1991:75).

Psigotropiese medikasie, soos onder andere antidepressante en angswerendemiddels, kan substansafhanklikes wat met 'n bykomende psigiatriese versteuring gediagnoseer word, behulpsaam wees om die behoefte aan selfmedikasie vir die behandeling van simptome soos byvoorbeeld angs en depressie te verminder. Die behandeling van onderliggende psigiatriese probleme kan die substansafhanklike ondersteun in sy/haar handhawing van nugterskap (Brooks & Rice, 1997:210). Die kans op 'n tweeledige diagnose van substansafhanklikheid en 'n psigiatriese versteuring is tussen 30% en 53% .

5.2.5 Korttermyn-binnepasiëntebehandeling

Die substansafhanklike deurloop 'n behandelingsprogram van tussen drie en vier weke. Mediese sorg, psigologiese assessering, individuele terapie, groepterapie en stabilisering van die persoon in die geheel is gewoonlik die komponente van die korttermyn-behandelingsprogram (Brooks & Rice, 1997:210). Staanvas Sentrum in Pretoria is 'n voorbeeld van 'n korttermyn-behandelingskliniek. Die behandelingsprogram sluit 'n omvattende multi-professionele benadering in, waar by mediese sorg, maatskaplike werkers, sielkundiges, pastorale dienste en psigiatriese dienste beskikbaar is.

5.2.6 Inwonende (langtermyn-) behandelingsprogramme

Die doel van die programme is om die substansafhanklike uit sy bekende omgewing te verwyder en vir `n lang tydperk in behandeling te akkommodeer. Die programme strek van etlike weke tot twee jaar. Elke program het sy eie struktuur en filosofie.

Die tipes langtermyn-behandelingsfasiliteite beskikbaar, is terapeutiese gemeenskappe, halfweghuise en skuilings vir dakloses (Brooks & Rice, 1997:212). Magaliesoord Behandelingssentrum, naby Cullinan, is `n voorbeeld van `n terapeutiese gemeenskap waarheen substansafhanklikes deur middel van wetgewing (Wet 20 van 1992) vir rehabilitasie verwys word.

5.2.7 Gedeelde inwonende en dagbehandelingsprogramme

Dag-, aand- en naweekprogramme het gedurende die 1990's ontwikkel, waar afhanklikes sekere tye van die dag, aand of naweek programme bywoon terwyl hulle nog hulle beroep, huishoudings en gesinne in stand hou (Brooks & Rice, 1997:211).

5.2.8 Algemene buite-pasiënte behandelingsprogramme

Buitepasiënte-behandelingsfasiliteite is gewoonlik deel van hospitale, privaat klinieke en publieke klinieke, waar privaat sielkundiges, maatskaplike werkers en verpleegkundiges dienste lewer. Behandeling kan op `n individu, `n familie of `n groep gerig wees (Brooks & Rice, 1997:213).

5.2.9 Selfhelpprogramme

Die groep word gebaseer op vrywillige deelname en anonimiteit. Algemeen is die gebruik van die 12-stap-program wat by selfhelpgroepe bepreek word. Voorbeelde van sulke selfhelpgroepe is die A.A. (Alkohol Anoniem) en N.A. (Narkotika Anoniem). Die groepe se werkwysse berus op die erkenning van die afhanklike se magteloosheid teenoor afhanklikheid en die beskouing dat beheer oor afhanklikheid totale weerhouding behels (Brooks & Rice, 1997:217).

5.3 Die effektiwiteit van behandeling teenoor geen behandeling vir die substansafhanklike geneesheer

Om die effektiwiteit van behandeling te bepaal is 'n komplekse vraag en familie en vriende vra altyd of die behandelingsprogram suksesvol sal wees, dit wil sê of die substansafhanklike "genees" sal wees of hom/haar "vir altyd" van substans sal weerhou na behandeling.

Brooks & Rice (1997:225) merk die volgende op oor die meting van die effektiwiteit van behandeling: "To measure the effects of treatment, it is useful to think about success in terms of remission rather than cure, which is rooted in the understanding that addiction is a chronic and relapsing disease". Remissie beteken 'n betekenisvolle afname van of verbetering in die simptome van afhanklikheid en 'n verbeterde funksionering van die afhanklike.

Totale weerhouding van afhanklikheidsvormende substans word dikwels as die maatstaf vir sukses gesien. Totale weerhouding is egter nie die enigste maatstaf nie. Vir publieke gesondheid en beperking van skade, kan die afname in die gebruik van alkohol betekenisvolle afnames toon in gesondheids- en sosiale probleme (Brooks & Rice, 1997:226). 'n Ander siening is dat die pasiënt se gereedheid vir verandering in ag geneem moet word. Die gevolge van behandeling kan moontlik nie onmiddellik 'n verandering in die persoon se substansgebruik tot gevolg hê nie, maar kan oor 'n

tydperk tot afname in gebruik lei en later tot totale weerhouding. Dit is belangrik om substansafhanklikheid as 'n chroniese versteuring te beskou, wat verskeie behandelingspogings mag benodig, voordat permanente verandering in gedrag plaasvind.

Califano (in Brooks & Rice, 1997:226) meld meestal dat slegs 25% van persone wat behandeling vir substansafhanklikheid benodig, 'n behandelingsprogram bywoon.

Gemiddeld een kwart van die persone voltooi die program en slegs 50% van die persone wat die program voltooi is substansvry na een jaar (Brooks & Rice, 1997:226).

Met ander woorde: slegs een uit agt persone is na een jaar substansvry, wat nie baie bemoedigend is nie en nie vertrouwe in die uitkoms van behandeling wek nie.

Miller (in Fleming & Murray, 2000:3) het weer bevind dat 20% tot 30% alkoholafhanklikes wat aan 'n gespesialiseerde program deelgeneem het, vir ten minste 12 maande substansvry gebly het. 'n Verder 30% tot 40% het hulle alkoholgebruik betekenisvol verminder. Daar is bevind dat totale weerhouding by sekere groepe soos geneeshere, wat op 'n gereelde basis met biologiese toetse gemonitor is, tot 80% was. Langtermyn-opvolgstudies het aangedui dat 70% van alkoholafhanklike persone wat aan 'n tradisionele 12-stap-program deelgeneem het, substansvry was Cross (in Fleming & Murray, 2000:3).

Die vraag ontstaan of behandeling vir substansafhanklikheid koste-effektief is. Holder (in Fleming & Murray, 2000:3) het 'n opvolgstudie oor 14 jaar gedoen om veranderinge in die koste van gesondheidsdienste, as gevolg van deelname aan 'n alkoholbehandelingsprogram te bepaal.

Daar is bevind dat daar 'n afname in koste van 24% was by die alkoholafhanklike persone wat behandeling ondergaan het teenoor 'n groep alkoholafhanklike persone wat nie behandeling ondergaan het nie.

Brooks & Rice (1997:227) meld dat statistiek aandui dat behandeling die progressiewe toename van meer ernstige probleme wat met substansafhanklikheid gepaard gaan teëwerk. Wat betref die tipes programme wat die suksesvolste blyk te wees, merk Brooks & Rice (1997:225) die volgende op: "Programs that provided more services directed at particular problems had the best outcomes. The researchers concluded that the quantity and range of treatment services delivered is one of the major factors accounting for the difference in the effectiveness of treatment programs".

Daar is ook deur Condelli en Hubbard (in Brooks & Rice, 1997:228) bevind dat afhanklikes wat aan langtermynprogramme deelgeneem het, minder geneig was om weer substans te gebruik en hulle minder aan kriminele gedrag skuldig gemaak het.

In die VSA kos onbehandelde substansafhanklikheid die gemeenskap ongeveer \$ 43,200 per jaar aan kriminele regskostes. Daar is byvoorbeeld bevind dat daar `n 20%-afname in koste was ten opsigte van ongelukke binne werksverband nadat `n werknemershulpprogram vir substansafhanklikheid ingestel is.

Nog `n studie het getoon dat gesondheidskoste met 40% afgeneem het 2 jaar nadat afhanklikes hulle by `n program vir behandeling ingeskakel het. (Brooks & Rice, 1997:229).

Nieteenstaande die kontroverse oor die suksessyfer met betrekking tot behandeling van substansafhanklikheid, blyk dit tog dat behandeling `n beter alternatief is as geen behandeling (Brooks & Rice, 1997:231). Omdat verskeie faktore `n rol speel in substansafhanklikheid, is dit moeilik om te bepaal watter metode van behandeling die beste resultate vir watter substansafhanklike sal gee. Navorsing is dus een weg waarlangs behandelingsuitkomst verbeter en effektiewer dienste ontwikkel kan word. (Brooks & Rice, 1997:231).

5.4 Behandeling van substansafhanklikheid

Volgens die literatuur kan die behandeling van substansafhanklikheid op ten minste tien verskillende wyses benader word. Elkeen van die behandelingswyses is gebaseer op verskillende konseptuele raamwerke, uitgangspunte en aannames oor wat langtermynverandering in substansafhanklikes se gedrag fasiliteer. Die ses mees algemeen bekende benaderings word kortliks in tabel 4 uiteengesit. Verder word die transteoretiese model van gedragsverandering van Prochaska en Di Clementi (in Fleming & Murray, 2000:6) bespreek as deel van die herstelproses.

Tabel 4: Behandeling van substansafhanklikiheid

Benaderings in behandeling	Beskrywing van die benadering en die effektiwiteit
Vaardigheidsontwikkelingsopleiding	<p>Die klem val op die ontwikkeling van hanteringsvaardighede en strategieë by die substansafhanklike.</p> <p>Dit sluit ook sosiale vaardigheidsopleiding in (Monti <i>et al.</i>, en Lewis <i>et al.</i> in Fleming & Murray, 2000:8).</p> <p>Die uitkomste van die benadering word as positief binne 'n omvattende behandelingsprogram bestempel.</p>
Gesins- en verhoudingsterapie	<p>Verhoudingsterapie is toegespits op die verbetering van die egpaar en familie se interaksies, style, rolle en wedersydse ondersteuning. Die uitkomste van die metode word in die meeste studies as positief aangedui (Lewis <i>et al.</i> en Bowers & Al-Hedha in Fleming & Murray, 2000:8).</p>
Kognitiewe gedrags-terapeutiese benadering	<p>Die benadering sluit onder andere kontraktering tussen terapeut en pasiënt oor in gedrag, kognitiewe terapie, terugvalvoorkoming en selfmonitering. Die tegniek is toegespits op vaardigheidsontwikkeling om hoërisikosituasies te hanteer. Die tegniek blyk effektief te wees in kombinasie met ander strategieë (Lewis <i>et al.</i>, in Fleming & Murray, 2000:9).</p>
Psigoterapie	<p>Indiwiduele en groep-psigoterapie blyk volgens studies nie op lang termyn effektief te wees in die behandeling van alkoholafhanklikheid nie (Bowers & Al-Hedha in Fleming & Murray, 2000:9).</p>
Konfronterende benadering	<p>Hierdie benadering word algemeen gevolg in behandelingsprogramme. Die betrokke tegnieke versterk</p>

benadering	egter weerstand en ambivalensie by pasiënte en navorsing toon geen positiewe uitkomst nie (Miller in Fleming & Murray, 2001:9).
Twaalfstap-program	Hierdie programme is gebaseer op die tradisionele Minnesota-model en wil soberheid fasiliteer deur aktiewe deelname in selfhelp groepe, Alkoholiste Anoniem (AA) of Narkotika Anoniem (NA). Studies wat die AA-program met binnepasiënteprogramme vergelyk het, het getoon binnepasiëntebehandeling is effektiewer as slegs deelname in die groep sonder behandeling. AA en NA word as 'n ondersteunings- netwerk beskou en nie as 'n behandelingsprogram nie (Lewis <i>et al.</i> in Fleming & Murray, 2000:9). Sommige sentrums baseer egter hulle behandelingsprogram op die 12-stap-program.

5.5 Die Transteoretiese model van gedragsverandering as deel van die herstelproses van die substansafhanklike geneesheer in behandeling

Prochaska en Di Clementi (in Lam, Hilburger, Kornbleuth, Jenkins, Brown & Racenstein, 1996:203) het opgemerk dat die meeste navorsing handel oor die ontwikkeling van nuwe behandelingsmetodes en tegnieke om gedrag te verander insake substansafhanklikheid en word min aandag gegee aan die prosesse waardeur die substansafhanklikes binne behandeling beweeg wat verandering teweeg bring . Dit is belangrik vir die terapeut om te weet waar die pasiënt in die proses van verandering is.

Lam *et al.* (1996:203) merk die volgende daaroor op: "Without considering the client's readiness for change in treatment, rehabilitation professionals are likely to underserve or disserve the majority of their clients". Dit is dus nodig om kennis te

neem van die verskillende fases van gereedheid tot verandering waarmee pasiënte tot behandeling toetree. Behandeling moet kongruent wees met die pasiënt se gereedheid tot verandering. Die voordeel van die transteoretiese model is soos volg deur Lam *et al.* (1996:205) uitgewys:” The transtheoretical model is that it focuses on change not as an all or nothing situation, but rather as a fluid or nonstatic process in which people who have quit and then resume an undesired behavior may still, in fact, be ready to quit that behavior again”.

Die fases van gereedheid vir verandering van Prochaska en Di Clementi (in Fleming en Murray (2000:6) word in tabel 5 uiteengesit.

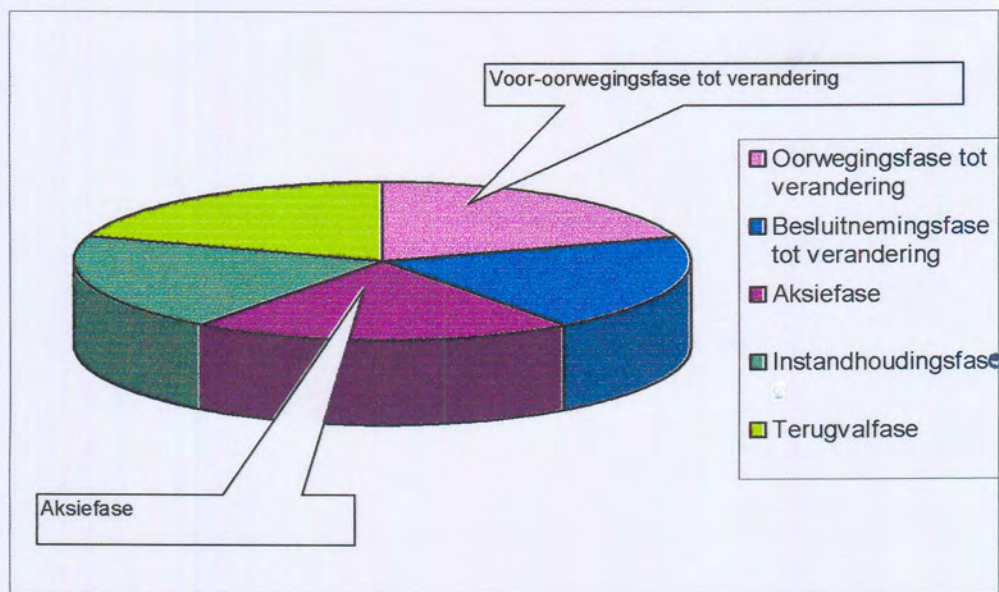
Tabel 5: Die fases van gereedheid vir verandering volgens Prochaska en Di Clementi (soos aangepas uit Fleming & Murray, 2001:6).

Fase	Beskrywing	Terapeutiese doelstellings
Voor-oorwegingsfase	Verandering word nie oorweeg nie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Voorsien inligting ▪ Ondersteuning en aanmoediging dat verandering moontlik is
Oorwegingsfase	Ambivalensie bestaan oor verandering	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Versterk motiverende stellings ▪ Ontwikkel 'n diskrepansie tussen gedrag en doelstellings
Besluitnemingsfase	Kognitief word besluit op verandering	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Versterk die besluitneming ▪ Beplan strategieë vir verandering
Aksie fase	Betrokke by verandering	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifiseer en hanteer probleme ▪ Raak bewus van terugvalrisiko's

Instandhoudingsfase	Gedragverandering is stabiel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verseker stabiliteit van verandering ▪ Bevorder persoonlike ontwikkeling
Terugvalfase	Onwenslike gedrag kom weer voor	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifiseer terugval ▪ Hervestig selfeffektiwiteit en bevestig verandering ▪ Leer deur ervaring en ontwikkel nuwe strategieë
Termineringsfase	Verandering is stabiel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verseker stabiliteit van verandering

Lam *et al.* (1996:209-210) het hierdie model gedupliseer en op verskeie groepe in rehabilitasie getoets, wat die geldigheid en betroubaarheid van die model bevestig het. Die interaksie en proses van verandering van een fase van gereedheid tot 'n volgende fase word in figuur 4 verder geïllustreer.

Figuur 4: Skematiese voorstelling van die fases van gereedheid vir verandering (aangepas uit Fleming & Murray, 2000:5)



5.6 Die herstelproses en spesifieke dinamika binne die herstelproses van die substansafhanklike geneesheer

5.6.1 Die dinamika van die substansafhanklike geneesheer in die vroeë herstelproses

Die substansafhanklike geneesheer wat beseft dat hy 'n afhanklikheidsprobleem het, beleef dikwels skok as eerste ervaring. Hierdie predominante belewenis is gewoonlik kognitief van aard (Nace, 1995:129). Nace (1995:129) verwys na 'n geneesheer wat opiaatafhanklik was, se eerste reaksie oor sy substansafhanklikheid soos volg: "I'm upset, humiliated, embarrassed and mad. I wish it hadn't happened".

Die proses van bewuswording by die geneesheer dat hy 'n substansafhanklikheidsprobleem het, teenoor die sterk onderdrukking en ontkenning van 'n afhanklikheidsprobleem, voorheen, gee aanleiding tot gevoelens van spanning, woede teenoor die self, onsekerheid en vrees (Nace, 1995:130).

Fayne & Silvan (1999:127) merk verder op dat 'n gevoel van vernedering prominent is by alle substansafhanklikes. In die geval van die geneesheer wat egter sy substansafhanklikeheid erken, is dit verder 'n vernedering vir die mediese beroep, waar substansafhanklikeheid as 'n morele swakheid beskou word.

Die ervaring van die substansafhanklike geneesheer wanneer hy bewus word van sy afhanklikheidsprobleem, is gewoonlik affektief. Skuldgevoelens, selfverwyf, skaamte, vernedering en woede is enkele emosies wat die geneesheer kan ervaar. Vir die professionele geneesheer by wie intellektuele vermoëns 'n sterk positiewe faktor is waarop in sy beroep klem gelê word, kan die skielike besef dat hy blind was vir sy eie gedrag en substansafhanklikeheid oorweldigend wees (Nace, 1995: 130). Die skrywer merk verder op dat diè besef tot gevoelens van selfmoord kan aanleiding gee, veral as die substansafhanklike die implikasies vir sy praktyk en beroep begin besef (Nace, 1995:130).

Daar word dikwels die aanname gemaak dat professionele persone vinnige leerders is, doelgerig is en hoë verwagtinge van hulleself koester en dus by bewuswording van die afhanklikheidsprobleem die kringloop van afhanklikeheid sal verbreek (Nace, 1995:131).

Hierdie aanname kan egter ernstig bevraagteken word, aangesien die dinamika van substansafhanklikeheid aktief en magtig is. Deur die verwagting te koester dat die substansafhanklike geneesheer so vernederd, berouvol en skaam oor sy substansafhanklikeheid en die gevolge daarvan is, dat hy onmiddellik sal wegbreek uit die bose kringloop van substansafhanklikeheid, is dus onrealisties.

Nace (1995:130) merk op dat die besef wat die geneesheer het van sy

substansafhanklikheid, juis die teenoorgestelde uitwerking kan hê: “The discomfort of the unexpected and unwelcome effect commonly provokes craving for relief and may result in a relapse”. Daar is geen kitsoplossing vir die hantering van substansafhanklikheid nie en vir die substansafhanklike geneesheer is behandeling net so belangrik as vir enige andere substansafhanklike individuë.

Fayne & Silvan (1999:127) merk verder op dat die substansafhanklike geneesheer in terapie, om sy vernedering te verbloem, `n houding van meerderwaardigheid kan openbaar. Veral `n houding van intellektuele meerderwaardigheid kan `n verdedigingsmeganisme wees waardeur die substansafhanklike geneesheer sy eie ongemak en vrese vermy. Dit is belangrik dat die terapeut nie konsentreer op sy verdedigingsmeganisme nie, maar eerder die onderliggende gevoelens aanleidend tot die gedrag ophelder en hanteer (Fayne & Silvan, 1999:128).

In hierdie fase van behandeling is dit baie belangrik dat die geneesheer die realiteit van die gevolge van sy afhanklikheid besef in sy funksionering as geneesheer (Fayne & Silvan, 1999:127). Die geneesheer is geneig om die gevolge en impak van sy substansafhanklikheid te minimaliseer en is dikwels van mening dat geen skade aan pasiënte berokken is nie (Fayne & Silvan, 1999:128).

In die model van Prochaska en Di Clementi (in Lam, Hilburger, Kornbleuth, Jenkins, Brown & Racenstein, 1996:207) insake die fases van gereedheid vir verandering waardeur beweeg word, oorweeg hy die substansafhanklike verandering van substansafhanklikheid na `n nugter leefwyse. Die fase van oorweging van verandering kom ook voor in die vroeë herstelfase en word gekenmerk deur gevoelens van ambivalensie waar die negatiewe gevolge van substansafhanklikheid besef word, maar die positiewe gevoelens wat die afhanklikheid geskep het en die afskeidneem daarvan op die voorgrond is. Lam *et al.* (1996:207) merk die volgende op oor dië fase: “Still, people in this stage are not yet prepared to take action. They would have to make a firm decision to take action and engage in preliminary action to move to the next stage”.

Vir die substansafhanklike geneesheer gaan dit nie net om die gevolge van sy afhanklikheid vir sy status, beroep en sekuriteit nie, maar ook om die interne pyn wat veroorsaak word deur die beleving van homself as 'n mislukking (Nace, 1995:132). Die grootste teleurstelling wat die substansafhanklike geneesheer in homself beleef is primêr die oordrewe verwagtinge wat hy van homself gekoester het en waaraan hy nie kon voldoen nie.

Nace (1995:132) merk die volgende daarop op: "These expectations are often seen as perfectionism, a term widely used to describe personality traits of physicians and other professionals". Geneeshere is die mees bestudeerde groep persone sover dit die verskynsel van perfeksionisme aangaan en Gabbard (in Nace, 1995:132) meen dat perfeksionisme bydra tot die kompulsiewe persoonlikheidstrekke van baie geneeshere. Die keuring en opleiding van geneeshere versterk die patroon. Die substansafhanklike geneesheer is dus kwesbaar vir die oordrewe beleving van skuldgevoelens, mislukking en teleurstelling in homself. In tabel 6 word die kenmerkende eienskappe van perfeksionisme by professionele persone uiteengesit waarvan die terapeut moet kennis neem.

Tabel 6: Kenmerkende eienskappe van perfeksonisme by professionele persone (aangepas uit Nace, 1995:134):

Kompulsiewe persoonlikheidsstruktuur (oordrewe gevoel van verantwoordelikheid)
Oordrewe positiewe beeld van die self (arrogansie)
Kompensasie vir selfbeeldprobleme
Aanvaarding van betekenisvolle verantwoordelikhede
Stel hoë eise vir werkverrigting en standaarde

Nace (1995:133) huldig die volgende mening insake die gevolge van perfeksonisme in die persoonlikheidsstruktuur van die substansafhanklike geneesheer: "However, the remorse, shame, guilt and humiliation may fail to stimulate constructive change". Die verdedigingsmeganisme van ontkenning kan dus deur die substansafhanklike geneesheer gebruik word. Gepaard met ontkenning as verdedigingsmeganisme kan `n houding van intellektuele beheer, meerderwaardigheid en geloof in homself om die afhanklikheidsprobleem self te oorkom, ontstaan (Nace, 1995:134).

Die geneesheer sal dan enige professionele hulp van die hand wys en voel dat hy in staat is om enige problematiek rondom sy substansafhanklikheid beter sal kan hanteer as deskundiges. Die terapeut moet van die verdedigingsmeganismes bewus wees en die vrees vir erkenning van beheerverlies, eie kwesbaarheid en die rol van hulpsoeker en nie hulpgewer nie, agter hierdie gedrag identifiseer.

Nace (1995:136) merk op dat `n afhanklike wat met `n behandelingsprogram begin, met die behandeling in `n regressiewe toestand begin. Nace (1995:136) verwys na regressie soos volg: "Regression refers to the utilization of defenses that are less

mature than expected in capable, achievement-oriented adults”. Die regressiewe psigologiese disfunksies van die substansafhanklike waarvan die terapeut moet bewus wees, sluit die volgende in:

- As gevolg van die vinnige, voorspelbare, versterkende en positiewe beleving van die substans, word die vermoë van die persoon ingeperk om onmiddellike behoeftebevrediging uit te stel en frustrasies te tolereer.
- Dit is vir die substansafhanklike `n bedreiging dat hy beheer oor sy gebruik van substansse verloor het en daarom reageer hy verdedigend.
- Die chroniese afhanklikheid aan substansse veroorsaak dat die persoon se neuropsigologiese funksionering aangetas word en inligting, gesonde oordeelsvermoë en besluitnemingsvaardighede negatief beïnvloed word.

Aanvanklik sal die benadering om die afhanklike se kognitiewe en psigologiese disfunksie teë te werk dus wees om `n persoon op `n binnepasiënte-basis op te neem en te detoksifiseer, sodat hy fisies sonder enige afhanklikheidsvormende substansse funksioneer (Nace, 1995:137).

Verder moet spesifieke egofunksies versterk word om die substansafhanklike te help om `n sober leefstyl te handhaaf (Nace, 1995:137). Die egofunksies wat volgens Nace (1995:37) van belang is, is selfbestuur, selfhandhawing en emosionele selfversorging.

Nace (1995:137) verduidelik selfbestuur en selfhandhawing so: “Self-governance implies a capacity to be in charge of oneself while also being receptive to influence from individuals or groups- that is to be responsive to and to integrate input from one social field as one experiences the ability to choose and act. Self-care as an ego function includes such skills as judgment, reality testing, and an appreciation of danger or vulnerability”. Hierdie egofunksies van selfbestuur en emosionele selfversorging kan versterk word deur die aspekte van impulsiwiteit, gebrek aan inisiatief en isolasie van interpersoonlike verhoudinge, aan te spreek.

Eerstens: Impulsiwiteit is `n algemene karakter eienskap van substansafhanklikes (Nace, 1995:137). Impulsiwiteit as `n egofunksietekortkoming, manigfisteer hom byvoorbeeld wanneer `n geneesheer wat na `n tydperk van behandeling en moontlik die eerste keer die behandelingsfasiliteit verlaat, besluit dat dit nie nodig is om terug te keer om die program te voltooi nie. Die ontwikkeling van kognitiewe vaardighede om impulsiwiteit te hanteer, is noodsaaklik vir die substansafhanklike.

Tweedens: Die substansafhanklike toon ook `n gebrek aan inisiatief (Nace, 1995:139). Gereedheid tot aksie in `n behandelingsprogram is `n integrerende deel van die herstel van die substansafhanklike. Passiwiteit en die uitstel om besluite uit te voer, is deel van die substansafhanklike se probleem (Nace, 1995:139). Die substansafhanklike is gewoond aan onmiddellike en voorspelbare resultate. Belonings binne verhoudinge en werksituasies kos egter tyd, inspanning en harde werk.

Natuurlike gevoelens van euforie, soos by ontvangs van `n dertiende tjem, of die behaling van hoë punte vereis inisiatief en inspanning oor `n tydperk.

Die substansafhanklike beleef euforie deur `n substans te gebruik en beleef onmiddellike behoeftebevrediging sonder tyd, inisiatief of inspanning.

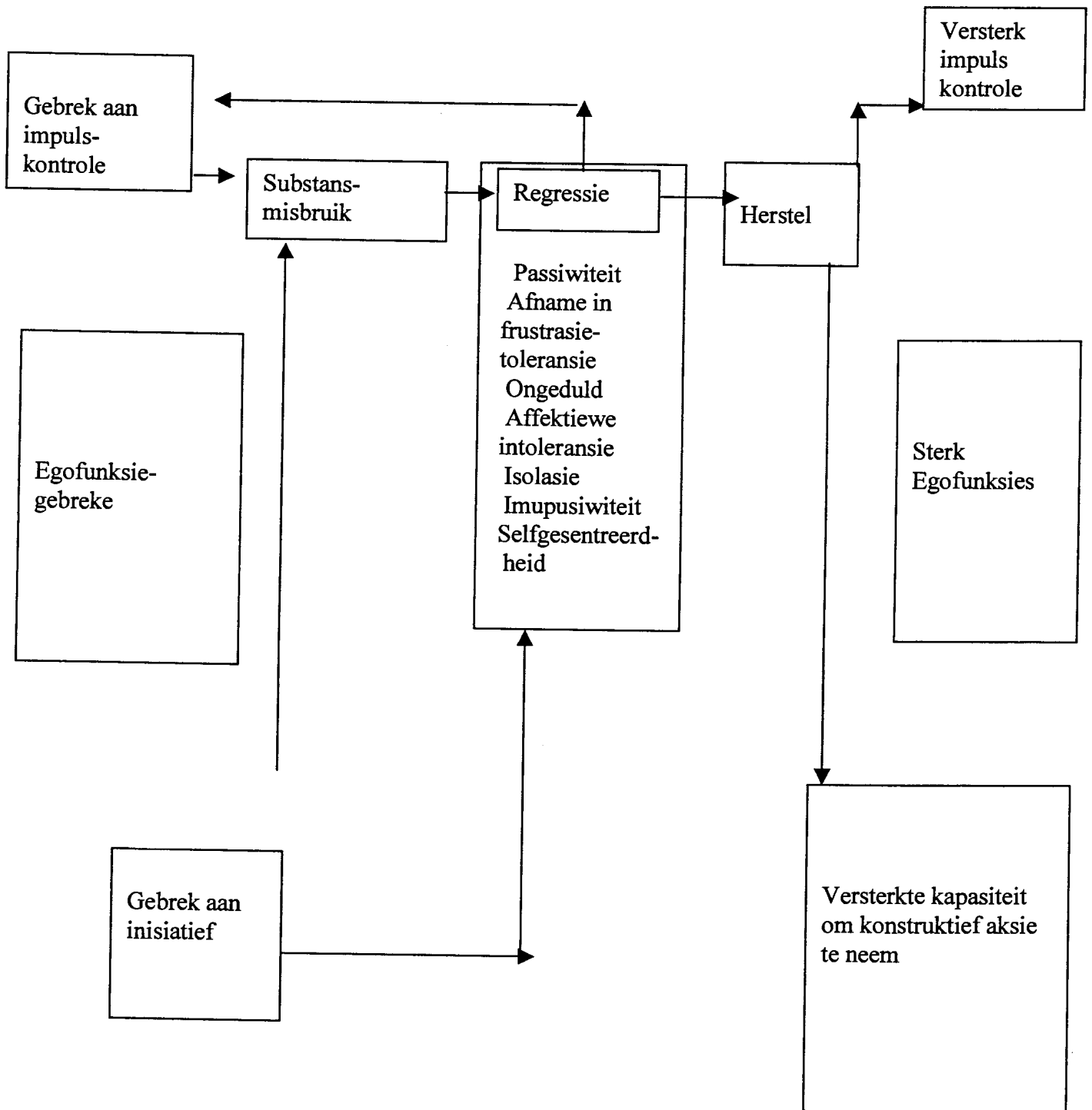
Tekortkominge in emosionele selfversorging en –bestuur kom algemeen voor onder professionele persone soos geneeshere, en dit word duidelik geïllustreer deur die min aandag wat aan tekens van stres in hulle lewenstyl gegee word (Nace, 1995:139).

So kan gebrekkige emosionele selfversorging byvoorbeeld gesien word by `n substansafhanklike geneesheer wat met depressie gediagnoseer is en wat na behandeling weer ernstige depressie beleef, maar geen pogings aanwend om in die

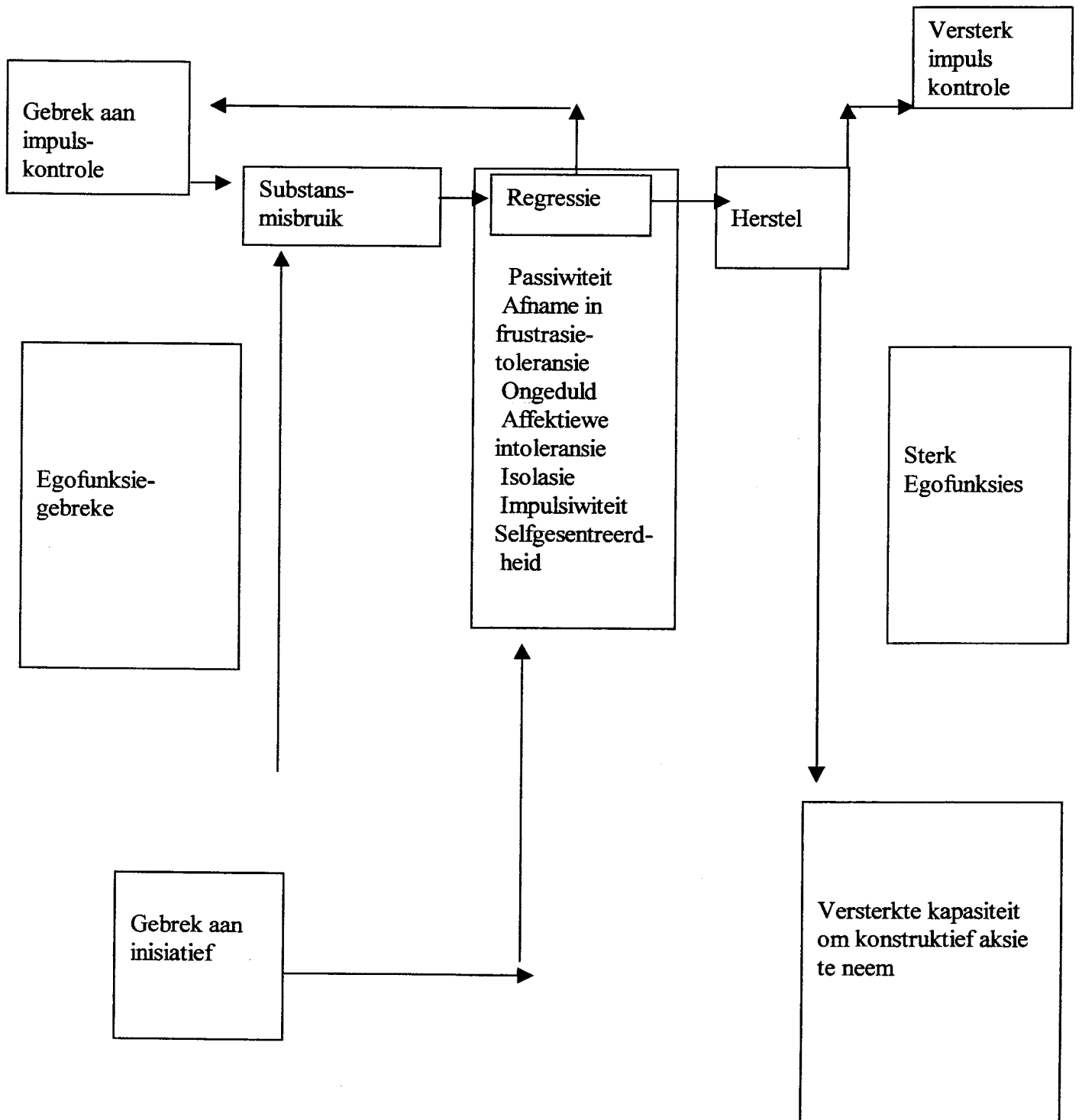
daaropvolgende weke `n afspraak by `n psigiater vir opvolg behandeling te reël nie. Nace (1995:139) merk die volgende verder op oor die verband tussen selfversorgingsgebreke en verantwoordelikheid: "Lack of initiative contains elements of passivity, dependency, and a relative inability to experience oneself as a center of responsibility, particularly in relation to self-care behaviors".

Derdens: Die substansafhanklike is onderhewig aan isolasie van interpersoonlike beïnvloeding en emosionele ervaringe (Nace, 1995:139). Dit is algemeen bekend dat substansgebruik interpersoonlike interaksie fasiliteer, maar as gevolg van die substansafhanklike se onaanvaarbare gedrag word hy later interpersoonlik geïsoleer. Die isolering van emosionele belewenisse, kom ook dikwels by die geneesheer voor. In mediese opleiding word daar dan ook klem gelê op die kognitiewe en die intellektuele en word emosionele belewenisse ontken en geminimaliseer. (Nace, 1995:140). In figuur 5 is `n skematiese voorstelling van die verhouding tussen egofunksiegebreke en substansafhanklikheid (aangepas uit Nace, 1995:141).

Figuur 5: 'n Skematiese voorstelling van die verhouding tussen egofunksiegebreke en substansafhanklikheid (aangepas uit Nace, 1995:141).



Figuur 5: 'n Skematiese voorstelling van die verhouding tussen egofunksiegebreke en substansafhanklikheid (aangepas uit Nace, 1995:141).



5.6.2 Die dinamika van die substansafhanklike geneesheer in die latere fases van die herstelproses

Die temas van verlies, vernedering en skuldgevoel is in die hele herstelproses van die substansafhanklike geneesheer teenwoordig (Nace, 1995:142). Dit is belangrik dat die afhanklike sy verliese realisties in oënskou kan neem en perspektief daaroor ontwikkel. Nace (1995:144) merk die volgende op oor die rol van die terapeut en die temas van vernedering, skuldgevoel en verlies: "Therapists should feel comfortable with their professional patients as themes of shame emerge. A sensitive process of reflection and reexamination conducted by the therapist will further the process of developing selfesteem and the acceptance of limitations".

In die latere fase van die herstelproses ontwikkel die substansafhanklike geneesheer perspektief oor sy totale identiteit. 'n Sober leefwyse is stabiel, rolle is hervestig, en integrering van ervarings en gevolge van die proses van substansafhanklikheid het plaasgevind (Nace, 1995:144). 'n Tweede proses van integrasie is ook gewoonlik geestelike en godsdienstige groei.

Die latere fase van herstel word ook gekenmerk deur belewenisse van dankbaarheid en nederigheid (Nace, 1995:146). Nace (1995:146) merk oor dankbaarheid en nederigheid die volgende op: "Gratitude may derive from the feeling of release and the appreciation that one can not drink (mastery) rather than cannot drink (prohibition). Humility is the acceptance of the reality that one is limited." Die belewenis van "ek wil nie meer dwelm of drink nie", in plaas van "ek mag nie dwelm en drink nie" en ook die vermoë om jou eie beperkinge te besef, is dus deel van die herstelproses.

5.6.3 Bykomende dinamika in die herstelproses van die substansafhanklike geneesheer

In die herstelproses van die substansafhanklike geneesheer is dit belangrik vir die terapeut om van die volgende aspekte kennis te neem, wat veral uniek is by behandeling van die substansafhanklike geneesheer:

- Die rol as pasiënt.
- Die rol wat oordrag en teenoordrag speel.
- Die dilemma van vertroulikheid en die substansafhanklike geneesheer.
- Verpligte inskakeling in `n behandelingsprogram.

5.6.3.1 Die substansafhanklike geneesheer in die rol van pasiënt

Die rol van pasiënt word nie maklik deur die substansafhanklike geneesheer aanvaar nie (Furman, 1992:96 en Fayne & Silvan, 1999:124). Die substansafhanklike geneesheer kan op verskeie maniere probeer om hierdie rol te vermy. Maniere om die rol van pasiënt volgens (Fayne & Silvan, 1999:124) te vermy in behandeling, is dat die substansafhanklike geneesheer homself as `n kollega kan voorstel en sy status deurgaans teenoor die terapeut beklemtoon. Hy kan ook spesiale wyses om geakkommodeer te word versoek, aangesien hy `n geneesheer is. Die geneesheer kan ook as medeterapeut optree en ander groeplede medies en andersins adviseer, om die rol van pasiënt te vermy. `n Gesindheid en houding van meerderwaardigheid en onaantasbaarheid kan ook `n manier wees waarop die geneesheer die rol van pasiënt vermy. Die substansafhanklike geneesheer kan ook intellektueel reageer op die inhoud van terapeutiese sessies en in debatte betrokke raak oor verskeie intellektuele besprekings, wat emosionele openheid en die deel van emosionele belewenisse beperk.

Fayne & Silvan (1999:126) merk die volgende op oor die intellektualisering van die geneesheer en die vermyding van emosionele openheid: "The therapist must be patient in helping the physician develop a new language in which to process and describe his experience in more affective ways".

Laastens kan die geneesheer op 'n informele wyse die terapeut betrek by alledaagse besprekings en inligting ten einde homself nie bloot te stel nie (Fayne & Silvan, 1999:125). Dit is dus van belang dat die terapeut kennis neem van die maniere waarop die substansafhanklike geneesheer werklike terapeutiese betrokkenheid kan probeer vermy. Sodoende vermy die geneesheer ook om emosioneel in kontak met homself te kom.

5.6.3.2 Die rol van oordrag en teenoordrag

'n Belangrike dimensie in enige terapeutiese proses is die pasiënt se gevoelens teenoor die terapeut (Fayne & Silvan, 1999:128). Fayne & Silvan (1999:128) merk die volgende op: "We have observed that addicted physicians are particularly inhibited in this area." 'n Rede hiervoor kan wees dat die geneesheer gekonfronteer word om sy status as pasiënt te erken wat intiem en kwesbaar kan wees. Fayne & Silvan (1999:128) merk verder op dat versteurde ouer-kind-verhoudinge uit die substansafhanklike geneesheer se kinderjare ook 'n terapeutiese verhouding kan beïnvloed.

Fayne & Silvan (1999:129) het bevind dat in hierdie teikengroep die meeste substansafhanklike geneesheer hulle vaders as afwesig, gedistansieerd, krities en verwerpend ervaar het. Hierdie ervaringe het die substansafhanklike geneesheer dikwels oorgedra na outoritêre figure in hulle beroep, en hulle kan die terapeut ook as krities en afwesig beskou (Fayne & Silvan, 1999:128).

Net soos die substansafhanklike geneesheer sekere reaksies as gevolg van oordrag kan ervaar teenoor die terapeut kan teenoordrag deur die terapeut plaasvind,

volgens Fayne & Silvan (1999:131): “We have observed that work with these patients can evoke a particular set of reactions in the therapist that impact on the treatment process”. Sommige van die reaksies is gemotiveer deur sosiale aannames en kan die persepsie van die terapeut verkeerd beïnvloed. Die algemene teenoordrag van die terapeut teenoor die substansafhanklike geneesheer is dat die erns van substansafhanklikheid en ook die teenwoordigheid van psigopatologie onderskat word.

Die onderskatting van die aspekte is grootliks toe te skryf aan die siening dat geneeshere intellektueel superieur is, suksesvol is en delf oor die vaardighede beskik om hulle eie probleme te hanteer. `n Ander algemene teenoordrag- reaksie van die terapeut is dat die terapeut ten opsigte van professionaliteit en opleiding met die substansafhanklike geneesheer kan identifiseer en dat aannames gemaak word ten opsigte van gemeenskaplike ervarings, wat nie noodwendig geldig is nie (Fayne & Silvan, 1999:131).

Die terapeut kan ook as gevolg van eie vrese vir siekte en trauma distansie wil skep binne die terapeutiese verhouding. Laastens kan die terapeut `n gevoel van kompetisie met die substansafhanklike geneesheer ervaar wat opleiding, professionaliteit en kennis betref en kan die terapeutiese verhouding skadeloos en die doel van die terapeutiese sessies gemis word (Fayne & Silvan, 1999:132).

5.6.3.3 Die dilemma van vertroulikheid en die substansafhanklike geneesheer

Die skrywers, Waterhouse, Roback, Moore & Martin (1997:1251) som die dilemma van die beginsel van vertroulikheid in terapeutiese sessies en veral groepterapie, wat die primêre metode vir die behandeling van substansafhanklikheid is, soos volg op: “Chemically impaired physicians who enter group therapy risk their careers and reputations because current laws provide little assurance of confidentiality. The laws affecting group therapy with impaired physicians are numerous, complex and

conflicting. It is a paradox that in many states, physicians who treat impaired doctors break the law by maintaining confidentiality”.

In die Verenigde State van Amerika weerspreek verskeie stukke wetgewing mekaar, en dit skep vir die terapeut wat die substansafhanklike geneesheer behandel, sekere probleme (Waterhouse *et al.*, 1997:1253). In twaalf state word vereis dat `n geneesheer `n kollega moet rapporteer wat hom skuldig maak aan wangedrag en onbevoegdheid. Dit wil sê dat `n geneesheer wat `n substansafhanklike geneesheer behandel die aangetastheid van laasgenoemde moet rapporteer.

Hierdie mandaat maak die etiese verhouding tussen geneesheer en pasiënt kragteloos. Volgens `n studie van Waterhouse *et al.* (1997:1255) was die verbreking van vertroulikheid onder lede van dieselfde groep wat behandeling ondergaan die algemeenste. Waterhouse *et al.* (1997:1256) argumenteer dat groeplede meer verantwoordelik gehou moet word vir die verbreking van vertroulikheid en dat `n veiliger milieu vir pasiënte in groepterapie geskep moet word om meer persoonlike inligting te kan deel.

Ackerman (1996:35) merk tereg op dat geneesheer ook soms pasiënte is en dieselfde voorregte as ander pasiënte geniet ten opsigte van vertroulikheid. Inligting kan slegs met toestemming van die substansafhanklike geneesheer aan `n derde persoon bekend gemaak word. Al uitsondering sou wees as die inligting sou behels dat `n ander persoon ernstige skade aangedoen kan word en bekendmaking van die inligting die skade sou kon verhoed.

Die aspek van vertroulikheid ten opsigte van die substansafhanklike geneesheer in terapie was ook `n primêre bekommernis in die navorsing van Waterhouse *et al.* (1997:1255). Waterhouse *et al.* (1997:1255) merk die volgende op: “It is obvious that grave social, economic and professional injury could occur to physician patients if their identities and history of stigmatizing behaviour were disclosed to persons or agencies outside the group.”

’n Belangrike vraag wat gevra kan word, is of die substansafhanklike geneesheer wat as gevolg van sy bekommernis oor vertroulikheid minder van homself in groepterapie openbaar, die groepterapie minder suksesvol maak al dan nie.

’n Verdere interessante bevinding van Waterhouse *et al.* (1997:1256), wat navorser ook in die praktyk beleef, is dat terapeute verkies om beperkte rekords te hou van die terapeutiese inhoud van die substansafhanklike geneesheer se behandeling, vir geval die terapeut gedagvaar sou word om getuienis te lewer. Waterhouse *et al.* (1997:1256) merk die volgende daaroor op: “These findings argue that legislative reform is necessary to limit legally compelled violations of confidence. Such reform might encourage group therapists to keep more accurate and complete records.”

Die dilemma van vertroulikheid moet deur die terapeut met die substansafhanklike geneesheer uitgeklaar word tydens behandeling. Waterhouse *et al.* (1997:1257) se aanbeveling insake die dilemma van vertroulikheid is soos volg: “The model legislation must balance the protection of confidence against the need to protect patients from dangerous physicians.”

Die dilemma van vertroulikheid of ingeligte toestemming moet deur die terapeut met die substansafhanklike geneesheer in behandeling bespreek word. ’n Ander belangrike kwessie is of dit ’n pasiënt se reg is om te weet van die geneesheer se substansafhanklikheid en dat hy ’n herstellende afhanklike is (Ackerman, 1996:26). In ’n opname is bevind dat 93% persone van mening was dat geneesheer hulle MIV-positiewe status aan pasiënte moet bekend maak, sodat die pasiënte ’n keuse kan hê wie hulle behandel (Ackerman, 1996:28). In dieselfde opname het die meeste persone ook gemeen dat indien die geneesheer ’n gesondheidsprobleem het wat hulle as pasiënte kan blootstel aan ’n risiko wat hulle kan benadeel, hulle graag daarvan sou wou weet.

Volgens Ackerman (1996:29) word die graad van risiko wat 'n substansafhanklike geneesheer vir pasiënte inhou bepaal deur die moontlikheid en die erns van skade wat die pasiënt aangedoen kan word. Die kans dat 'n pasiënt deur 'n herstellende substansafhanklike geneesheer behandel kan word, is ongeveer een uit tien. Indien 'n herstellende substansafhanklike geneesheer weer sou terugval en dit eers na twee weke opgemerk word kon die geneesheer ongeveer 200 pasiënte in daardie tydperk behandel het (Ackerman, 1996:30). Die bepaling van die moontlikheid dat die substansafhanklike geneesheer 'n oordeelsfout of vaardigheidsfout in hierdie tydperk kon begaan het wat 'n pasiënt skade kon berokken het, is kompleks.

Daar is byna geen gegewens beskikbaar oor die korrelasie tussen substansafhanklikheid en die begaan van foute in die werkplek nie (Ackerman, 1996:30). Baie keer kan die substansafhanklike geneesheer sy werk nog effektief verrig, en net so weet ons ook dat 'n substansafhanklike geneesheer wat teruggeval het 'n ernstige oordeelsfout of vaardigheidsfout kan begaan.

5.6.3.4 Verpligte inskakeling in 'n behandelingsprogram.

Die feit dat die substansafhanklike geneesheer baie keer verplig word om in te skakel by 'n behandelingsprogram plaas die terapeut ook in 'n moeilike posisie, aangesien sy gevra sal word of die pasiënt voldoende herstel het om sy werkverpligtinge te hervat (Fayne & Silvan, 1999:132). Fayne & Silvan (1999:132) merk tereg die volgende op: "There are no simple criteria to refer to when evaluating whether a physician can safely return to work." Hierdie rol van die terapeut plaas die terapeut in 'n posisie van mag en verantwoordelikheid. Die substansafhanklike geneesheer kan van die terapeut verwag om op te tree as sy advokaat en sal homself dus nie daaraan wil blootstel om werklik sy interne belewenisse en bekommernisse te deel nie, uit vrees vir negatiewe terugvoer aan die werkgewer (Fayne & Silvan, 1999:129).

Fayne & Silvan (1999:129) merk die volgende op: “The patient must be helped to understand that for the overarching goal of staying sober it is far more important to express all painful feelings and drug urges than conceal them in the service of looking good.”

Indien die substansafhanklike geneesheer verplig word om vir behandeling in te skakel kan hy net deur die fases van behandeling beweeg en betrokke raak by die aktiwiteite, sonder om werklik die behandelingsfasette te internaliseer.

Die gevolgende hiervan is dat die substansafhanklike geneesheer nie nugterskap sonder enige eksterne maatreëls sal kan handhaaf nie (Fayne & Silvan, 1999:130).

5.6.4 Riglyne vir die inskakeling van `n substansafhanklike geneesheer by `n behandelingsprogram

Nace (1995:149) maak tereg die volgende opmerking insake behandeling en die substansafhanklike geneesheer: “To facilitate the recovery process, appropriate treatment planning is essential. The first step is to decide whether placement is to be inpatient or outpatient”.

Die belangrikheid daarvan om die pasiënt in te skakel by die program wat die doeltreffendste vir die individuele behoeftes van die pasiënt is, word universeel aanvaar (McGovern *et al.*, 1998:94). Die opvatting dat substansafhanklikheid `n homogene probleem is en eenvormige behandeling vereis, is `n verouderd en sulke behandeling is nie koste-effektief nie. Behandeling moet die spesifieke behoeftes van die pasiënt kan akkommodeer en gebaseer wees op die tipe en die erns van die bepaalde problematiek (McGovern *et al.*, 1998:94). Die waarde van die benadering is dat dat maksimum positiewe uitkomst daardeur verkry word.

McGovern *et al.* (1998:95) het die eerste navorsing onderneem om verskillende terapeutiese behandelingsalternatiewe vir geneeshere as pasiënte te ondersoek. Die vier sleutelvrae wat in die assessering van die geneeshere gevra is, om die beste behandelingsalternatief by elke pasiënt te pas, was soos volg (McGovern *et al.*, 1998:95):

- Watter tipe problematiek is teenwoordig en wat is die vlak van intensiteit van die problematiek?
- Voldoen die aanbevole behandelingsalternatiewe aan die tipe problematiek wat aangespreek moet word?
- Pas die voorgestelde behandeling by die intensiteit van die problematiek wat aangespreek moet word?
- Watter ander faktore dui op die noodsaaklikheid van die aanbevole behandeling?

Bogenoemde vrae kan ook vir die terapeut wat die substansafhanklike geneesheer assesseer van belang wees by die bepaling van behandelingsopsies.

Die drie faktore wat in ag geneem moet word (volgens McGovern *et al.*, 1998:104 en Nace, 1995:155) by 'n substansafhanklike geneesheer voordat besluit word watter behandelingsinsette nodig sal wees, is:

- Sy vermoë om soberheid te kan handhaaf, of hy die nodige oordeelsvermoë en die verantwoordelikhede kan hanteer wat buite-pasiëntebehandeling aan hom stel.
- Die graad van erns van sy afhanklikheidsprobleem en gepaardgaande emosionele probleme.
- Indien die substansafhanklike geneesheer verlies van beheer oor die substans en ook onttrekkingsimptome ervaar, is intensiewe binne-pasiëntebehandeling al alternatief (McGovern *et al.*, 1998:104).

Waterhouse *et al.* (1997:133) meld dat die positiewe uitkomst in sy studie oor die behandeling op 'n buitepasiënte-basis van substansafhanklike geneeshere betekenisvol laer was as in die geval van geneeshere wat as binnepasiënte-behandeling ontvang het. Indien 'n geneesheer 'n substansafhanklikheidsprobleem het en daar is ook emosionele problematiek soos 'n persoonlikheidsversteuring teenwoordig, is 'n intensiewe behandelingsopsie soos binnepasiëntebehandeling noodsaaklik. Indien 'n substansafhanklike geneesheer al voorheen soberheid gehandhaaf het en weer 'n terugval beleef en sukkel om soberheid te handhaaf, is strenger en meer inperkende vlakke van behandelingsopsies en monitering nodig. Daar is egter ook ander behandelingsfasette wat aangespreek moet word by die substansafhanklike geneesheer, soos sy lewenstyl, verhoudinge, algemene gesondheid en algemene vlakke van funksionering (McGovern *et al.*, 1998:105).

Nace (1995:151) sluit hom by bogenoemde skrywers aan en noem die volgende aspekte as riglyne dat binnepasiëntebehandeling nodig is:

- Mediese en/of psigiatriese probleme as gevolg van substansafhanklikheid.
- Mediese en psigiatriese problematiek wat onafhanklik van die substansafhanklikheid teenwoordig is maar geaffekteer word deur die misbruik van substans.
- Omgewingsfaktore wat wat buitepasiënte-inskakeling negatief sal beïnvloed.
- Substansafhanklikheid wat nie meer effektief op 'n buitepasiënte-basis gehanteer kan word nie.

Nace (1995:150) wys daarop dat professionele persone dikwels beter vaar wanneer hulle binnepasiëntebehandeling ondergaan, aangesien die verantwoordelikhede en eise van die alledaagse lewe dan nie die fokuspunt is nie, maar die pasiënt self en sy substansafhanklikheid binne die behandelingsopset.

Waterhouse *et al.* (1997:149) het navorsing gedoen oor die effektiwiteit van behandeling van die substansafhanklike geneesheer. Die karaktereienskappe van die substansafhanklike geneesheer wat baat kan vind by groepterapie en die

substansafhanklike geneesheer wat nie baat sal vind by groepterapie nie, word in tabel 7 geïllustreer (volgens Waterhouse *et al.*, 1997:130-131).

Tabel 7: Karaktereienskappe van die substansafhanklike geneesheer wat by groepterapie sal baat vind (soos aangepas uit Waterhouse, 1997:130-131):

Eienskappe teenwoordig wat sal baat by groepterapie	Eienskappe teenwoordig wat nie by groepterapie sal baat nie
Openheid teenoor groep (oop vir self-openbaring en oop vir terugvoering)	Persoonlikheidsversteurings (narsisme, antisosiale en grenslyn-persoonlikheidsteurnisse)
Positiewe interpersoonlike verhoudinge	Prominente ontkenning, oneerlikheid, voortdurende wantroue
Afwesigheid van negatiewe persoonlikheidstrekke (narsisme, woede, persoonlikheidsversteurings)	Bestaande psigiatriese problematiek (depressie, psigose, kognitiewe gestremdheid)
Gemotiveerd tot verandering	Swak interne motivering
	Onwillig om rol as geneesheer prys te gee

Daar is verskeie menings onder terapeute insake die effektiwiteit van `n groep wa slegs uit substansafhanklike geneeshere bestaan of `n gemengde groep uit verskillende professies in die behandeling van die substansafhanklike geneesheer (Waterhouse *et al.*, 1997:137). Sommige terapeute is van mening dat daar `n plek in `n program vir beide tipes groepe is, `n gemengde groep en `n groep wat net substansafhanklike geneeshere akkommodeer.

In tabel 8 en 9 word die voor- en nadele van gemengde en homogene groepe vir die substansafhanklike geneesheer uiteengesit (volgens Waterhouse *et al.*, 1997:136).

Tabel 8: Die voordele van `n gemengde en homogene groep vir die substansafhanklike geneesheer

Gemengde groep	Homogene groep
Die substansafhanklike geneesheer kan in `n gemengde groep besef hy is `n gewone substansafhanklike wie se beroep geneesheer is.	Groeplede kan daarby baat vind om gemeenskaplike aspekte rondom hulle beroepsfunksionering met mekaar te deel.

Die nadele van `n gemengde of homogene groep wat slegs uit geneeshere bestaan word soos volg in tabel 9 uiteengesit:

Tabel 9: Die nadele van `n gemengde en homogene groep vir die substansafhanklike geneesheer

Gemengde groepe	Homogene groepe
Die geneesheer sal voortgaan om die rol van geneesheer te vervul of van die ander groep lede sal van die geneesheer verwag om die rol te vervul.	Ontkenning kan in die groep versterk word weens die tendens dat geneeshere veral voor ander kollegas baie verdedigend is.
Die geneesheer kan vasgevang bly in sy rol van geneesheer en versterk ook daardeur sy eie dinamika dat hy superieur is bo ander substansafhanklikes.	Die geneeshere kan mekaar se disfunksionele hanteringstyle wedersyds versterk.

Met inagneming van die voor- en nadele van gemengde of homogene groepe, is dit prakties nie koste-effektief om op binnepasiënte-basis slegs `n homogene groep vir die substansafhanklike geneesheer te bedryf nie en daarom sal `n ondersteuningsgroep vir herstellende substansafhanklike geneeshere as `n bykomende alternatief meer sinvol wees.

Dit is belangrik om daarvan kennis te neem dat die substansafhanklike geneesheer sekere bekommernisse en struikelblokke vir hom as persoon kan opper in terapeutiese sessies wat deel is van sy leefwêreld. Aspekte wat geopper kan word is die volgende (Nace, 1995:165-169):

- Vrees dat sy lisensie om te kan praktiseer ingetrek kan word.
- Vrees om sy reputasie as geneesheer te verloor.
- Die vernedering om `n geskiedenis van substansafhanklikheid bekend te maak indien van werk verskuif word.

- 'n Onvermoë om hulp te vra wanneer dit nodig is.
- Moeite om gevoelens en behoeftes te identifiseer en uit te druk.
- Belewing van spanning rondom die stel van prioriteite in lewenstyl wat 'n sober leefwyse ondersteun.

5.7 Samevatting

Hoe vroeër die substansafhanklike geneesheer geïdentifiseer word en in 'n behandelingsprogram geakkommodeer word, hoe groter is sy kans op herstel. Daar is verskeie behandelingsfasiliteite beskikbaar vir die substansafhanklike geneesheer, waaronder akute mediese behandeling, detoksifikasie, metadoon-instandhoudingsprogramme, farmakoterapie, korttermyn-binnepasiënte-behandeling, langtermyn-behandelings-programme, dagbehandelingsprogramme, algemene buitepasiëntebehandeling en selfhelpprogramme insluit.

Die vraag oor die effektiwiteit van behandeling en watter tipe behandelingsbenadering en fasiliteit die effektiwiefste vir die substansafhanklike geneesheer is, is kompleks en nie eenvoudig om te beantwoord nie. Uit navorsing blyk dit egter duidelik dat behandeling wel 'n beter opsie is as geen behandeling.

Binne die veld van substansafhanklikheid is verskeie behandelingsbenaderings bekend en elke terapeut glo dat sy behandelingsbenaderings effektief is.

Navorsing dui egter daarop dat 'n kombinasie van benaderings effektief is, soos vaardigheidsontwikkeling, gesin- en verhoudingsterapie en kognitiewe gedragsterapie.

'n Belangrike aspek wat Prochaska en Di Clementi uitgewys het, is dat baie aandag geskenk word aan die ontwikkeling van behandelingsmetodes terwyl min gefokus word op die prosesse waardeur die substansafhanklike gedurende behandeling kan beweeg. Die vraag of behandeling suksesvol sal wees al dan nie, hang ook af van

beweeg. Die vraag of behandeling suksesvol sal wees al dan nie, hang ook af van die substansafhanklike se gereedheid vir verandering. Prochaska en Di Clementi het 'n model ontwikkel wat die fases van gereedheid van die substansafhanklike beskryf en ook dat die substansafhanklike weer van die fases kan herhaal.

Die herstelproses van die substansafhanklike geneesheer word gekenmerk deur spesifieke dinamika in die vroeë en latere fases in die herstelproses, waarvan die terapeut moet kennis neem.

Die substansafhanklike geneesheer kan ook dikwels terapeuties verkeerd gehanteer word deurdat daar geglo word dat hy as gevolg van sy kennis en opleiding nie deur die proses van behandeling hoef te gaan nie, en met die besef van sy probleem oor die vermoë beskik om self te kan herstel sonder enige hulpverlening.

Die verband tussen perfeksionisme en die substansafhanklike geneesheer is 'n aspek wat terapeuties by die meeste substansafhanklike geneesheer in die proses van herstel aangespreek moet word. 'n Verdere belangrike aspek wat die terapeut in die behandelingsprogram moet aanspreek, is gebrekkige egofunksionering. Eienskappe wat veral prominent by substansafhanklikes aangespreek kan word om hulle egofunksionering te versterk, is impulsiwiteit, gebrek aan inisiatief en isolasie op interpersoonlike vlak. Bykomende dinamika wat uniek is by die substansafhanklike geneesheer, is funksionering in die rol van pasiënt, die terapeutiese verhouding waarin oordrag en teenoordrag die herstelproses kan kortwiek, die aspek van vertroulikheid in die terapeutiese proses en die invloed wat verpligte inskakeling by behandeling op die geneesheer se herstel kan hê.

Riglyne oor die inskakeling van die substansafhanklike geneesheer by 'n behandelingsprogram word bespreek, waarby die terapeut 'n deeglike assessering moet doen om te bepaal watter tipe behandelingsprogram die substansafhanklike geneesheer die beste sal baat. Daar moet oorweeg word of 'n tweeledige diagnose

nodig is van substansafhanklikheid en `n psigiatriese probleem, of buitebinnepatiëntebehandeling die effektiëfste sal wees en of die geneesheer `n kandidaat is wat sal baat vind by groepterapie.

Oorweging moet geskenk word aan die vraag of groepterapie die effektiëfste in `n homogene of in `n gemengde groep toegepas kan word. `n Gemengde groep met `n bykomende ondersteuningsgroep vir geneesheer blyk die middeweg te wees.

In hoofstuk 6 word die bevindinge van die empiriese ondersoek weergegee. Die bevindinge van die kwantitatiewe navorsing word eerste weergegee en daarna die van die kwalitatiewe navorsing. Laastens word die bevindinge van die twee benaderings geïntegreer.

HOOFSTUK 6

EMPIRIESE ONDERSOEK

6.1 Inleiding

Die teoretiese agtergrond vir die doel van hierdie navorsing word in hoofstukke twee tot vier volledig bespreek en die tendense van substansafhanklikheid op internasionale en nasionale vlak ingesluit met spesifieke verwysing na die substansafhanklike geneesheer, die ontwikkeling van substansafhanklikheid, die substansafhanklike geneesheer self en behandelingsmoontlikhede vir die substansafhanklike geneesheer. Hierdie literatuurstudie is noodsaaklik ten einde die doel van die navorsing te bereik, soos uiteengesit in hoofstuk 1.

'n Gekombineerde kwantitatiewe en kwalitatiewe navorsingsbenadering is gevolg, met gebruikmaking van die spesifieke dominante-minder-dominante-ontwerp van Creswell (De Vos, 1998:360). Die gekombineerde benaderings vul mekaar aan, ten einde om die verskynsel van substansafhanklikheid by geneeshere beter te kan begryp.

In hierdie hoofstuk word die empiriese gedeelte van die ondersoek weergegee. Die kwantitatiewe data van die ondersoek word eerste weergegee, gevolg deur die kwalitatiewe data. Laastens word die kwantitatiewe en kwalitatiewe data geïntegreer.

6.2 Die empiriese ondersoek met betrekking tot die kwantitatiewe benadering

Twintig respondente het deelgeneem aan die kwantitatiewe deel van die navorsing. Daar is van die metode van doelgerigte steekproefneming gebruik gemaak.

Die navorsingsprosedure wat gevolg is, is die opnameprosedure en die insameling van data deur middel van geadministreerde vraelyste behels. Die vraelyste is anoniem en vertroulik deur die respondente voltooi. Die gegewens word in statistiese vorm weergegee na verwerking met die hulp van die rekenaarondersteuningsafdeling van die Universiteit van Pretoria. Die doel is om die gegewens sodanig te ontleed dat gevolgtrekkings uit die inligting gemaak en aanbevelings uit die inligting gemaak word.

Die respondente wat aan die voltooiing van die geadministreerde vraelyste deelgeneem het, het aan die volgende kriteria voldoen:

Die respondent is:

- 'n geneesheer; met 'n substansafhanklikheidsprobleem;
- was bereid om vrywillig aan die ondersoek deel te neem;
- het ingeligte toestemming tot die voltooiing van die vraelys verleen; en
- was maklik bereikbaar en beskikbaar om die vraelys te voltooi.

In bylae 1 is die voorbeeld van die semi-gestruktureerde onderhoudskedule wat tydens die semi-gestruktureerde onderhoudsvoering gebruik is, asook die dokument waarin ingeligte toestemming deur die respondent verleen word om die inligting na aanleiding van die vraelys vir navorsingsdoeleindes te gebruik.

Die oorhoofse inhoud van die vraelys sluit in die biografiese gegewens, agtergrondgeskiedenis, afhanklikheidsgeskiedenis, die rol wat eise in die mediese professie kon speel in die ontwikkeling van substansafhanklikheid, `n persoonlikheidsprofiel, met spesifieke verwysing na `n tipe A-persoonlikheidsprofiel in die hantering van stres en die betrokkenheid van die Gesondheidskomitee van die Mediese en Tandheekkundige Beroepsraad.

6.2.1 Biografiese besonderhede van respondente

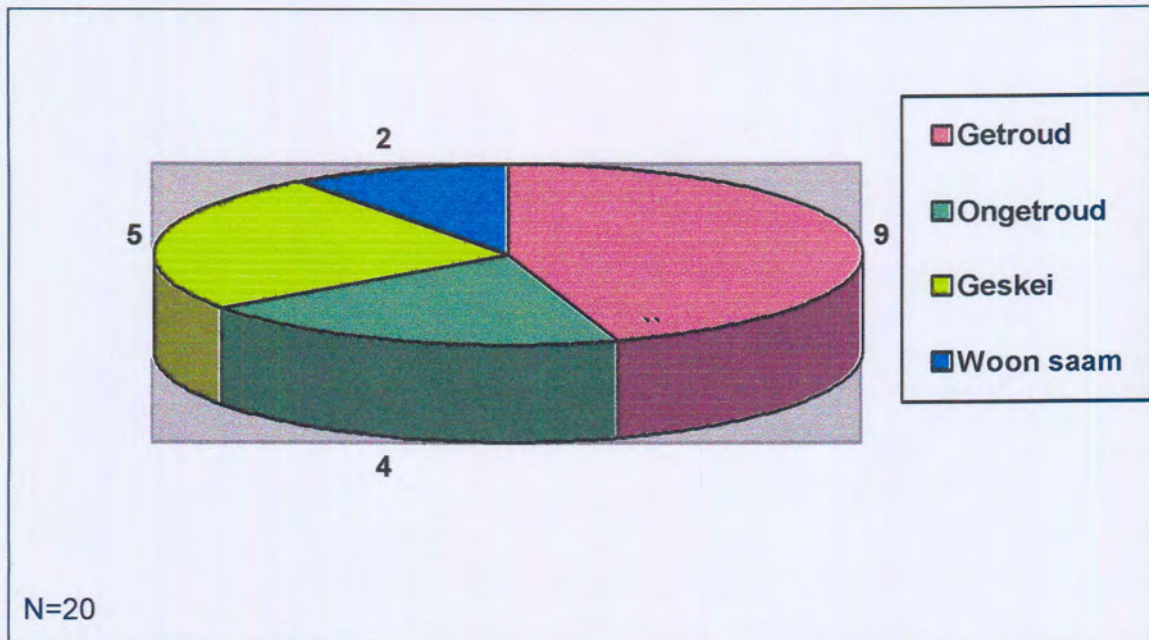
6.2.1.1 Geslag van respondente

Van die 20 respondente wat die vraelys voltooi het, was 18 (90%) manlik en slegs twee (10%) vroulik. North & Ryall (1997:240) se navorsing dui daarop dat vroulike dokters `n laer risiko openbaar om substansafhanklik te raak as manlike dokters. Hierdie bevinding korreleer ook met die van die algemene populasie waar die manlike populasie meer tot substansafhanklikheid geneig is. Die getal van 7 (11,9%) vroulike dokters en 52 (88,1%) die getal manlike substansafhanklike dokters is tot dusver vir die jaar 2002 bekend aan die Gesondheidskomitee van die Mediese en Tandheekkundige Beroepsraad (Greyvenstein, 2002). Die persentasies kom baie ooreen met die vroulike en manlike response wat in die ondersoek ontvang is.

gewoonlik ouer voordat hulp gesoek word, soos ook duidelik uit die ouderdomverspreiding in hierdie ondersoek blyk.

6.2.1.3. Huwelikstatus van respondente

Figuur 6: Huwelikstatus



Nege (45%) respondente is getroud, vyf (25%) is geskei, vier (20%) is ongetroud en twee (10%) is betrokke in 'n saamleefverhouding. Die meeste respondente is getroud en die tweede grootste groep is geskei. Die vraelys het nie ruimte gelaat om te bepaal hoeveel van die getroude respondente al voorheen ook getroud was nie en ook nie wat die aard van die huweliksverhouding is nie. Die egskeidingsyfer is wêreldwyd baie hoog, gemiddeld ongeveer 50% (Young & Long; 1998:201). Internasionale bevindinge toon konsekwent dat egskeiding onder geneeshere 10% tot 20% hoër is as by die algemene populasie (Miller & McGowen, 2000:966-973).

6.2.1.2. Ouderdomsverspreiding van respondente

Tabel 10: Ouderdomsverspreiding

Ouderdom	Frekwensie	Persentasie
20-30 jaar	1	5
31-40 jaar	8	40
41-50 jaar	8	40
51-60 jaar	1	5
60-70 jaar	2	10
Totaal	N=20	100

Die meeste respondente, 11 (55%), is tussen die ouderdom van 41 en 64 jaar, terwyl 9 (45%) respondente tussen die ouderdom van 27 en 40 jaar is.

Brooke (1995:149) se navorsing toon dat die ouderdom van geneeshere met 'n substansafhanklikheid strek vanaf 24 tot 69 jaar.

Rosenthal (1995:86) meen dat die gemiddelde ouderdom van die substansafhanklike geneesheer wanneer vir hulp gesoek word, 43 jaar is. Lawson & Lawson (1989:133) merk op dat die substansafhanklike geneesheer gewoonlik ouer is as die dwelmafhandlike op straat.

Hierdie ondersoek bevestig dat die substansafhanklike geneesheer ouer is as die gemiddeld dwelmafhandlike op straat. Die meerderheid respondente, 13 (65%) (soos bespreek in paragraaf 6.2.3.1.) het die substans waarvan hulle afhanklik is, vir 6 jaar en langer gebruik, voordat hulle die gebruik daarvan gestaak het. Rosenthal (1995:85) meen dat die meeste geneeshere se afhanklikheid vir gemiddeld 6 jaar en langer 'n probleem was voordat hulp gesoek is. (Vergelyk ook McGovern, Angres & Loen, 1998:98.) Die substansafhanklike geneesheer is dus

Pullen (in Tempelaar, 1997:45) het in 'n ondersoek in Australië bevind dat een uit vyf geneeshere huweliksprobleme ondervind. Geneeshere wat getroud is, toon met vergelyking met die algemene populasie 'n hoër tendens met betrekking tot 'n ongelukkige huwelik (Miller & McGowen, 2000:966-973).

Miller & McGowen (2000:966-973) meen die volgende kan 'n bydraende rede vir ongelukkige huwelike by geneeshere wees: "Many physicians place work above else, and it has been speculated that this may serve the purpose for them of helping to avoid intimacy, thus placing strain on intimate relationships".

6.2.1.4 **Verteenwoordiging van respondente uit verskillende provinsies**

Tabel 11: Verteenwoordiging uit die verskillende provinsies

Provinsie	Frekwensie	Persentasie
Gauteng	12	60
Limpopo	2	10
Wes-Kaap	6	30
Totaal	N=20	100%

Twaalf (60%) respondente uit Gauteng het die vraelys voltooi, 2 (10%) respondente uit die Limpopo en 6 (30%) respondente uit die Wes-Kaap. Geen respondente het vanuit die ander provinsies gereageer nie. Vanuit die substansafhanklike geneeshere bekend aan die Gesondheidskomitee gedurende Oktober 2002 is die meeste uit Gauteng, en die tweede meeste uit die Wes-Kaap (Greyvenstein, 2002). Die statistieke van die Gesondheidskomitee kom dus ooreen met die bevindinge van die ondersoek met betrekking tot die verspreiding van substansafhanklike geneeshere in Suid-Afrika.

6.2.1.5 Verteenwoordiging van respondente uit verskillende kultuurgroepe

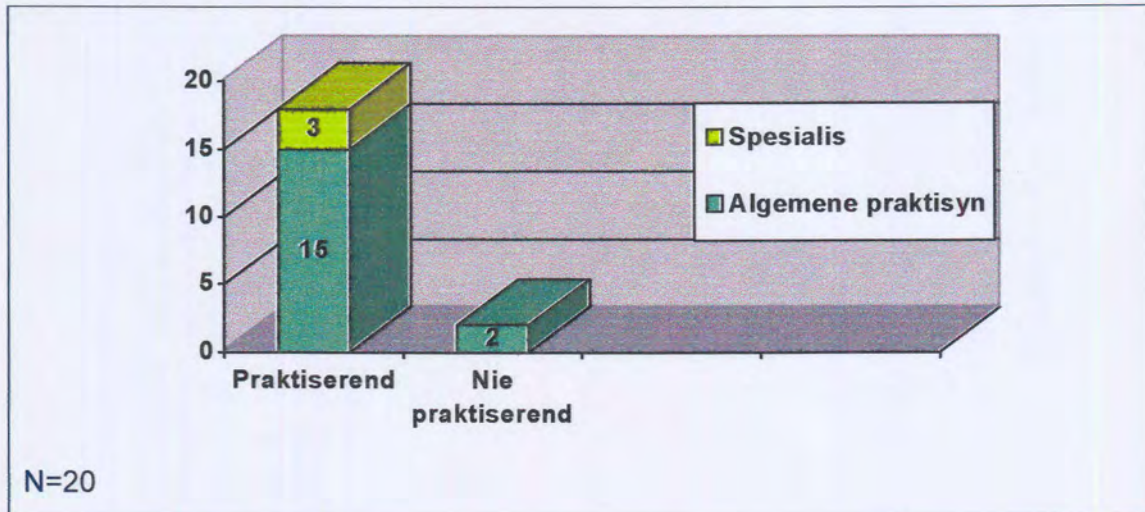
Tabel 12: Verteenwoordiging van respondente uit verskillende kultuurgroepe

Kultuurgroep	Frekwensie	Persentasie
Afrikaans	11	55
Engels	8	40
Noord-Sotho	1	5
Totaal	N=20	100%

Uit tabel 12 is dit duidelik dat die meeste respondente, 11 (55%) Afrikaanssprekend is, die tweede meeste respondente, agt (40%) Engelssprekend is en een (5%) respondent, Noord-Sotho van oorsprong is.

6.2.1.6 Praktiserende en nie-praktiserende geneeshere en die tipe spesialiteitsrigtings

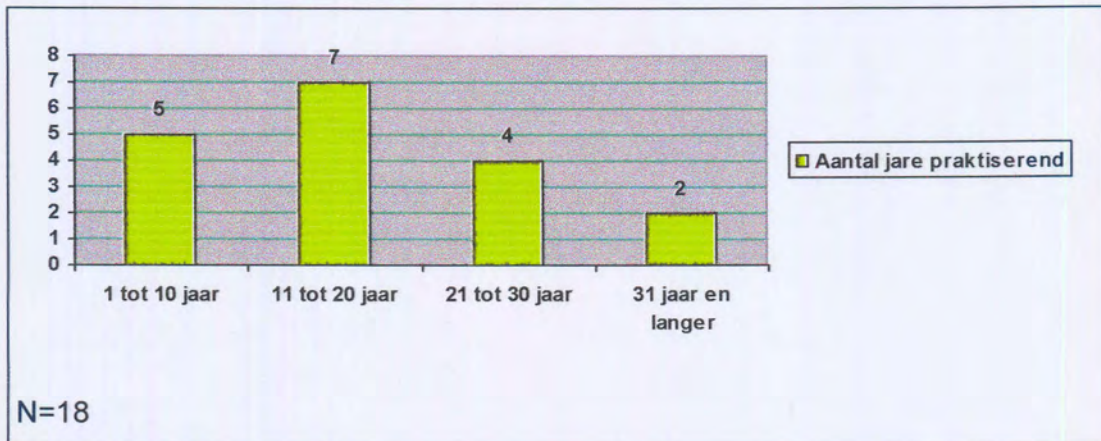
Figuur 7: Praktiserende en nie-praktiserende geneeshere en die tipe spesialiteitesrigtings



Van die respondente praktiseer 18 (90%) steeds, terwyl 2 (10%) nie meer as geneeshere praktiseer nie. Van die twee geneeshere wat nie meer praktiseer nie, het een aangedui dat hy werkloos is en die ander dat hy 'n pensioenaris is. Vyftien van die agtien respondente (83,33%) praktiseer as algemene praktisyns en drie (16,67%) is spesialiste van wie een se spesialiteitsgebied onbekend is en die ander twee onderskeidelik narkotiseur en as chirurg spesialiseer. Nace (1995:57) en Rosenthal (1995:86) meld dat uit al die spesialisvelde algemene praktisyns en narkotiseurs die grootste tendens vir die ontwikkeling van afhanklikheid toon. Hierdie tendens blyk ook duidelik uit hierdie ondersoek waar die algemene praktisyns die meerderheid is. Nace (1995:57) meen dat algemene praktisyns professioneel geïsoleerd funksioneer en hulle pasiënte hoë verwagtinge en eise stel. Narkotiseurs word as 'n risikogroep beskou omdat hulle maklike toegang het tot sterk en vinnigwerkende opiate.

6.2.1.7 Tydperk van praktisering as geregistreerde geneesheer

Figuur 8: Tydperk van praktisering as geregistreerde geneesheer

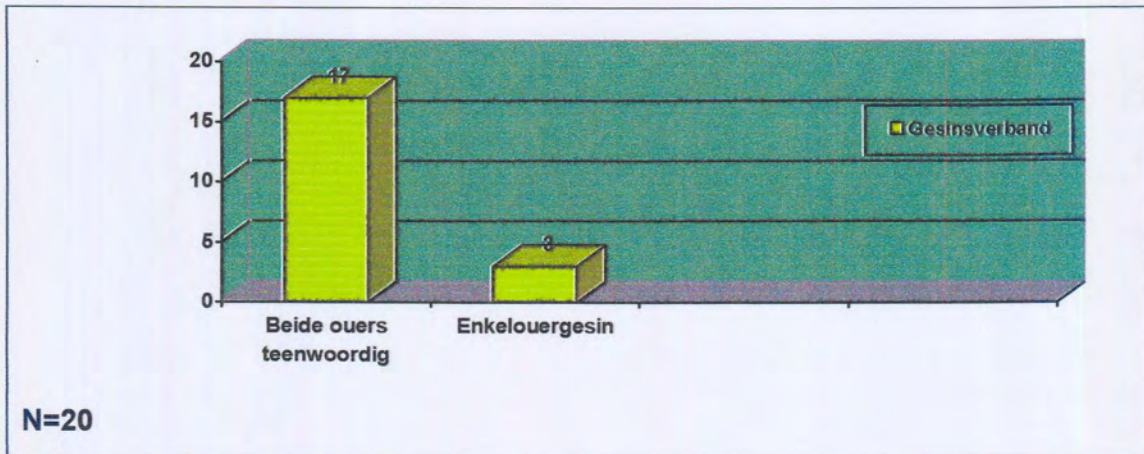


Vyf respondente praktiseer korter as 10 jaar as geneeshere, sewe tussen 11 en 20 jaar, vier tussen 21 en 30 jaar en twee vir 31 jaar en langer. Die meerderheid van respondente, 13 (72,2%) praktiseer al langer as 10 jaar, as geneeshere wat met die ouderdomsverspreiding korreleer, naamlik dat die meeste geneeshere in hierdie ondersoek tussen die ouderdom van 41 en 64 jaar is.

6.2.2. Agtergrond van respondente.

6.2.2.1 Volledigheid van gesin van herkoms

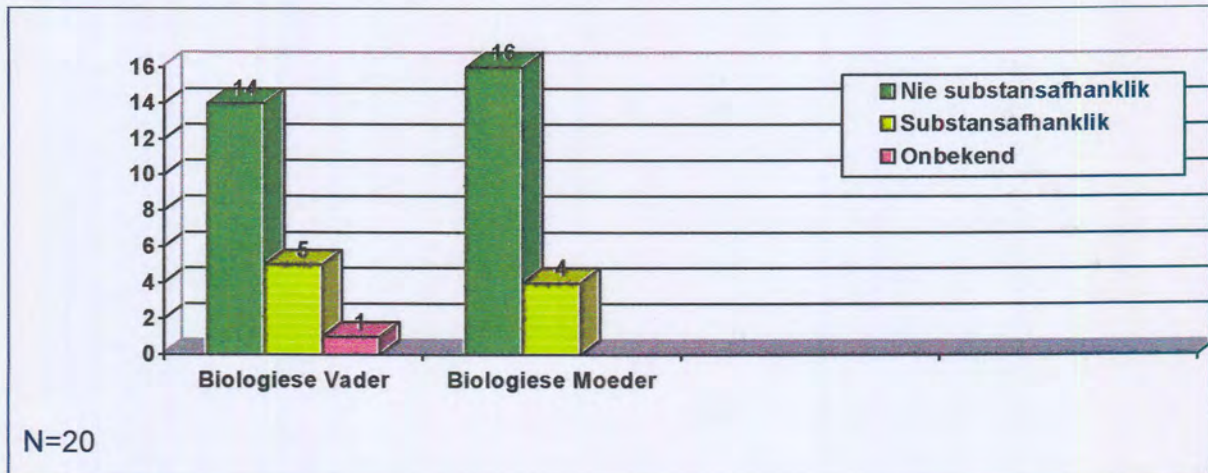
Figuur 9: Volledigheid van gesin van herkoms



Sewentien (85%) respondente het in ouerhuise grootgeword waar beide ouers teenwoordig was. Drie (15%) respondente het nie by beide ouers grootgeword nie. Twee respondente se ouers is geskei en hulle het onderskeidelik grootgeword by die biologiese moeder en biologiese vader. Die derde respondent is uit 'n buitewettelike verhouding gebore en het by sy biologiese moeder grootgeword. Die meerderheid respondente het dus in 'n gesin grootgeword waar beide ouers teenwoordig was.

6.2.2.2. Substansgebruik/misbruik van ouers gedurende respondente se kinderjare

Figuur 10: Substansgebruik/misbruik van ouers gedurende respondente se kinderjare



Vyf (25%) respondente se biologiese moeders was geheelonthouers met betrekking tot die gebruik van alkohol, 10 (50%) respondente se biologiese moeders was ligte nie-problematiese drinkers, 3 (15%) respondente se biologiese moeders was matige sosiale nie-problematiese drinkers en 2 (10%) respondente se biologiese moeders was alkoholafhanklik en het ook afhanklikheidsvormende medikasie misbruik (kruisafhanklik), terwyl 1 biologiese moeder ook dwelms saam met alkohol en medikasie misbruik. het. Twee van die respondente se biologiese moeders het egter net afhanklikheidsvormende medikasie misbruik. Vier (20%) respondente se biologiese moeders het dus `n substansafhanklikheidsprobleem gehad.

Een (5%) respondent se biologiese vader was `n geheelonthouer, 4 (21,05%) van die respondente se vaders was ligte nie-problematiese drinkers, 9 (47,37%) respondente se vaders was matige sosiale nie-problematiese drinkers en 5

(26,31%) respondente se biologiese vaders was alkoholafhanklik, terwyl 2 `n alkohol-, medikasie- en dwelmafhanglik was. Een respondent het slegs by die biologiese moeder grootgeword en die biologiese vader was onbekend, en so ook sy substansgebruik. In geen geval was by beide ouers `n substansprobleem aanwesig nie. Dit blyk dus dat 9 (45%) respondente `n ouer gehad het by wie substansafhanklikheid voorgekom het.

Dit is welbekend dat kinders en eerstegraadse familieledede van alkoholiste meer geneig is om afhanklikheid te ontwikkel as wat die geval onder die algemene populasie is (Nace, 1995:20). Behalwe die genetiese predisposisie en die rol wat `n gesin se houdings en gewoontes teenoor substansgebruik speel in die ontwikkeling van die kind se persepsies oor substansgebruik en -afhanklikheid, word sulke kinders groot in `n disfunksionele gesinsisteam. Curtis (1999:89) wys daarop dat kinders uit `n gesin waar substansafhanklikheid voorgekom het as volwassenes sekere karaktereenskappe kan openbaar:

- Hulle het dikwels probleme om intieme verhoudinge op te bou.
- Sosialisering is vir hulle problematies.
- Hulle beleef emosioneel nie sekuriteit nie en het aangepas in oorlewingsrolle.
- Hulle beskik nie altyd oor voldoende interpersoonlike vaardighede binne verhoudinge nie.
- Hulle stel onrealistiese eise en verwagtinge aan hulleself en beoordeel hulleself baie streng.
- Die strewe na perfeksonisme en beheer is belangrik.
- Hulle is dikwels rigied en toon `n gebrek aan spontaniteit.
- As kinders het hulle geleer om hulle omgewing te beheers en net op hulleself te vertrou.

- Hulle persoonlike identiteit (selfbeeld) word gevestig deur wat hulle doen en hoe goed hulle hulle take uitvoer en hulle verantwoordelikhede nakom en nie deur wie hulle is nie.

Bogenoemde eienskappe toon 'n treffende ooreenkoms met die persoonlikheidseienskappe, volgens navorsing van geneeshere wat 'n risiko van substansafhanklikheid loop (kyk na hoofstuk 4, Die substansafhanklike geneesheer).

Lawson & Lawson (1989:133) meen dat die substansafhanklike geneesheer emosioneel en sosiaal moeilik met ander mense kontak maak. Die substansafhanklike geneesheer openbaar volgens Nace (1995:70) gebrekkige egofunksies, waaronder die gebrekkige hantering van emosies, gebrekkige emosionele selfversorgingsvaardighede, gebrekkige instandhouding van selfbeeld, kompulsiewe trekke en 'n oordrewe gevoel van verantwoordelikheid. Nace (1995:69) meen dat sodanige geneeshere 'n gebrek aan emosionele ondersteuning en emosionele ontwikkeling as kinders ervaar het.

Miller & McGowen (2000:966-973) meen dat onstabiele kinderjare en aanpassingsprobleme tydens adolessensie geassosieer word met substansmisbruik. Disfunksionele gesinsisteme, gebrekkige hanteringsvaardighede, aanpassingsprobleme en onbevredigende verhoudinge word as risikofaktore vir die ontwikkeling van substansafhanklikheid gesien (Dodgen & Shea, 2000:150).

Alhoewel die eienskappe van volwassenes wat uit gesinne kom waar substansafhanklikheid voorgekom het baie soortgelyk is aan die eienskappe wat uit navorsing oor die substansafhanklike geneesheer blyk dit nie te sê dat die kinders uit sulke gesinne as volwassenes noodwendig hierdie persoonlikheidseienskappe sal openbaar nie en ook nie dat die substansafhanklikheid in die gesin hulle ernstig beïnvloed het nie (Curtis, 1999:89).

Die gesin met substansafhanklikheid hou egter `n groot risiko in vir die kind om as volwassene sekere emosionele problematiek te beleef.

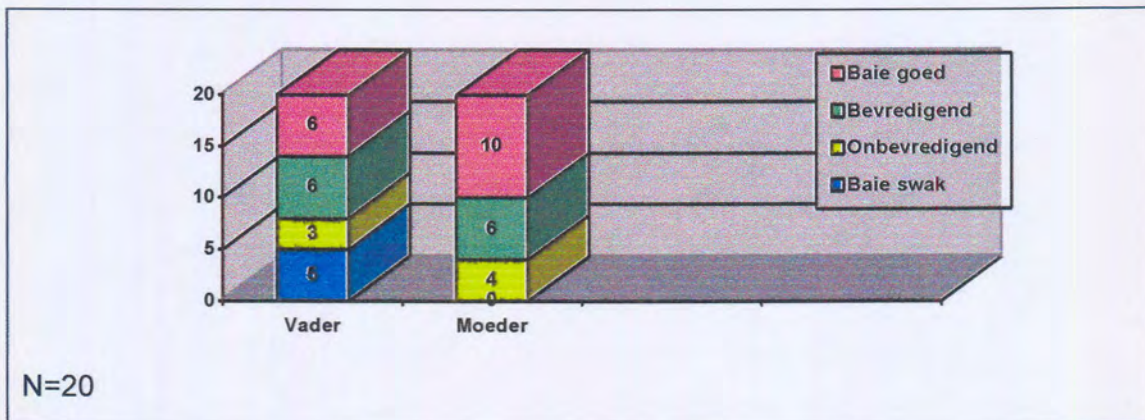
Johnson & Connely (in Nace 1995:69) het in `n ondersoek onder substansafhanklike geneeshere bevind dat 72% ouerlike deprivasie beleef het.

Die feit dat `n kind uit `n gesin waar substansafhanklikheid voorgekom het, besluit om in die medisyne te studeer, kan `n poging wees om homself te bewys en vandaar sy identiteit en selfbeeld na die model van die geneesheer te vorm.

Nace (1995:70) meen egter dat `n geneesheer se selfbeeld net gedeeltelik kan herstel deur professionele sukses. Khantzian (in Nace, 1995:70) meen dat substansafhanklike geneeshere, deur pasiënte te versorg en te behandel, probeer vergoed vir die gebrek aan eie emosionele versorging in hulle kinderjare. Wanneer hulle hierin misluk, diendie gebruik van substansie as plaasvervanger.

6.2.2.3 Verhoudinge met biologiese ouers tydens kinderjare

Figuur 11: Verhoudinge met biologiese ouers tydens kinderjare



Vyf (25%) respondente het hulle verhouding met die vaderfiguur as baie swak bestempel, 3 (15%) het die verhouding as onbevredigend beleef, 6 (30%) het die verhouding as bevredigend bestempel en 6 (30%) het die verhouding met die vaderfiguur as baie goed bestempel. Dit wil sê 8 (40%) respondente het hulle verhouding met die vaderfiguur as onbevredigend tot baie swak bestempel.

Vier (20%) respondente het die verhouding met die moederfiguur as onbevredigend bestempel, 6 (30%) het die verhouding as bevredigend bestempel en 10 (50%) het die verhouding as baie goed bestempel. Die meeste van die respondente het dus hulle verhouding met die moederfiguur as bevredigend tot baie goed bestempel.

Nace (1995:69) meld dat in 'n studie bevind is dat substansafhanklike geneeshere die vaderfiguur dikwels as gedistansieerd en onbetrokke beleef het en die moederfiguur as warm en ondersteunend.

Uit bogenoemde gegewens is dit duidelik dat 40% respondente die verhouding met die vaderfiguur as onbevredigend bestempel het en net 20% respondente die verhouding met die moederfiguur as onbevredigend bestempel het.

6.2.2.4 Belewenis van komponente van verhoudinge uit die gesin van herkoms

Tabel 13: Belewenis van komponente van verhoudinge uit die gesin van herkoms

Komponente van gesinsverhoudinge	Frekwensie (%) van respondente	Frekwensie (%) van respondente	Frekwensie (%) van respondente	Frekwensie (%) van respondente
N=20	Baie swak	Onbevredigend	Bevredigend	Baie goed
Belewenis van sekuriteit	0 (0%)	5 (25%)	8 (40%)	7 (35%)
Belewenis van aanvaarding	1 (5%)	4 (20%)	8 (40%)	7 (35%)
Oop en betekenisvolle kommunikasie	5 (25%)	5 (25%)	7 (35%)	3 (15%)
Konsekwente dissipline	1 (5%)	3 (15%)	13 (65%)	3 (15%)
Ondersteuning en aanmoediging	1 (5%)	6 (30%)	5 (25%)	8 (40%)
Belewenis van erkenning	2 (10%)	4 (20%)	8 (40%)	6 (30%)
Positiewe en konstruktiewe probleemoplossing	2 (10%)	6 (30%)	8 (40%)	4 (20%)
Openheid om emosies uit te druk	7 (35%)	4 (20%)	7 (35%)	2 (10%)
Atmosfeer waarin positiewe selfbeeld en selfvertroue kan ontwikkel	2 (10%)	10 (50%)	4 (20%)	4 (20%)

Vyf (25%) respondente se belewenis van sekuriteit in die gesin van herkoms was onbevredigend. Die meerderheid respondente, 15 (75%), het sekuriteit as bevredigend tot baie goed beleef. Vyf (25%) respondente het aanvaarding van baie swak tot onbevredigend bestempel, terwyl 15 (75%) aanvaarding as bevredigend tot baie goed beleef het. 10 (50%) het oop en betekenisvolle kommunikasie van baie swak tot onbevredigend ervaar, terwyl die ander 10 (50%) respondente oop en betekenisvolle kommunikasie as bevredigend tot baie goed beleef het.

Konsekwente dissipline is deur 4 (20%) respondente as baie swak tot onbevredigend beleef en 16 (80%) het dissipline as bevredigend tot baie goed beleef. Sewe (35%) respondente het aanmoediging en ondersteuning van baie swak tot onbevredigend beleef en 13 (65%) het dit as bevredigend tot baie goed beleef.

Ses (30%) respondente het erkenning in hulle gesinne as baie swak tot onbevredigend bestempel, terwyl 14 (70%) die komponent as bevredigend tot baie goed bestempel het. Agt (40%) respondente het die positiewe en konstruktiewe probleemoplossing in hulle gesinne as baie swak tot onbevredigend beleef en 12 (60%) het die komponent as bevredigend tot baie goed beleef.

Elf (55%) respondente het die openheid om hulle gevoelens (emosies) te verbaliseer en uit te druk as baie swak tot onbevredigend beleef, terwyl 9 (45%) die komponent as bevredigend tot baie goed bestempel het.

Twaalf (60%) respondente het die gesinsatmosfeer vir die ontwikkeling van 'n positiewe selfbeeld en selfvertroue as baie swak tot onbevredigend beleef, terwyl 8 (40%) die komponent as bevredigend tot baie goed beleef het.

Betekenisvolle response oor die komponente van die gesinsverhoudinge word in tabel 14 aangedui.

Tabel 14: Komponente van gesinsverhoudinge wat as onbevredigend tot baie swak bestempel is

Komponente van gesinsverhoudinge	Frekwensie (%) van respondente
Oop en betekenisvolle kommunikasie	10 (50%)
Openheid om emosies uit te druk	11 (55%)
Atmosfeer waarin positiewe selfbeeld en selfvertroue kan ontwikkel	12 (60%)

`n Swak selfbeeld gepaard met gevoelens van minderwaardigheid en `n sterk behoefte aan sosiale aanvaarding is deur navorsing as `n kenmerkende eienskap aangedui by geneeshere met `n substansafhanklikheidsprobleem (Degi, Talbott & Warren, 1997:58 en Nace, 1995:70). `n Gebrekkige vermoë om emosies konstruktief te hanteer en gebrekkige emosionele selfversorgingsvaardighede is ook deur Nace (1995:70) aangedui as eienskappe wat by die substansafhanklike geneesheer gevind word. Die ontwikkeling van `n positiewe selfbeeld hou sterk verband met oop en betekenisvolle kommunikasie en die uitdruk van gevoelens op `n konstruktiewe wyse binne gesinsverband. Van die respondente het 60% nie hulle gesin van herkoms as bevorderend vir die ontwikkeling van `n positiewe selfbeeld en selfvertroue beleef nie.

Hierdie bevinding kom ook ooreen met die bevinding in paragraaf 6.2.2.5, waar 60% respondente emosionele problematiek ervaar het gedurende hulle kinderjare, waarvan `n selfbeeldprobleem aanduidend was.

Fayne & Silvan (1999:127) meen dat sekere studente in die medisyne gaan studeer om `n vals beeld van sukses, mag, bekwaamheid en selfvertroue te skep, maar dat onder hierdie vals identiteit gevoelens van minderwaardigheid en depressie onderdruk word.

6.2.2.5. Belewenis van algemene maatskaplike funksionering gedurende kinderjare

Tabel 15: Belewenis van algemene maatskaplike funksionering gedurende kinderjare

Komponente van maatskaplike funksionering	Frekwensie N=20		Persentasie	
	Ja	Nee	Ja	Nee
Emosionele probleme	12	8	60	40
Eksperimentering met dwelms	6	14	30	70
Eksperimentering met alkohol	8	12	40	60
Aanpassingsprobleme in skoolverband	11	9	55	45
Gesinsprobleme	10	10	50	50
Maklik beïnvloedbaar deur vriende	9	11	45	55
Uitstaande prestasie op skool	17	3	85	15
Beklee leiersposisie	13	7	65	35

Twaalf (60%) respondente het emosionele probleme tydens hulle kinderjare ervaar. Die respondente wat 'n spesifieke rede aangedui het, het 'n swak selfbeeld as 'n emosionele probleem aangedui. Hierdie bevinding kom ooreen met die bevinding in paragraaf 6.2.2.4, waar 60% respondente gemeen het dat hulle gesinsisteme nie bevordelik was vir die opbou van 'n positiewe selfbeeld en selfvertroue nie.

Ses (30%) van die respondente het aangedui dat hulle gedurende hulle kinderjare met dwelms geëksperimenteer het, terwyl 14 (70%) respondente nie met dwelms geëksperimenteer het nie. Vier van hierdie 6 respondente het aangedui dat hulle met dagga en inhaleermiddels geëksperimenteer het. Agt (40%) respondente het

met alkohol geëksperimenteer. Twee van hierdie 8 respondente het aangedui dat hulle al van jongs af oormatig gedrink het.

Twaalf (60%) respondente het aangedui dat hulle nie gedurende hulle kinderjare met alkohol geëksperimenteer het nie. Die minderheid respondente het van jongs af met dwelms en alkohol geëksperimenteer. Nace (1995:47) verwys egter na 'n ondersoek onder 2046 mediese studente in Engeland, waar bevind is dat 90% studente al voor mediese opleiding begin het met die gebruik van substansie. In Suid-Afrika is in 'n ondersoek in 1997 bevind dat 50% graad-8 en graad-11 leerlinge al alkohol gebruik het, 42% al sigarette gerook het en 16% al dagga gerook het (Van Eeden, 2000:7). Gesien die ouderdomsverspreiding van die respondente in die ondersoek is die tendens van vroeë substansgebruik onder die jeug in Suid-Afrika kommerwekkend.

Elf (55%) respondente het aangedui dat hulle aanpassingsprobleme binne skoolverband ervaar het, soos sosialiseringsprobleme, nie in die portuurgroep ingepas het nie, swak selfbeeld gehad het en weens minderwaardigheidsgevoelens oor 'n fisiese gestremdheid nie ingepas het nie. Nege (45%) respondente het geen aanpassingsprobleme in skoolverband ervaar nie.

Die meerderheid respondente het dus aanpassingsprobleme op skool ervaar en die redes is soortgelyk aan die bevindinge in paragraaf 6.2.2.4 en 6.2.2.5 dat 'n swak selfbeeld, wat verband hou met minderwaardigheidsgevoelens en sosialiseringsprobleme, 'n prominente rol gespeel het by die respondente wat aanpassingsprobleme ervaar het.

Tien (50%) respondente het aangedui dat daar gesinsprobleme teenwoordig was, terwyl 10 (50%) geen gesinsprobleme aangedui het nie. Respondente wat spesifiek aangedui het watter tipe gesinsproblematiek voorgekom het, het alkoholisme, gebrek aan kommunikasie en 'n disfunksionele gesinsisteam as redes aangevoer.

Hierdie bevindinge is soortgelyk aan diè dat 45% van die respondente uit ouerhuise kom waar substansafhanklikheid voorgekom het. Gebrekkige kommunikasie is `n spesifieke tendens wat as `n leemte deur 50% van die respondente in paragraaf 6.2.2.4 aangedui is.

Nege (45%) respondente het hulleself as maklik beïnvloedbaar bestempel as persone wat maklik toegegee het aan groepsdruk, terwyl 11 (55%) hulleself as nie maklik beïnvloedbaar nie bestempel het. Die rede wat respondente aangedui het waarom hulle maklik beïnvloedbaar was, was die behoefte om deur die portuurgroep aanvaar te word. Hierdie behoefte weer hou sterk verband met `n swak selfbeeld en `n gebrek aan selfvertroue.

Sewentien (85%) respondente het aangedui dat hulle uitstaande prestasies op skool, behaal het terwyl 3 (15%) respondente nie uitstaande prestasies aangedui het nie. `n Dertien (65%) respondente het aangedui dat hulle leiersposisies beklee het op skool teenoor 7 (35%) wat nie enige leierskapsposisies beklee het nie. Dit is duidelik uit die bevindinge dat die meederheid respondente uitstaande prestasies op skool behaal het en hoofsaaklik daarom gekeur is as mediese studente.

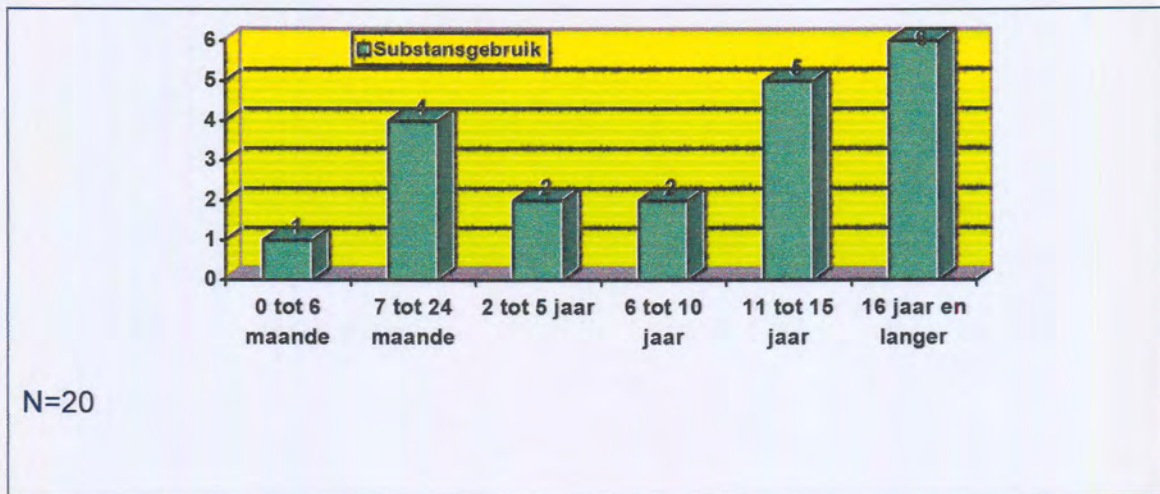
Uitstaande akademiese prestasie speel `n prominente rol in die seleksie van mediese studente, en dit word ook bevestig deur verskeie outeurs (Rosenthal, 1995:2 en Nace 1995:42).

McManus & Vincent (1997:229) stem hiermee saam: "At present the most important criterion used during student selection is academic ability".

6.2.3 Die respondente se substansafhanklikheidsgeskiedenis

6.2.3.1 Tydperk van afhanklikheidsvormende substansgebruik

Figuur 12: Tydperk van afhanklikheidsvormende substansgebruik



Sewe (35%) respondente het die substans waarvan hulle afhanklik is tussen 0 maande en 5 jaar gebruik voordat hulle die gebruik daarvan gestaak het. Die meerderheid respondente, 13 (65%), het die substans vir 6 jaar en langer gebruik voordat hulle die gebruik daarvan gestaak het. Rosenthal (1995:85) bevestig hierdie bevindinge. Haar navorsing toon dat die meeste geneeshere met 'n afhanklikheidsprobleem eers na gemiddeld 6 jaar en langer hulp gesoek het.

Rosenthal (1995:25) wys op die tendens dat geneeshere nie gerapporteer of verwys word vir behandeling nie en dat die substansafhanklike geneesheer lank geakkommodeer word: "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".

Die geneesheer kan teen die tyd wat hulp gesoek word al ernstige fisiese, psigiese en sosiale probleme ervaar (Rosenthal, 1995:25 en Brooke, 1995:151).

Die redes waarom geneesheer nie hulp soek nie, is legio. Die redes kan wissel van die risiko om finansiële en beroepsekuriteit te verloor, die onaanvaarbaarheid van so 'n swakheid in die beroepsgroep en die verdedigingstruktuur van die geneesheer van ontkenning dat daar enige probleem teenwoordig is, tot rasionalisering en regverdiging vir die gebruik van substansie uit die aard van sy beroep (Lawson & Lawson, 1989:136). McGovern, Angres & Loen (1998:98) het in 'n ondersoek na substansafhanklike geneesheer bevind dat die geneesheer wat al langer as 5 jaar 'n afhanklikheidsprobleem gehad het, veral disfunksie in hulle verhoudinge en werkverrigting getoon het. Dit is dus in belang van die geneesheer self en vir pasiëntesorg om so gou moontlik hulp te bekom.

6.2.3.2 Tipes substanse waarvan respondente afhanklik was

Tabel 16: Tipes substanse waarvan respondente afhanklik was

	Frekwensie N=20	Persentasie respondente
Alkohol	3	15
Farmaseutiese medikasie	7	35
Alkohol en farmaseutiese medikasie	3	15
Alkohol, farmaseutiese medikasie en oor-die-toonbankmedikasie	2	10
Alkohol, farmaseutiese, oor-die-toonbank-medikasie en dwelmmiddels	2	10
Alkohol, farmaseutiese medikasie en dwelmmiddels	1	5
Farmaseutiese en oor-die-toonbank-Medikasie	2	10

Sewentien (85%) respondente is polisubstansafhanklik, dit wil sê afhanklik van meer as een substans. Slegs 3 (15%) respondente is net alkoholafhanklik. Polisubstansafhanklikheid is baie algemeen, alhoewel pasiënte met primêre substansafhanklikheid hulle baie keer vir behandeling aanmeld. (Maisto, Galizio & Connors, 1995: 404).

Nace (1995:9) sluit hom hierby aan met die volgende stelling: "To find a drug-abusing patient whose use is confined to a single substance is unusual". Uit navorsing oor polisubstansmisbruik blyk dat dit 'n definitiewe patroon onder substansafhanklikes is (Nace, 1995:9).

Die gelyktydige gebruik van meer as een substans maak die substans-ervaring meer kompleks (Maisto, Galizio & Connors, 1995: 88). Wanneer twee substanses gelyktydig die liggaam binnegaan, vind daar wisselwerking plaas, met twee tipes reaksies tot gevolg.

Waar die wisselwerking tussen twee substanses die effek wat beleef word vergroot en die effek groter is as wanneer die twee substanses apart geneem sou word, word daar na sinergisme verwys. Twee substanses wat gesamentlik geneem word, kan egter die teenoorgestelde uitwerking hê en die effek van die substans laat afneem, en dan word daar verwys na substansantagonisme (Maisto, Galizio & Connors, 1995: 88).

Nace (1995:10) noem verskeie redes vir polisubstansmisbruik. Persone wat afhanklik is van 'n primêre substans, kan ander substanses gebruik as die geredelik beskikbaar is of as die substans van keuse nie beskikbaar is nie. Persone wat aan een tipe substans voorkeur gee, kan ander substanses gebruik om die nuwe-effekte van die primêre substans teen te werk en persone kan ook verskillende substanses verskillende tye van die dag gebruik vir spesifieke effekte. So byvoorbeeld kan 'n geneesheer stimulant in die oggend gebruik om aktief en wakker te wees, kalmeermiddels gedurende die dag om spanning te verlig en hipnotika in die aand om te kan slaap (Nace, 1995:10). 'n Volledige assessering en beplanning vir die behandelingsprogram vir die substansafhanklike is dus uiters belangrik, anders word dalk klem gelê op 'n primêre substans en word die misbruik van ander substanses kan onderskat (Maisto, Galizio & Connors, 1995: 404).

Sewe (35%) respondente is net afhanklik van farmaseutiese medikasie, en 10 (50%) het farmaseutiese medikasie in kombinasie met ander substans misbruik. Die misbruik van farmaseutiese medikasie is kenmerkend vir substansafhanklike geneeshere. Redes daarvoor is die maklike toegang tot farmaseutiese medikasie en die reg wat geneeshere het om vir hulle self te kan voorskryf. Die meeste navorsing oor die tipes substans waarvan geneeshere afhanklik is, bevestig hierdie bevindinge dat farmaseutiese medikasie en alkohol die meeste misbruik word (Brooke, 1995:150 en Mc Govern, Angres & Loen, 1998:97).

Elf (55%) respondente het onder andere 'n alkoholprobleem gehad en is alkohol saam met ander substans die middel wat die tweede meeste deur die respondente misbruik is.

Substans wat deur die respondente aangedui is, wat misbruik is, behalwe alkohol, word soos volg in tabel 17 uiteengesit:

Tabel 17: Spesifieke substansie waarvan die respondente afhanklik was

Oor-die-toonbank-medikasie	Dwelmmiddels	Farmaseutiese medikasie
Eetlusdempers	LSD	Valium
Syndol	Dagga	Slaapmedikasie (Bensodiasepiene)
Hoesmedisyne	Heroïen	Stopayne
Analgetika met kodeïen		Petidien
		Kalmeermiddels (Bensodiasepiene)
		Obex
		Ritalin
		Morfien
		Wellconal
		Tenuate

6.2.3.3 Tekens van substansafhanklikheid tydens universiteitsloopbaan

Tabel 18: Tekens van substansafhanklikheid tydens universiteitsloopbaan

Tekens van substansafhanklikheid/al dan nie	Frekwensie N= 20	Persentasie respondente
Tekens van substansafhanklikheid	7	35
Geen tekens van substansafhanklikheid	13	65

Sewe (35%) respondente het tekens van substansafhanklikheid gedurende hulle universiteitsloopbaan getoon, terwyl 13 (65%) nog nie enige tekens van substansafhanklikheid tydens hulle studiejare getoon het nie.

Die meerderheid, 4 (57,24%), respondente het afhanklikheid van medikasie aangedui, 2 (28,57%) van alkohol en 1 (14,29%) van dwelmmiddels.

Die gebruik van substans kom algemeen onder mediese studente voor (Nace, 1995:47). Nace (1995:54) maak egter ook die volgende stelling: "Clinically we know that many physicians develop drug and alcohol problems during their practice years without earlier pattern of abuse or dependence". Daar is egter nog te min navorsing gedoen oor die tendens van substansafhanklikheid onder mediese studente en die verband met latere substansafhanklikheid as geneesheer.

Internasionale navorsing meld dat die persentasie van mediese studente wat hulleself as substansafhanklik gedurende hulle opleidingsjare beskou het, 16% is (Nace, 1995:50).

Indien vorige algemene bevindinge vergelyk word met die resultate van hierdie ondersoek is dit duidelik dat die respondente 'n hoër tendens van substansafhanklikheid op universiteit reeds getoon het. Vyf-en-dertig persent van die mediese studente in hierdie ondersoek het substansafhanklikheid gedurende hulle studiejare getoon. 'n Relevante vraag sou wees of die mediese student met substansafhanklikheid in staat sou wees om sy studies te voltooi. Nace (1995:52) bevind dat in gevalle waar mediese studente 'n geskiedenis van selfbehandeling en afhanklikheid gehad het, 70% hulle studie wel voltooi het.

Die internskapjaar van mediese studente word as die mees veeleisende tydperk bestempel (Chambers & Maxwell, 1996:723). Myers en Weiss (in Hughes, Scott & De Witt, 1991:2069) het bevind dat studente se gebruik van medikasie in hulle internskapjaar vyf en 'n half keer hoër was as die gebruik onder die algemene populasie in hulle ouderdomsgroep.

Volgens 'n ondersoek deur Koran en Litt (in Hughes, Scott & De Witt, 1991:2069) het die gebruik van hipnotika, stimulantie of opiate en van alkohol 'n toename van onderskeidelik 7% en 12% getoon tydens die internskapjaar teenoor die vorige studiejare. Nace (1995:51) bevestig dat die gebruik van voorgeskrewe medikasie vir selfbehandeling die meeste voorgekom het onder studente in hulle internskapjaar. Die studiejare van die mediese student is veeleisend met baie stresfaktore, waarby die gebruik van substans 'n rol kan speel om verligting te bied.

Hierdie ondersoek het aangetoon dat die misbruik van medikasie oorheersend is, wat internasionale navorsing bevestig dat medikasie die mees misbruikte substans onder mediese studente is.

Verder word bevestig dat die mag wat studente in hulle internskapjaar verkry om medikasie te kan voorskryf, ook vir hulleself, 'n bydraende faktor kan wees in die ontwikkeling van 'n substansafhanklikheidsprobleem.

Die respondente kon veelvuldige faktore op die vraelys aandui as faktore wat 'n rol gespeel het by die misbruik van substans en die volgende faktore word bespreek:

'n Faktor wat volgens die respondente tot die misbruik van substans tydens hulle universiteitsloopbaan bygedra het is depressie, wat deur 6 van die 7 respondente genoem is. Een respondent het ontvlugting van die eise van die studierigting genoem; 3 repondente het verligting van slaapprobleme en ongereelde en lang werkure genoem, een respondente het gesê dat substansmisbruik 'n wyse was om verligting te verkry van emosionele belewenisse wat verband hou met die opleiding; 1 respondent het aangevoer dat dit slegs 'n wyse van sosialisering ook geword het en 3 respondente het bykomende redes aangevoer, naamlik dat substans gehelp het om studie te fasiliteer, hoofpyn te verlig en van lewenseise te ontvlug.

Dit is duidelik dat depressie deur die respondente as een van die belangrikste redes vir die misbruik van substans aangevoer is. Fromson *et al.* (1997:207) wys daarop dat die tendens tot depressie onder mediese studente drie keer groter is as by die algemene populasie. Nace (1995:52) meld dat bevindinge daarop dui dat vroulike dokters in hulle internskapjaar meer geneig is tot depressie en angs as hulle manlike eweknieë.

Fromson *et al.* (1997:207) merk die volgende op: "Maladaptive management of depression and stress can result in the use of alcohol and other drugs".

Chambers & Maxwell (1996:722) het in `n ondersoek bepaal dat algemene praktisyns en hospitaalkonsultante hoë vlakke van angs en depressie ervaar en dat die psigiese probleme `n rol daarin kan speel dat geneeshere hulle tot substansie wend.

6.2.3.3 Wyse waarop medikasie bekom is deur medikasie-afhanklikes

Die respondente kon veelvuldige wyses aandui hoe die medikasie waarvan hulle afhanklik is, bekom is, en dit word in tabel 19 geïllustreer.

Tabel 19: Wyse waarop medikasie bekom is deur medikasie-afhanklikes

Wyse waarop medikasie bekom is	Frekwensie N=17		Persentasie	
	Ja	Nee	Ja	Nee
Farmaseutiese verteenwoordiger	4	13	13,5	86,5
Self voorgeskryf	13	4	76,47	23,53
Oor die toonbank	6	11	35,29	64,71
Voorskrif van psigiater	3	14	27,64	72,36
Voorskrif van dokter	5	12	29,41	70,59
Voorskrifte van verskeie dokters	1	16	5,88	94,12
Self gedispenseer	11	6	64,70	35,30
Onwettige wyse	1	16	5,88	94,12

Sewentien (85%) respondente het onder andere 'n medikasie-afhanklikheidsprobleem gehad. (Kyk na paragraaf 6.2.3.2.) Vier respondente het die medikasie by 'n farmaseutiese verteenwoordiger verkry, 13 het die medikasie self voorgeskryf, 6 het oor-die-toonbank-medikasie gekoop, 3 het die medikasie deur 'n psigiater bekom, 4 het voorskrifte deur 'n dokter bekom en 1 respondent het verskillende dokters om voorskrifte genader. Elf respondente het die medikasie self gedispenseer en een het die medikasie onwettig deur 'n smous bekom.

Die meeste (76,47%) van die 17 respondente wat ook medikasie-afhanklikheid en/of polisubstansafhanklikheid aangedui het, het die medikasie self voorgeskryf, die tweede meeste respondente, 11 (64,7%), het ook self die medikasie gedispenseer en die derde meeste respondente, 6 (35,29%), het ook oor-die-toonbank medikasie aangekoop. Christie, Rosen & Bellin (1998:1253) bevestig dat die voorskryf van medikasie vir eie gebruik `n algemene praktyk onder geneeshere is. (Vergelyk Nace, 1995:51.)

Uit hierdie bevindinge is dit ook duidelik dat selfvoorskryf en selfdispensering verband hou met mekaar. Daar is geen werklike kontrole oor die selfvoorskryf en selfdispensering van medikasie nie, en dit is dus `n maklike en wettige wyse om `n substansafhanklikheidsprobleem instand te hou. In die internasionale literatuur geniet die aspek van selfbehandeling deur geneeshere aandag. Geen inligting was oor selfdispensering deur dokters op internasionale vlak egter beskikbaar nie. Christie, Rosen & Bellin (1998:1255) meen dat selfbehandeling en voorskryf vir eie gebruik pertinent tydens die opleiding van geneeshere moet aandag geniet. Nace (1995:52) merk tereg op dat selfadministrering van medikasie deur geneeshere fataal kan wees.

6.2.3.5 Positiewe effek van die substansie

Die respondente kon veelvuldige wat die positiewe effekte van substansie aandui (tabel 20).

Tabel 20: Die positiewe effekte van die substansie

Positiewe effek van die substans	Frekwensie N=20		Persentasie	
	Ja	Nee	Ja	Nee
Ontspannend	12	8	60	40
Kalmerend	12	8	60	40
Verlig depressie	13	7	65	35
Verlig frustrasie	9	11	45	55
Verlig totale uitputting	4	16	20	80
Verlig hartseer/ emosionele pyn	10	10	50	50
Verlig eensaamheid	12	8	60	40
Verlig angs	13	7	65	35
Gee selfvertroue	11	9	55	45
Ontvlug van daaglikse werkstres	10	10	50	50
Verlig slaapprobleme a.g.v.ongereelde werksure	11	9	55	45
Verlig emosionele stres a.g.v.beroep se eise	12	8	60	40
Verlig fisiese pyn/gesondheidsprobleme	9	11	45	55

Die positiewe effek wat substansie volgens die respondente gehaal het en waardeur verdere misbruik dus versterk is, word vervolgens bespreek.

Dertien (65%) respondente het onder andere verligting van depressie ervaar, 13

(65%) verligting van angs, 12 (60%) het die effek van die substans as ontspannend beleef, 12 (60%) het die effek as kalmerend beleef, 9 (45%) het verligting van frustrasie, 4 (20%) verligting van uitputting, 10 (50%) verligting van emosionele pyn, 12 (60%) verligting van eensaamheid en 11 (55%) `n toename in selfvertroue. Tien (50%) respondente het die positiewe effek van die substans benut as `n wyse om daaglikse werkstres te ontvlug, 11 (55%) het verligting van slaapprobleme as gevolg van ongereelde werkure ervaar, 12 (60%) het aangedui dat die effek van die substans gehelp het in die hantering van die emosionele stres verbonde aan hulle beroep en 9 (45%) het gesondheidsprobleme ervaar waarby die misbruik van die substans `n positiewe rol gespeel het.

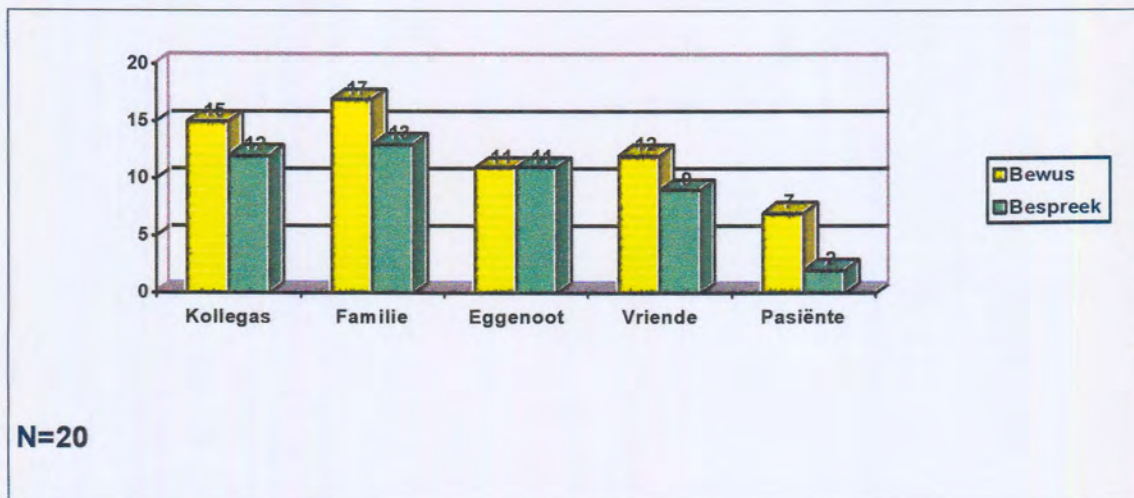
Die misbruik van substans het veelvuldige behoeftes in die respondente se funksionering bevredig, wat intrapsigies en interpersoonlik van aard is. Intrapsigiese redes vir die misbruik van substans was grootliks die verligting van depressie en angs. In navorsing oor substansafhanklike geneeshere en depressie, is depressie as `n algemene diagnose gemaak, saam met die substansafhanklikheid (McGovern, Angres & Loen, 1998:94). Uit hierdie bevindinge blyk duidelik dat die respondente ook meestal verligting van depressie en angs ervaar het. Die simptome van depressie, angs en substansmisbruik is aspekte wat pertinent by die mediese student as risikofaktore uitgewys is (Nace, 1995:45). Navorsing het ook getoon dat die voorkoms van depressie onder mediese studente drie keer hoër is as onder die algemene populasie. In `n studie oor die voorkoms van lewenslange depressie by vroulike dokters, is bevind dat 51% `n geskiedenis van depressie het (Miller & McGowen, 2000:966-973).

Die moontlikheid dat geneeshere hulle tot substansmisbruik kan wend om simptome van depressie en stres te verlig, is groot en skep `n risiko vir substansafhanklikheid (Fromson *et al.*, 1997:207).

Fromson *et al.* (1997:207) wys daarop dat die gebruik van substansie deur die mediese student dikwels begin as 'n wyse om te ontspan en wanneer stressore en die eise van hulle daaglikse bestaan onhanteerbaar raak, word die gebruik van substansie 'n wyse om stres en onaangename emosies te ontvlug. Hughes, Scott & De Witt (1991:2069) het ook bevind dat ontspanning 'n primêre rede vir die misbruik van substansie is. Uit hierdie bevindinge blyk ook duidelik dat 'n groot getal respondente die substansie misbruik het vir die verligting van emosionele stres en werkstressore, dit wil sê om te kan ontspan. Elf respondente het toename in selfvertroue aangedui as die positiewe effek wat hulle ervaar het, wat 'n positiewe rol binne werksverband maar ook in interpersoonlike verhoudinge kan speel.

6.2.3.6 Bewustheid van substansafhanklikheidsprobleem en bespreking daarvan met andere

Figuur 13: Bewustheid van substansafhanklikheidsprobleem en bespreking daarvan met andere



Vyftien (75%) respondente se kollegas was bewus van hulle afhanklikheidsprobleem en 12 (60%) se kollegas het hulle probleem met hulle bespreek. Sewentien (85%) van die respondente se familie was bewus van die probleem en 13 (65%) van die familie het die probleem met hulle bespreek. Die respondente, 11 (55%), wat eggenotes of saamleefmaats het, was bewus van die substansafhanklikheid en het dit met hulle bespreek. Twaalf (60%) van die respondente se vriende was bewus van die probleem en 9 (45%) het die probleem met hulle bespreek. Sewe (35%) respondente het aangedui dat pasiënte bewus geraak het van hulle substansafhanklikheid en dat slegs 2 (10%) pasiënte die probleem met hulle bespreek het.

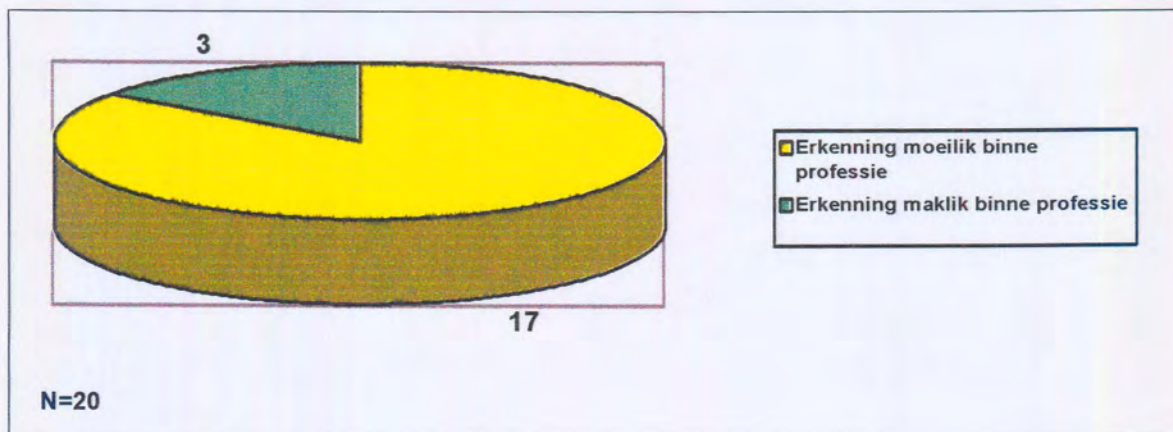
Nace (1995:58) wys daarop dat die eggenote en familielede gewoonlik eerste die impak van die geneesheer se substansafhanklikheid beleef. Baie keer word die substansafhanklikheid van die geneesheer deur familie en gesinne op 'n ekstreme wyse geheim gehou. Die familie se reputasie en finansiële status en die gesin en familie se sosiale status kan skade berokken word (Nace, 1995:58).

Die werkplek is die tweede mees algemene opset waarbinne daar bewus geraak word van die geneesheer se substansafhanklikheid. Stories en gerugte oor kollegas word gedeel soos in enige ander werksopset (Rosenthal, 1995:25). Die wyse hoe kollegas in die werksopset kan reageer, is deur aan die geneesheer hulle bekommernis te laat deurskemer. 'n Ander wyse is deur die geneesheer behulpsaam te wees met take en pasiënte ten einde hom en die pasiënte te beskerm. Werklike optrede teen die geneesheer kom baie keer eers jare later wanneer die probleem ekstreme afmetings begin aanneem (Rosenthal, 1995:25). As in ag geneem word hoeveel jare die geneesheer al praktiseer (72,2% praktiseer al langer as 10 jaar kyk 6.2.1.7) en hoe lank die afhanklikheidsprobleem al duur (die meeste respondente se afhanklikheid strek oor langer as 6 jaar - kyk 6.2.3.1), het die meeste ook lank gepraktiseer terwyl hulle 'n afhanklikheidsprobleem gehad het. Rosenthal (1995:19) wys daarop dat die norm van nie-kritisering en 'n sameswering van verdraagsaamheid van geneesheer teenoor mekaar bestaan.

Brooke (1995:151) het bevind dat kollegas nie weet hoe om op te tree nie en daarom eerder die probleem ontken of vermy. Fallberg en Borgenhammer (1997:137) sluit hulle aan by laasgenoemde skrywer en merk op dat probleme soos substansafhanklikheid baie keer deur kollegas verswyg word.

6.2.3.7 Belewenis van die erkenning van substansafhanklikheid deur die respondente

Figuur 14: Belewenis van die erkenning van substansafhanklikheid deur die respondente



Die meeste respondente, naamlik 17 (85%), het beleef dat dit vergeleke by ander professies vir hulle as geneeshere moeiliker is om die bestaan van `n substansprobleem te erken. Drie (15%) respondente was van mening dat die erkenning van substansafhanklikheid vir geneeshere nie moeiliker is as vir ander professies nie. Die meeste respondente het dus gemeen dat die aard van hulle beroep die erkenning van `n substansafhanklikheidsprobleem moeiliker maak as wat die geval by ander professies.

Brooks & Rice (1997:149) meen dat die ontkenning van `n afhanklikheidsprobleem deel is van die verdedigingsmeganisme van alle substansafhanklikes. By die geneesheer is hierdie verdedigingsmeganisme nog meer rigied (Nace, 1995:130). Die mediese profesie staan bekend as `n populasie wat fisiese pyn ontken, hoeveel te meer emosionele pyn (Fayne & Silvan, 1999:125).

Nace (1995:130) merk die volgende op: “For those engaged in careers where mental activity is their strength, the suddenness of having been blind to their own behaviour yields affects ranging from humiliation and anger to self-doubt and fear”. `n Ander bydraende faktor is die aanvaarding van die rol van pasiënt. Dit is vir die geneesheer moeilik om die pasiëntrol te aanvaar (Fayne & Silvan, 1999:124).

Die volgende stelling van Furman (1992:96) beklemtoon die aspek: “We as physicians are the healers. The dichotomy of being both a doctor and patient threaten the integrity of the club; furthermore, the sick physician makes us uncomfortable”.

Die respondente kon veelvuldige redes kies waarom hulle van mening is dat dit moeiliker is in hulle professie om substansafhanklikheid te erken as wat die geval by ander professies is. In tabel 21 word die verskillende redes wat die erkenning van substansafhanklikheid deur die respondente bemoeilik het, uiteengesit.

Die meeste respondente, 15 (88,24%), het vrees vir rapportering by die Mediese Beroepsraad en vrees om die respek van hulle kollegas te verloor, aangedui as die belangrikste redes. Redes wat die tweede meeste deur 13 (76,47%) respondente aangevoer is wat die erkenning van substansafhanklikheid bemoeilik, is die identiteit as geneesheer, die onaanvaarbaarheid van die idee dat die helper nie sy eie probleme kan hanteer nie en die opvatting dat `n geneesheer altyd in beheer moet wees en `n beeld van bekwaamheid moet uitstraal. Twaalf (70,59%) respondente het aangedui dat die opvatting dat geneesheer nie emosionele kwesbaarheid in hulle beroep mag toon nie, `n verdere bydraende rede is en 11 (64,71%) respondente het die opvatting dat dit vir `n geneesheer ontoelaatbaar is om self probleme te hê wat hy nie kan hanteer nie en vrees vir finansiële verliese aangedui as aspekte wat die erkenning van substansafhanklikheid bemoeilik.

Twee respondente het twee bykomende aspekte genoem as redes wat die erkenning van substansafhanklikheid bemoeilik, naamlik die opvatting dat geneeshere nie substansafhanklik raak nie en `n vrees vir mislukking. Nege (52,94%) respondente het die rol van pasiënt onaanvaarbaar gevind en 8 (47,06%) het gevrees dat hulle pasiënte gaan verloor.

Tabel 21: Redes wat die erkenning van subtansafhanklikheid bemoeilik het

Redes	Frekwensie (N=17)		Persentasie	
	Ja	Nee	Ja	Nee
Identiteit as dokter	13	4	76,47	23,53
Vrees vir rapportering by Mediese Beroepsraad	15	2	88,24	11,76
Ontoelaatbaarheid binne professie om self probleme te hê	11	6	64,71	35,29
Vrees om respek van kollegas te verloor	15	2	88,24	11,76
Onaanvaarbare idee dat helper nie self `n probleem kan hanteer nie	13	4	76,47	23,53
Die rol van pasiënt is onaanvaarbaar	9	8	52,94	47,06
Moet in beheer wees en beeld van bekwaamheid uitstraal	13	4	76,47	23,53
Vrees vir finansiële verliese	11	6	64,71	35,29
Kan nie in professie emosionele kwesbaarheid toon nie	12	5	70,59	29,41
Vrees om pasiënte te verloor	8	9	47,06	52,94

Fayne & Silvan (1999:125) maak die volgende opmerking oor die sterk ontkenning van afhanklikheidsprobleme deur die geneesheer: " This attitude of superiority and invulnerability at times can be reckless".

Fish &Steinert (1995:249) merk op dat baie min geneesheer vrywillig hulp soek vir hulle substansafhanklikheidsprobleem oor die vrees dat die Mediese Beroepsraad sal verneem van hulle substansafhanklikheid. Die substansafhanklike geneesheer vrees dat sy lisensie om te praktiseer, opgeskort kan word, wat baie implikasies vir sy beroep, finansies, verdere loopbaan en gesin kan inhou (Fish & Steiert, 1995:250). Baie keer het die geneesheer se substansafhanklikheid ver gevorder voor die aangeleentheid onder die Mediese Beroepsraad se aandag gebring word.

Lawson, Ruiz & Millman (1992:900) merk op dat die erkenning van `n substansafhanklikheidsprobleem vir die geneesheer `n bedreiging vir sy professionele identiteit is en `n stelling maak ten opsigte van persoonlike kwesbaarheid. Om `n swakheid te hê of te openbaar, is `n bedreiging vir die geneesheer se selfbeeld en eiewaarde en strook nie met die beeld van die geneesheer nie (Fayne & Silvan, 1999:126). Die ontwikkeling van die identiteit van geneesheer behels `n internalisering van die siening dat geneesheer immuun is en verhewe is bo normale probleme (Fayne & Silvan, 1999:124).

Die stigmatisering om as `n substansafhanklike geneesheer bekend te staan, hou nie net implikasies vir die geneesheer se eiewaarde en status in nie, maar het ook finansiële implikasies. Interessant is die vrees om die respek van hulle kollegas te verloor, wat die respondente as rede aangevoer het. Die interpersoonlike verhoudinge onder geneesheer word as beskermend en ondersteunend teenoor mekaar gekenmerk (Rosenthal, 1995:19). Gedeelte belewenisse van geneesheer skep `n sterk gevoel van wedersydse begrip.

Kollegas se menings oor mekaar is dus belangrik in die professie en die substansafhanklike geneesheer kan beleef dat hy sy professie skade aandoen as sy substansafhanklikheid bekend raak, maar dat hy ook `n verleentheid skep vir sy kollegas.

Gesindhede onder geneeshere oor substansafhanklike pasiënte is in die algemeen negatief en versterk dus die vrees vir die substansafhanklike geneesheer oor die houding wat kollegas gaan openbaar met die erkenning van sy probleem. Wantroue van kollegas en pasiënte kan `n realiteit word, met gevolglike staking van verwysings na so `n geneesheer (Lawson *et al.*, 1992:899).

6.2.3.8 Die onderskeie behandelingsinsette wat die respondente ontvang het

Twintig (100%) respondente het verskeie behandelingsinsette vir hulle substansprobleem ontvang. Die tipe behandeling wat die respondente ontvang het word soos volg in tabel 22 uiteengesit.

Tabel 22: Tipes behandelingsinsette wat die respondente ontvang het

Tipe behandeling	Frekwensie (N=20)		Persentasie	
	Ja	Nee	Ja	Nee
Sielkundige sessies	12	8	60	40
Psigiatriese sessies	14	6	70	30
Binne-pasiënte in `n kliniek vir substansafhanklikheid	18	2	90	10
Binnepasiënte in `n psigiatriese kliniek	10	10	50	50
Buitepasiënte by `n kliniek vir substansafhanklikheid	9	11	45	55
Buitepasiënte by `n psigiatriese kliniek	8	12	40	60
Inskakeling by ondersteuningsgroepe (NA, AA)	13	7	65	35

Die meeste respondente 18(90%) het in `n binnepasiënte-fasiliteit spesifiek vir substansafhanklikheid behandeling ontvang. Dit is ook duidelik dat van die respondente al verskeie behandelingsinsette vir hulle substansafhanklikheid ontvang het.

Veertien (70%) respondente het ook by psigiatriese sessies ingeskakel, 12(60%) by sielkundige sessies, 10 (50%) by `n psigiatriese kliniek vir binnepasiënte-behandeling, 9 (45%) op `n buitepasiënte-basis by `n kliniek vir substansafhanklikheid, 8 (40%) op `n buitepasiënt-basis by `n psigiatriese kliniek en 13 (65%) respondente het ook by `n ondersteuningsgroep soos Alkoholiste Anoniem of Narkotika Anoniem.

Navorsing toon dat `n binnepasiënte-program, inskakeling vir terapie na behandeling vir `n verdere een tot twee jaar en deelname aan `n ondersteuningsgroep en gereelde urine-toetsing, gewoonlik die norm is vir behandeling van die substansafhanklike geneesheer (McGovern, Angres & Loen, 1998:93). Studies toon dat die herstel van geneesheer met substansafhanklikheid gunstiger is as onder die algemene populasie (McGovern, Angres & Loen, 1998:93 en Lawson & Lawson, 1989:135).

Die meeste respondente, 12 (60%), het ook vir ander psigiatriese probleme behalwe substansafhanklikheid behandeling ontvang. Meervoudige diagnoses, dit wil sê van substansafhanklikheid en `n ander psigiatriese siekte, toon `n hoë tendens onder geneesheer en daarom is dit belangrik dat die substansafhanklike deeglik geassesseer word en alle problematiek aangespreek word (Rotgers, Keller & Morgenstein, 1996:13 en Nace, 1995:171). Lawson & Lawson (1989:7) wys daarop dat hierdie tweeledig gediagnoseerde pasiënte `n multiprofessionele benadering benodig. Tien (83,33%) van die 12 respondente het aangedui dat hulle ook `n gemoedsversteuring, depressie, het waarvoor hulle behandeling ontvang het.

Een van die respondente het saam met die depressie ook nog `n eetversteuring gehad. Die ander 2 (16,67%) respondente het aangedui dat hulle vir `n bipolêre gemoedsversteuring behandeling ontvang het.

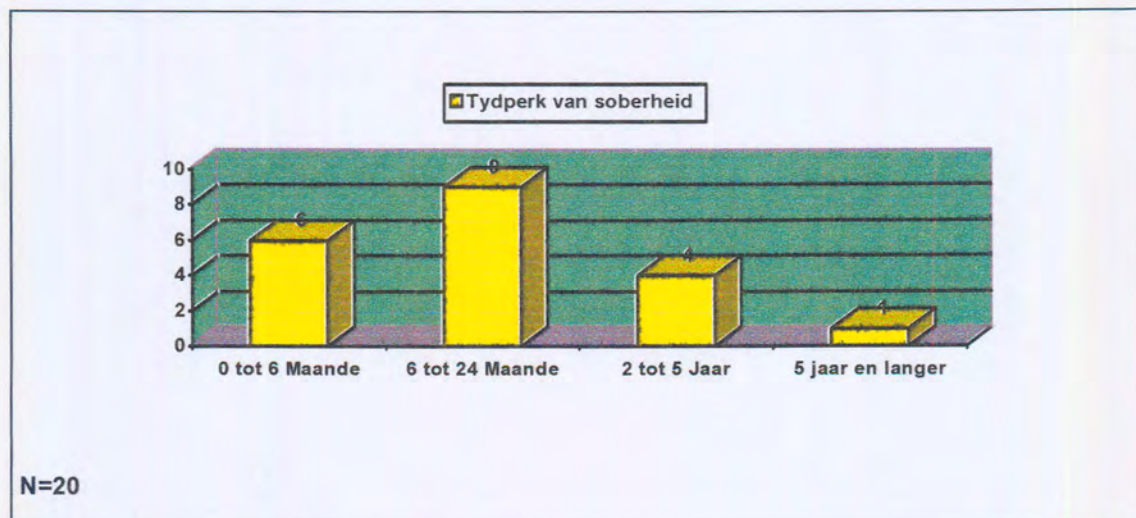
Navorsing toon dat die voorkoms van depressie en angsversteurings tot selfs 60% by substansafhanklikes kan wees (Rotgers, Keller & Morgenstein, 1996:13).

Die voorkoms van depressie onder die geneesheerpopulasie is baie hoog en bogenoemde bevindinge bevestig dit (Miller & McGowen, 2000:966-973). Volgens Chambers & Maxwell (1996:722) dui navorsingsbevindinge daarop dat daar 'n toename van psigiatrisiese siektes onder algemene praktisyns is en dat depressie en angs veral onder algemene praktisyns voorkom.

In 'n studie deur McGovern, Angres & Loen (1998:100) onder substansafhanklike geneeshere is bevind dat behalwe die substansafhanklikheid, depressie die algemeenste diagnose was. Dertien (65%) respondente in hierdie ondersoek het ook aangedui dat die positiewe effek van die substans verligting van depressie was. (Kyk 6.2.3.5.)

6.2.3.9 Tydperk wat respondente soberheid gehandhaaf het

Figuur 15: Tydperk wat respondente soberheid gehandhaaf het



Die meeste respondente, 9 (45%), handhaaf soberheid nog slegs vir 6 tot 24 maande 4 (20%) respondente vir tussen 2 en 5 jaar, een (5%) vir langer as 5 jaar en die tweede meeste respondente, 6 (30%), soberheid handhaaf vir 6 maande en korter. As daar in ag geneem word dat die meeste respondente (65%) al 6 jaar en langer `n substansafhanklikheid het, (kyk 6.2.3.1), het die meeste `n lang geskiedenis van substansafhanklikheid en handhaaf hulle maar nog vir `n kort tydperk soberheid.

Die meeste bevindinge en ook hierdie ondersoek bevestig die feit dat substansafhanklikheid al gevorderd en `n langtermynprobleem is voordat daar hulp gesoek word (Brooke, 1995:151). Volgens McGovern, Angres & Loen (1998:99) se ondersoek onder substansafhanklike geneeshere het die meeste al langer as 5 jaar `n afhanklikheidsprobleem en het daar al ernstige aantasting ten opsigte van hulle werkverrigting en interpersoonlike verhoudinge voorgekom. Hoe vroeër daar hulp gesoek word, hoe beter is die kans dus dat langtermyn en onomkeerbare skade vermy kan word.

6.2.3.10 Rol wat eise van mediese beroep kon speel by respondente se substansafhanklikheid

Dertien (65%) van die respondente is van mening dat die eise van hulle beroep `n rol gespeel het in hulle substansafhanklikheid en 35% meen weer die eise van hulle beroep het nie geen rol gespeel nie. Eise van die mediese beroep wat bygedra het tot 65% van die respondente se substansafhanklikheid word in tabel 23 uiteengesit.

Tabel 23: Eise van die mediese beroep wat 'n rol in respondente se substansafhanklikheid gespeel het

Eise van die beroep	Frekwensie (N=13)		Persentasie	
	Ja	Nee	Ja	Nee
Ongereelde en lang werkure	8	5	61,54	38,46
Eise en verwagtinge van pasiënte	4	9	30,7	69,23
Hantering van sterwende pasiënte	3	10	23,08	76,92
Bestuur en besigheidseise van 'n praktyk	6	7	46,15	53,85
Emosionele stres om beroep en gesinslewe in balans te bestuur	7	6	53,85	46,15
Emosionele en fisiese uitputting	8	5	61,54	38,46
Minimum tyd vir persoonlike en gesinsontspanning	7	6	53,85	46,15
Geen ingeboude ondersteuningsisteme binne beroep	10	3	76,92	23,08
Risiko om met MIV besmet te word	0		0	0
Maklike toegang tot middels	11	2	84,62	15,38
Bevordering van werkvermoë en uithouvermoë	6	7	46,15	53,85

Uit tabel 23 is dit duidelik dat 11 (84,62%) van die 13 respondente gemeen het die maklike toegang tot middels in hulle beroep het die grootste rol gespeel in hulle substansafhanklikheid. Nace (1995:64) verklaar: "Availability provided a window of opportunity". Die beskikbaarheid en maklike verkrygbaarheid van middels speel defnitief 'n rol in die ontwikkeling van substansafhanklikheid.

Rosenthal (1995:25) bevestig dat maklike toegang tot middels, stres, angs, depressie, eise van die beroep, lang en ongereeelde werkure en gereelde verhuising komponente is wat 'n rol speel in die ontwikkeling van psigiatriese siektes by dokters.

Die tweede grootste rede wat 10 (76,92%) van die respondente genoem het, is die gebrek aan ondersteuningsisteme binne die professie. Die geneesheer word blootgestel aan baie stressore. In 'n studie oor die stresfaktore wat verskeie beroepe ervaar, is die stres by geneeshere bo die gemiddelde vir alle ander beroepsklasse, veral in die areas van te hoë werkklading en te veel verantwoordelikhede vir mense (Nace, 1995:65). Ondersteuning is minimaal en die werksomstandighede en werk self stel hoe eise aan die geneesheer. In die privaatpraktyk is werknemershulpprogramme waaruit ondersteuning geput kan word, nie beskikbaar nie. Nace (1995:53) meen dat die volgende faktore die werksomstandighede van en ondersteuning aan geneeshere kan bevorder: "That hospitals provide adequate salaries, increase benefits, and provide services such as child care and financial counseling. They emphasize the need of protective time off, beter sleeping conditions, fewer nights on call, and increased availability of faculty. Training in stress reduction, support groups for residents, and regular social events would be expected to boost morale".

Die derde grootste rede wat 8 (61,54%) respondente aangevoer het, is ongereeelde en lang werkure wat saamgaan met emosionele en fisiese uitputting. Substanse word gebruik om moegheid teen te werk en om te kan slaap.

Hierdie kringloop om wakker te bly en dan weer te kan slaap, skep `n groot risiko vir latere substansafhanklikheid (Nace, 1995:55). Ses (46,15%) respondente het gemeld dat die substansse uithouvermoë en werkvermoë positief beïnvloed het.

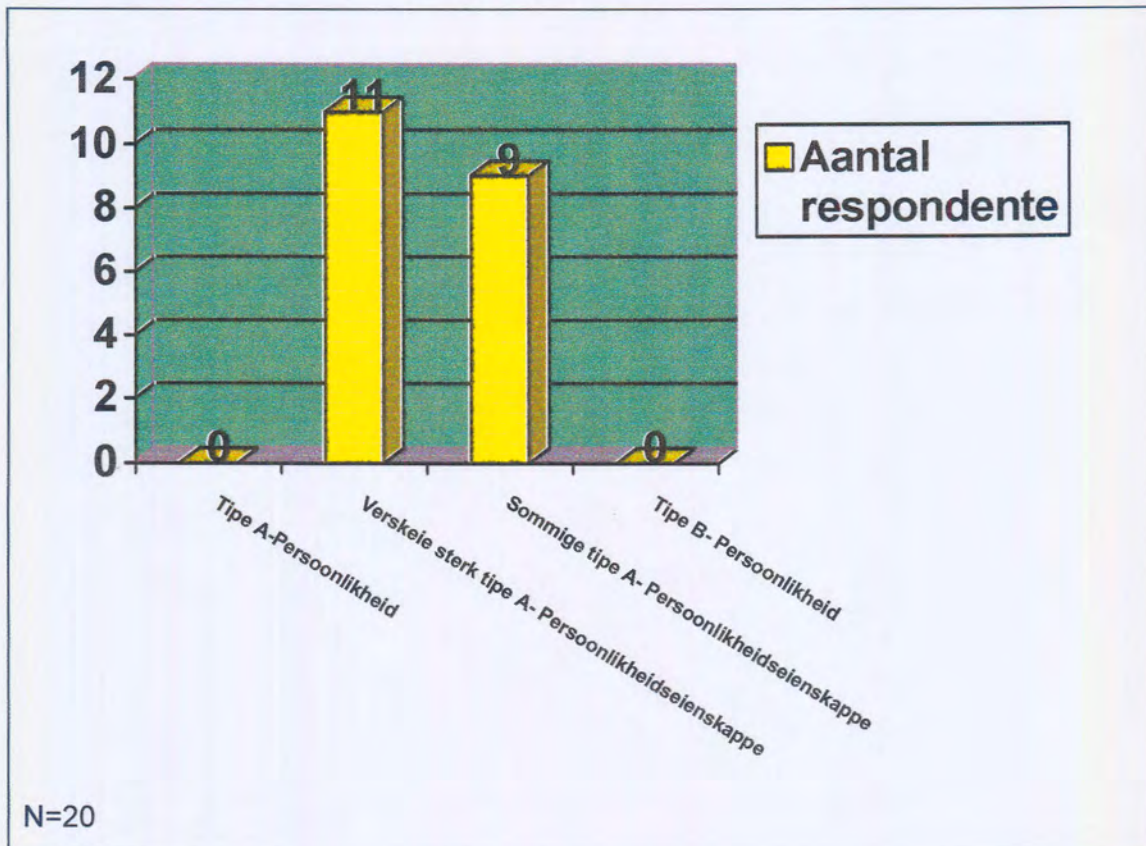
Ander faktore wat deur 7 (53,85%) respondente genoem is, is min persoonlike tyd en tyd vir gesinsontspanning, wat korreleer met 7 (53,85%) respondente wat die belewenis van emosionele stres om beroep en gesinslewe te balanseer, as `n faktor noem. Ses (46,2%) respondente het die eise en bestuur van `n besigheid genoem, 4 (30,7%) het die eise wat pasiënte stel, genoem en 3 (23,08%) het die werk met sterwende pasiënte as `n bydraende faktor geïdentifiseer.

Cooper, Rout & Faragher (1989:367) het werksverwante stressore by geneeshere geïdentifiseer. Die faktore in volgorde van belangrikheid is soos volg en sluit aan by wat in hierdie ondersoek is:

- Eise van die werk en pasiënte.
- Onderbrekings, onderbreking in gesinstyd, krisis, oproepe dag en nag.
- Praktykadministrasie en bestuur
- Vind van balans te vind tussen werkseise en gesinsontspanning.
- Hantering van sterwendes.
- Mediese verantwoordelikhede vir familie en vriende.

Figuur 16: Persoonlikheidsprofiel van respondente met betrekking tot belewenis van stres

Figuur 16: Persoonlikheidsprofiel van respondente met betrekking tot belewenis van stres



Die meeste respondente 11 (55%) het verskeie en sterk tipe A-persoonlikheidseienskappe getoon en 9 (45%) respondente het voldoen aan sommige tipe A-persoonlikheidseienskappe.

Die meeste respondente 11 (55%) het verskeie sterk tipe A-persoonlikheidseienskappe getoon en 9 (45%) respondente het voldoen aan sommige tipe A-persoonlikheidseienskappe.

6.2.3.11 Persoonlikheidsprofiel van die respondente met betrekking tot die belewenis van stres

Navorsingsbevindinge toon 'n verband aan tussen 'n spesifieke persoonlikheidstipe en die hantering van stres by 'n substansafhanklike geneesheer. 'n Tipe A-persoonlikheid by die hantering van stres kan 'n bydraende faktor wees in die ontwikkeling van substansafhanklikheid by die geneesheer (Cooper, Rout & Farragher, 1989:368 en Nace, 1995:70). Persoonlikheidseienskappe waarvoor die tipe A-persoonlikheid in verband met die hantering van stres beskik, is kompetierend, ongeduldig, perfeksionisties, tydgebonde, ambisieus, haastig en rusteloos (Archer, 1991:150). Die tipe A-persoonlikheidsprofiel is stres kwesbaar en die profiel hou verband met oormatige belewenis van stres. Archer (1991:151) se tipe A-persoonlikheidseienskapsvraelys is in die vraelys aan die respondente ingesluit, om 'n aanduiding te verkry oor die teenwoordigheid van die persoonlikheidsprofiel in die hantering van stres onder die substansafhanklike geneesheer.

Die vraelys wat Archer (1991:151) saamgestel het is gebaseer op Friedman en Rosenman se navorsing oor persoonlikheidstipes en hulle reaksie tot stres. Die vraelys meet die volgende dimensies:

- 'n Groot moontlikheid van tipe A-persoonlikheid.
- Verskeie en baie sterk tipe A-persoonlikheidseienskappe.
- Voldoen aan sommige Tipe A-persoonlikheidseienskappe.
- Waarskynlik 'n tipe B-persoonlikheid (nie so stres kwesbaar nie).

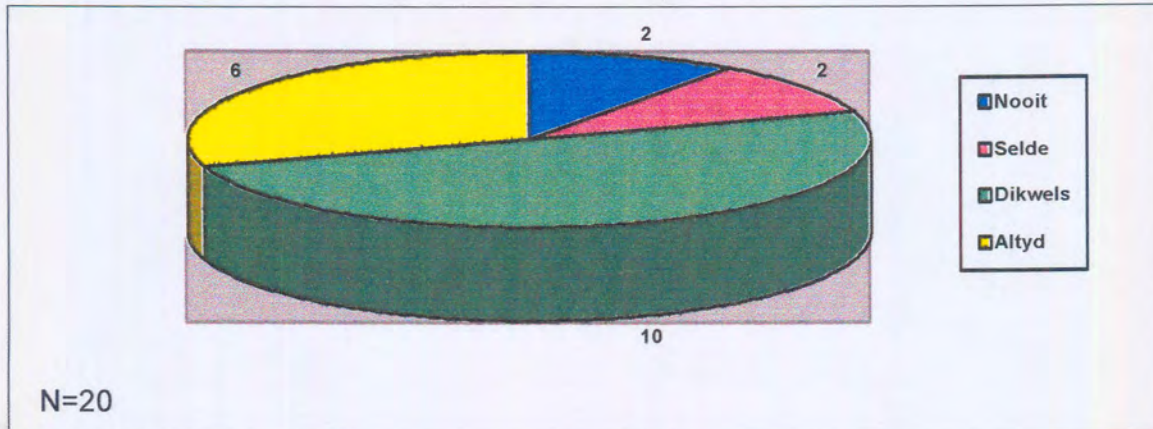
In hierdie ondersoek is dit duidelik dat al die respondente oor tipe A-persoonlikheidseienskappe beskik en stres dus meer intens beleef. Archer (1991:150) maak die stelling dat die tipe A-persoonlikheidseienskappe eerder 'n tendens is waarvolgens persone reageer in verskillende situasies. Onlangse navorsing het ook die hipotese gestel dat persone met swak identiteitsontwikkeling en lae selfbeelde hierdie karaktereienskappe ontwikkel om hulleself te kan handhaaf (Archer, 1991:150).

Die laaste stelling toon 'n sterk verband met die bevindinge dat 60% respondente van mening was dat hulle nie in ouerhuise grootgeword het waar 'n atmosfeer vir die ontwikkeling van 'n positiewe selfbeeld en selfvertroue teenwoordig was nie (kyk 6.2.2.4). Hierby sluit ook aan die mening van Fayne & Silvan (1999:127) dat sekere studente medies gaan studeer om 'n valsbeeld van sukses, mag, bekwaamheid en selfvertroue te skep, maar dat onder hierdie vals identiteit gevoelens van minderwaardigheid en depressie onderdruk word.

Die tipe A-persoonlikheid beleef stresfaktore baie intens en Fromson *et al.* (1997:207) meen reeds dat die moontlikheid vir geneeshere om hulle na substansmisbruik te wend om simptome van stres te verlig 'n risiko skep vir substansafhanklikheid. Fromson *et al.* (1997: 204) en Nace (1995:70) meen dat die eienskappe van perfeksionisme, kompulsiwiteit, kompetisie en ambisie reeds eienskappe is waarvoor mediese studente gekeur word, behalwe akademiese prestasie. Hierdie eienskappe kan bydrae tot suksesvolle opleiding en 'n suksesvolle beroep. Hierdie eienskappe kan egter ook bydra tot die ontwikkeling van disfunksionele wyses van aanpassing by stressore en eindig in probleme by die geneesheer (Fromson *et al.*, 1997: 204).

6.2.3.12 Belewenis van beroepsbevrediging

Figuur 17: Belewenis van beroepsbevrediging

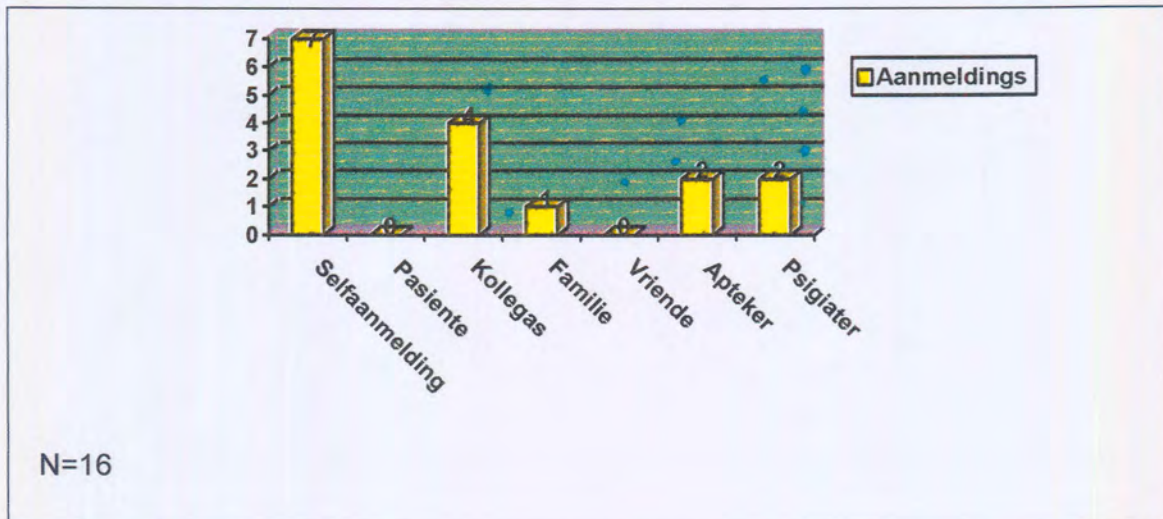


Slegs 2 (20%) respondente beleef nie beroepsbevrediging nie, 10 (50%) respondente beleef dikwels beroepsbevrediging en 6 (30%) beleef altyd beroepsbevrediging. Die meeste respondente, 16 (80%), beleef beroepsbevrediging in die algemeen. Dit is dus duidelik dat die respondente se belewenis van beroepsbevrediging nie `n verband toon met hulle substansafhanklikheid nie. Nace (1995:67) meld dat dat in `n ondersoek 43% geneeshere lae beroepsbevrediging beleef het.

6.2.3.13 Bewustheid van die Gesondheidskomitee (in die Mediese en Tandheelkundige Beroepsraad) van substansafhanklikheid

Die Gesondheidskomitee is van 16 (80%) van die respondente se substansafhanklikheid bewus en 4 (20%) van die respondente is onbekend aan die Gesondheidskomitee. Die wyse waarop die Gesondheidskomitee van die respondente se substansafhanklikheid verneem het word in figuur 23 voorgestel.

Figuur 18: Wyse waarop die Gesondheidskomitee van substansafhanklikheid bewus geraak het



Die meeste respondente, 7 (43,75%), het hulle self aangemeld, 4 (25%) respondente is aangemeld deur kollegas, 1 (6,25%) respondent deur familie, 2 (12,50%) respondente deur 'n apteker en nog 2 (12,50%) deur 'n psigiater.

Die Gesondheidskomitee het aan 14 (87,5) van die respondente beperkings ten opsigte van praktisering opgelê en aan slegs twee (12,5%) respondente is geen beperking opgelê nie.

Die respondente se reaksies op die feit dat hulle aangemeld is by die Gesondheidskomitee het gewissel van vrees, ontsteltenis en selfbewustheid tot 'n gevoel van verantwoordelikheid om self hulle substansafhanklikheid aan te meld.

Al die reaksies van die respondente het gedui op intense negatiewe gevoelens oor hulleself, alhoewel die meeste uiteindelik gedink het aanmelding is 'n verantwoordelike besluit.

Dit is egter duidelik dat dit steeds `n groot probleem vir die geneeshere is om hulle substansafhanklikheid te erken en aan te meld en te erken dat hulle hulp benodig.

Kanada was een van die eerste lande wat die probleem van hulpbehoewende geneeshere wat nie hulp soek nie, erken het en in 1987 is daar `n komitee saamgestel om die emosionele gesondheid van geneeshere te bevorder deur die ontwikkeling van `n verwysings- en beradingsdiens (Maxwell & Chambers, 1996:722 en Fish & Steinert, 1995:249). Noorweë het in 1993 1,3 miljoen Amerikaanse dollar belê in programme om geneeshere se gesondheid en werksomstandighede te verbeter. Brittanje het `n werkkomitee saamgestel na aanleiding van die Nuffield Provincial Hospital Trust se verslag in 1996 dat geneeshere spesiale gesondheidsbehoefte het, om `n onafhanklike, toeganklike en beskikbare gesondheidsdiens vir geneeshere te ontwikkel (Maxwell & Chambers, 1996:723). Die meeste beskikbare programme het hulle oorsprong by `n mediese assosiasie of Mediese Rade, wat geneeshere laat huiwer om daarvan gebruik te maak (Fish & Steinert, 1995:249).

6.3. Die empiriese ondersoek met betrekking tot die kwalitatiewe benadering

Vyf respondente het deelgeneem aan die kwalitatiewe deel van die navorsing. Daar is van die metode van doelgerigte steekproefneming gebruik gemaak. Die data-insameling is gedoen deur semi-gestruktureerde onderhoudvoering met 'n semi-gestruktureerde onderhoudskedule. Die onderhoud is met behulp van bandopnames gevoer en woordeliks getranskribeer. Die data is gestoor in die vorm van analitiese lêers waaruit kategorieë en temas later geïdentifiseer is. Die data-analise is gedoen volgens Huberman en Miles se benadering (Poggenpoel, 1998:340). Huberman en Miles is van mening dat data-analise uit drie interafhanklike prosesse bestaan, naamlik datavermindering, datavoorlegging en die maak van gevolgtrekkings en verifiëring van die data (Poggenpoel, 1998:340).

Die respondente wat deelgeneem het aan die semi-gestruktureerde onderhoudvoering het aan die volgende kriteria voldoen:

- Die respondent was 'n geneesheer
- met 'n substansafhanklikheidsprobleem.
- Die respondent was bereid om vrywillig aan die ondersoek deel te neem en
- het ingeligte toestemming tot die onderhoudvoering verleen.
- Die respondent was maklik bereikbaar en beskikbaar vir onderhoudvoering.

Bylae 2 bevat 'n voorbeeld van sowel die semi-gestruktureerde onderhoudskedule wat tydens die semi-gestruktureerde onderhoudvoering gebruik is, as die dokument wat ingeligte toestemming deur die respondent tot onderhoudvoering en gebruik van die inligting vir navorsingsdoeleindes verleen. Die semi-gestruktureerde onderhoudskedule wat gebruik is, sluit die biografiese gegewens in, asook agtergrondsgeskiedenis, afhanklikheidsgeskiedenis en die rol van die beroepsgroep met betrekking tot die afhanklikheid.

Die vertrouenswaardigheid van die kwalitatiewe deel van die ondersoek kan aan die hand van Guba se model geëvalueer word en die volgende gevolgtrekkings kan gemaak word (Poggenpoel, 1998:348-351):

- Die vertrouenswaardigheid van die data word bevestig deur die konsekwente bevindinge van vyf verskillende respondente. Die kwalitatiewe data is ook akkuraat en spesifiek beskryf. Die data toon ook sterk ooreenkomste met die kwantitatiewe bevindinge van die ondersoek.
- Die beskrywende data is voldoende dat die ondersoek herhaal kan word en resultate weer vergelyk kan word.
- Die semi-gestruktureerde onderhousskedule is duidelik en spesifiek en kan herhaal word in `n volgende ondersoek.
- Daar is duidelike ooreenstemmende data van die vyf respondente en ook tussen die kwantitatiewe en kwalitatiewe bevindinge van die ondersoek.
- Die neutraliteit van die kwalitatiewe bevindinge word bevestig deurdat die kwantitatiewe data ooreenstemmende bevindinge toon.

Saam met die uiteensetting van die data, word die kategorieë, temas en subkategorieë wat geïdentifiseer is, vervolgens bespreek.

6.3.1. Navorsingsbevindinge verkry met betrekking tot die kwalitatiewe benadering

6.3.1.1 Die biografiese besonderhede van die respondente

Tabel 24: Die biografiese besonderhede van die respondente

Respondent nommer	Geslag	Ouderdom	Provinsie	Taal	Praktise-rend?	Algemene praktisyn/ Spesialis ?
1	Manlik	35	Gauteng	Afrikaans	Ja	Algemene
2	Manlik	38	Gauteng	Afrikaans	Ja	Algemene
3	Manlik	50	Limpopo	Afrikaans	Ja	Algemene
4	Manlik	43	Gauteng	Afrikaans	Ja	Algemene
5	Manlik	31	Gauteng	Engels	Ja	Algemene

Die vyf respondente wat deelgeneem het aan die kwalitatiewe navorsing, is almal manlik en hulle gemiddelde ouderdom is 39,4 jaar. Vier van die respondente is van die provinsie Gauteng en een respondent van die Limpopo. Vier van die respondente is Afrikaanssprekend en 1 respondent Engelssprekend. Al die respondente het nog gepraktiseer as algemene praktisyns en nie een van die respondente was 'n spesialis nie.

6.3.1.2 Ouer-kind-verhoudinge gedurende kinderjare.

Kategorieë, temas en subkategorieë van die vyf respondente met betrekking tot hulle verhouding met hulle ouers gedurende hulle kinderjare word in tabel 25 uiteengesit:

Tabel 25: Ouer-kind-verhoudinge gedurende kinderjare.

Kategorieë	Temas	Subkategorieë
’n Swak verhouding met die vaderfiguur.	Swak emosionele binding met die vaderfiguur.	Teenwoordigheid van substansafhanklikheid by vaderfiguur. Swak kommunikasie.
’n Afwesige vaderfiguur.	Onbetrokke vaderfiguur.	Swak roliidentifisering met die vaderfiguur.
’n Beskermende en ondersteunende moederfiguur.	Emosionele afhanklikheid van die moederfiguur.	Sterk roliidentifisering met die moederfiguur.

Die volgende response beklemtoon bogenoemde kategorieë, temas en subkategorieë:

- *My ma was altyd die een waarna toe ek gegaan het of skouer om teen te huil of probleme wat sy kon help oplos. Ek het nie regtig ’n verhouding met my pa gehad nie.*
- *’n Oorbeskermende moeder en ’n afwesige vader.*
- *My pa het ’n alkoholprobleem gehad, hy’t baie gedrink. Vroeër dae ook meestal om stres te verwerk. Dit het veroorsaak dat die familie opgebreek het en dat hy gewelddadig geword het. So dit het ’n groot impak op my lewe gehad. Van my ma se kant af was daar altyd liefde en sy was beskermend en sy het uiteindelik die besluit geneem om ons veilig te maak, weg te neem van my pa af. Jy weet ...*
- *My father was a alcoholic. So I... Like in the manuals the role that an alcoholic parent plays in a child's life. Die grootste effek wat dit op my gehad het is dat ek emosioneel onttrek het en ek het mense nie vertrou nie*

- *Ek vind dit nog steeds moeilik om mense te vertrou en ek vertrou liewers net myself en hou my gevoelens vir myself. Wat ek daarvan oorgedra het is dat ek al die pyn en al die goeters het ek nooit deurgewerk nie maar nog steeds rondgedra. And that underlying emotional pain was one of the reasons, the relief of that was one of the reasons that using opiates was so attractive. Want dit het daardie pyn weggevat. Ek het daardie hele rol gespeel. Ja, wel ek het `n swak verhouding met my pa gehad. Dit was `n verhouding van manipulasie van sy kant af. Van my kant af het ek saamgespeel maar kon hom glad nie gerespekteer het nie veral toe ek ouer was, 13, 14, 15 was... Ja ek het geen respek vir hom gehad nie -no respect for him - niks nie. I was still incredibly ashamed of his disease and it took me a long time to talk about it to other people. Wat my ma betref, dit was `n goeie verhouding. Ek kon met haar gesels en so aan. We were bonded together. Ons het na mekaar gekyk. Dit was `n goeie verhouding, ek kon goed met haar gesels en so aan.*
- *Beter verhouding met ma as pa. Ja, van kindsbeen af. Ek het later uitgevind dat ek sy pa se naam dra en dat hy vir sy pa kwaad was. My hele familie is baie "distant".*

Uit die response hierbo blyk dat in twee van die vyf gevalle die vaderfiguur `n alkoholprobleem gehad het. Dit is verder duidelik dat nie een respondent `n positiewe en vervullende verhouding met die vaderfiguur gehad het nie. Rolidentifisering was oorwegend op die moederfiguur toegespits. Die respondente se kinderjare blyk in terme van ouer-kind-verhoudinge in die algemeen as onbevredigend bestempel te word.

Nace (1995:69) merk op dat navorsing oor substansafhanklike geneeshere `n afwesige en onbetrokke vaderfiguur aantoon, maar wel `n ondersteunende en betrokke moederfiguur. Johnson & Conelly (in Nace,1995:69) bevind dat 72% substansafhanklike geneeshere gedepriiveerde kinderjare ervaar het.

Dodgen & Shea (2000:39) se navorsing toon dat ouers wat self substansie misbruik, `n gebrek aan emosionele binding tussen kind en ouer, en `n gebrek aan ouerlike betrokkenheid risikofaktore vir die ontwikkeling van substansafhanklikheid by kinders is.

6.3.1.3. Sentrale emosionele belewenis met betrekking tot studierigting.

Kategorieë, temas en subkategorieë van die vyf respondente met betrekking tot hulle belewenis van hulle studierigting wat na vore gekom het word in tabel 26 uiteengesit.

Kategorieë	Temas	Subkategorieë
Emosionele belewenisse oor studierigting.	Gevoelens van spanning ervaar.	Spanningsvol om te presteer. Spanningsvol om aan akademiese standarde te voldoen. Vrees om nie aan die standarde van prestasie te voldoen nie.
Belewenisse oor keuse van studierigting.	Positiewe belewenisse oor keuse van studierigting.	Studierigting skep gevoelens van `n positiewe selfbeeld. Studierigting skep belewenisse van betekenisvolheid. Studierigting skep gevoel van bevrediging deur andere te kan help. Eksperimentering met substansie.
Wyse van spanning-hantering gedurende studiejare.	Sosialisering as wyse van ontspanning. Deelname aan sport en ander aktiwiteite vir ontspanning.	Probeer `n balans vind tussen studie en ontspanning. Ontvlug deur fisiese aktiwiteite.
Emosionele behoeftes wat na vore kom tydens veeleisende studiejare.	Behoeftes aan ontspanning. Behoeftes aan ontvlugting.	Ontvlug deur gebruik van substansie.

Die volgende response beklemtoon bogenoemde kategorieë, temas en subkategorieë:

- *Tydens eksamens was ek gewoonlik baie gespanne gewees. Ek het dit vir my so gemaklik as moontlik gemaak deur te sosialiseer, maar dit was maar in die algemeen baie spanningsvol. Ek het gedink ek hanteer dit op my eie deur genoeg te slaap, te probeer slaap en onbewustelik ook seker deur alkohol en sosialisering en dan ook van middels soos sport gebruik gemaak.*
- *Toe begin is met kliniese werk in die derde jaar het ek gevoel dit (studies) begin rigting kry. Ek het `n gevoel van oorwinning, `n "pat-on-the-back" beleef. Algemene gevoelens van spanning en frustrasies was maar algemeen. Ek het geoefen, fiets gery, gehardloop. Dit was weer eens `n uitdaging om dit te doen.*
- *Depressie wat ek opgedoen het a.g.v. `n lewersiekte. Dit was hepatitis B - of `n "chronic relapsing hepatitis B - a chronic active hepatitis", soos hulle dit daardie tyd genoem het. Dis `n aansteeklike siekte wat ek in Mosambiek opgetel het. Ek het toe depressie ontwikkel en toe ek aanhoudend die aanvalle gekry het, het hulle gedink oukei wel wat doen hulle nou? My steroïede gevoer, en dit was my eerste "high" gewees. Ek was so "down" soos kan kom daarna en die volgende dag het ek gevlieg. Ek is later van die steroïede af maar dit het by my `n basiese geheuepatroon gelos. In terme selfs van studie ensovoorts - geen regtige emosionele ... miskien in tweede jaar het net afgestomp geraak met disseksie van liggame ens. Verder niks nie. Soos ek sê, ek het probeer hulp kry vir depressie op daardie stadium. Daar's net vir my gesê "it will get better". So dit is nooit gehanteer nie. Ek was gelukkig in dat ek kon die aand voor die tyd `n boek oopmaak en die volgende dag eksamen skryf. So middels wat ek wel gebruik het, was eksperimenteel. `n Gewone student - gedrink - jy weet by "Pigeon Whistle" - weet nie waar drink hulle in Pretoria nie. Jy weet mos Rau, Rau, Rau, Rau, down, down, down - dis die Ruggabuggers. Laterhand het ek oorgeskakel na "mind expanding or natural drugs" gebruik en dit was soos ek sê dit het twee alternatiewe strome geskep in die mediese skool.*

- *Ek het dokter geword omdat ek wou, van kleinsaf. My studentejare was baie lekker. Ek was baie sportief. Ek het aan sport deelgeneem en dit het die spanning verlig.*
- *Eerstens toe ek begin het met medies swot, was dit moerse stres, want ek moes eers `n BSc doen om in te kom. Ek het my gat af gestres en gewerk tot 2 uur elke aand en gesê "I can't do this." Daar was `n bietjie lig na die eerste semester. Toe begin ek baie goed doen en daarna het ek uitstekend gedoen vir die res van my mediese studies. Dit was vir my baie lekker. Initially there was a massive amount of stress and after that I was fine. Really enjoyed studying want vir my was dit ook `n nuwe ding. I've got a kick out of doing so well - dit was a major... boost for my self-image. And I would use it to make myself feel good. I've only realized that now, that I always used to bitch and complain about my father that was so performance orientated. Hy het almal wat sleg was afgekraak, hy was net die beste. Hy was obsessed with printing, doing articles, doing research and trap op every one else en ek het besef nou dat ek baie dieselfde is en dat I'm performance orientated and I need that external performance - to feel good about myself - so miskien is dit nou `n goeie ding dat ek nou net `n ou gewone GP is vir die laaste twee of drie jaar. Ek wou wees ... Mense help en as ek nie daar was nie sou hulle geen hulp gekry het nie. I really wanted to make a ... a desire, a need a difference in people's lives. To feel significant that's what it boils down to. Mainway I coped with tension and stress is by escaping and try to change the external circumstances by myself. I'd go away - whenever I got a weekend off or on holiday, go hiking, climbing, fishing, play a playstation game for two days non-stop. It's all escaping, that's the more healthy way than drugs. Drugs was for me ...When I once found out the effects that opiates have it was an overpowering form of escape. The symptoms and the signs were there. If I couldn't sleep I would take sleeping tablets. I've always been self-medicating myself. Think I can do something about it and then I remember once I've got hold of pethidine, it was my fourth year and I thought its nice to put in my first aid kit.*
- *I left it there and it was there for two years or so and one night in the exams. I've stressed I realized I had to sleep, so that I can study the next day and then I used it for the first time. The next day I felt very guilty and all the rest of*

the stuff and then I left it - and now three years later I did not use anything. Never really abused alcohol during varsity for any effect but I drink socially but was very adamant that I will not become a alcoholic. I was adamant about that but the pattern of selfmedication was there during varsity.

Uit bostaande response is dit duidelik dat spanning `n integrale faktor tydens die respondente se studie was. Spanning om te presteer en aan die nodige standaarde te voldoen, is `n sleutelfaktor gedurende die studiejare. Die aspek word ook beklemtoon in die literatuurstudie dat mediese studente hulle studies spanningsvol beleef en vrees dat hulle nie sal voldoen aan die standaard van kennis en eise wat aan hulle gestel word nie (Nace, 1995:44 en Miller & McGowen, 2000:966-973).

Die behoefte om balans tussen studie en persoonlike ontspanning te vind en te handhaaf, kom duidelik in die response na vore. Die mees algemene strategieë vir ontspanning is sosialisering en die beoefening van sport. Nace (1995:44) merk op dat `n gevoel van verlies aan beheer oor die beplanning van die mediese student oor sy tydskedule op die voorgrond is en die fokus al hoe meer akademies georiënteer kan raak en ontspanning en sosialisering skade ly. Fromson *et al.* (1997:204) merk die volgende op: "Medical schools academic pressures make it difficult for students to maintain extracurricular activities".

Soos uit die response blyk, is dit duidelik dat by drie respondente die gebruik van alkohol en/of ander substansie wel `n rol gespeel het in hulle wyse van ontspanning.

Fromson *et al.* (1997:207) merk die volgende daarvoor op: "Medical students initially continue alcohol and drug use through their training as a way to relax and feel good". Nace (1995:45) meen dat die gebruik van verskeie substansie wel algemeen is in mediese studente se opleidingstyd.

Die ontwikkeling van substansafhanklikheid raak dan `n hoë risiko, aangesien dit as `n effektiewe, vinnigwerkende en betroubare wyse beleef word om te ontspan en hierdie positiewe effek wat die substansie bied later weer herroep kan word en as `n hanteringsmeganisme gebruik kan word om ander probleme te hanteer, soos slaaploosheid en depressie, wat by twee respondente op die voorgrond was.

Die respondente het egter almal bevrediging geput uit die keuse van studierigting. Die keuse van die beroepsrigting het `n gevoel van betekenisvolheid geskep en `n positiewe selfbeeld bevorder. Fayne & Silvan (1999:127) meen die mediese student kan hierdie studierigting kies om gevoelens van minderwaardigheid en `n swak selfbeeld te vervang deur die skep van `n professionele identiteit as geneesheer wat oor status, sukses, selfvertroue en kennis beskik.

6.3.1.4. Belewens van emosionele ondersteuning gedurende opleiding

Kategorieë en temas en subkategorieë van die vyf respondente met betrekking tot hulle belewenisse oor die teenwoordigheid van emosionele ondersteuning tydens hulle studie is soos volg in tabel 27.

Tabel 27: Die belewenis van emosionele ondersteuning gedurende opleiding

Kategorieë	Temas	Subkategorieë
<p>Gebrek aan emosionele ondersteuning gedurende studie.</p>	<p>Ontkenning van die moontlikheid van emosionele probleme by mediese studente.</p>	<p>Emosionele swakhede bestaan nie binne mediese opleiding nie. Die geneesheer is verhoog bo emosionele swakhede. Studente te trots om hulp te soek. Die geneesheer is superieur en verskaf die antwoorde (soek nie self antwoorde nie.)</p>
<p>Die prioriteit is akademiese prestasie.</p>	<p>Uitstaande akademiese prestasie is die faktor wat die student se emosionele gesondheid bepaal.</p>	<p>Goeie akademiese prestasie impliseer genoegsame lewensvaardighede. Goeie akademiese prestasie impliseer geen emosionele probleme teenwoordig nie. Alles moet binne `n eksakte wetenskap inpas, so ook persoonlike belewenisse.</p>

Die volgende response beklemtoon bogenoemde kategorieë, temas en subkategorieë:

- *Die universiteit, dosente het glad nie gefokus op hoe jy jou emosionele belewenisse hanteer nie. Daar is " student health", maar medieseskool-dokters word mos nie siek nie.*
- *Hulle is altyd sterk mense en hulle het nie emosionele probleme nie. Hulle het nie emosionele probleme nie want dit is 'n swakheid en dit word glad nie aangespreek nie.*
- *Glad nie...(emosionele belewenisse is nooit aangespreek nie). Ons het 'n junior Christen-ondersteuningsgroep gehad wat twee keer per week bymekaar gekom het. Ons het dit self gereël. Ek het deur hulle doodsbegleiding leer doen.*
- *Nee glad nie ...(emosionele belewenisse is nooit aangespreek nie.) Dis vir my 'n groot jammerte want ek dink baie studente ly daaronder, onder die groot druk, druk van studie en as mens nie daarvoor praat of hanteer nie dan raak die probleem groter en dit is wel so dat daar geen ondersteuning is van die kant van die professors of klinieke of studieburo's of so iets om aktief iets te doen aan die stres wat beleef is nie. Daar's wel sielkundiges waarmatoe jy kan gaan, maar ek dink meeste is te trots om te gaan.*
- *No not at all. Ja dit is alles die ding van:"Julle is die room van al die kindertjies hier. Julle het mos nie probleme nie. Julle is uitstekend". This whole thing is 'n klomp rubbish. Hoe goed ons is, hoe wonderlik ons is, ons is die beste studente en ons is deur hierdie moerse keuringsproses en alles. Ek het altyd daar gesit en net gesê "Ja right", you know. They are totally naive to the fact that there needed to be emotional support. Ja, daar's niks nie, wel dis net akademies, swot, swot, swot en punte kry, dan's jy perfek. Ja, it automatically implies you are a balanced, healthy incredible person. My reaction is it's very sad, I mean nothing is done about that and once when doctors are qualified they are seen as the people with the answers, that must help everybody else. But a large percentage can't help themselves - they can't. It's actually very sad I don't know other universities the more conservative varsities that there is no training, no coping skills, no nothing. From the training side of things there is a absolute denial.*

- *Everyone walks around in denial. You know. Which is ... actually strange hey! No, selfs die psigiaters het hierdie ... everything that's taught to us these theories, cut and ry theories. No one comes to us and say life is not like this. Alles moet binne `n teorie pas elke gedrag pas, depressie pas binne `n teorie. Dis die simptome, dis die DSM- what-what: die pasiënt is depressed I think its a problem of science throughout the world, where study applies. There is no such thing, there is no thing taught that life is incredibly valuable. One person sticks his diagnosis on his forehead and that's his problem. En die probleem is die dosente is presies dieselfde. So jy gaan studeer en gaan presies soos hulle word.*
- *Nee. Nee. As jy goed doen akademies... dan is jy oukei. Was nie in ons opleiding nie. Ek het in 1980 klaargemaak. Dit was "up to shit totally". Eers later in die Weermag daarop gefokus.*

Die response hierbo stem ooreen met die betrokke literatuur oor die beklemtoning van akademiese prestasie in die mediese opleidingstyd, die ontwikkeling van die rol en identiteit van die geneesheer as `n superieure persoon met die antwoorde, die hulpgewer en nie hulpsoeker nie. Die hantering van emosionele probleme en aanleer van konstruktiewe hanteringsvaardighede om die veeleisende studiejare en emosionele eise te hanteer, is nie `n prioriteit in mediese studente se studiejare nie (Fromson *et al.*, 1997:204).

Die mediese opleidingstyd word gekenmerk deur die beklemtoning van akademiese prestasie en ontkenning van enige toepaslike emosies (Miller & McGowen, 2000:966-973).

Binne die mediese beroep is daar nie plek vir emosionele swakhede nie. Die mediese professie staan bekend vir die ontkenning van fisieke pyn, hoeveel te meer nie emosionele pyn nie. Miller & McGowen (2000:966-973) meen dat die identiteit van die geneesheer as bekwaam, superieur en die persoon met die antwoorde, bedreig sal word indien hulle erken dat hulle ook emosionele probleme ervaar.

Fayne & Silvan (1999:124) meen verder die identiteit as geneesheer behels internalisering van die siening dat geneesheer immuniteit teen en verhewe bo gewone probleme is. Hierdie beeld wat deur die geneesheer geïnternaliseer word, begin ontwikkel gedurende die opleidingstyd.

Die tweede laaste respons en ook die enigste respons verwys na die rol wat dosente as rolmodelle in die ontwikkeling van die mediese student se persepsies oor die rol as geneesheer speel. Fromson *et al.* (1997:205) wys daarop dat die rolmodellering en monitering tussen studente en dosente 'n belangrike rol speel in die ontwikkeling van die student se identiteit as geneesheer. Fromson *et al.* (1997:205) meen die volgende: "From a positive perspective, these associations can be a determining factor in modelling the type of physician the student will become".

Fayne & Silvan (1999:124) se siening som die response van die respondente treffend op: "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 a 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".

6.3.1.5. Die positiewe funksie wat die substansgebruik op emosionele vlak geskep het.

Kategorieë en temas en subkategorieë van die vyf respondente met betrekking tot die positiewe funksie wat die substansgebruik geskep het, word uiteengesit in tabel 28:

Tabel 28: Die positiewe funksie wat die substansgebruik op emosionele vlak geskep het.

Kategorieë	Temas	Subkategorieë
Positiewe funksie van die substans.	Wyse van ontvlugting.	Ontvlug van realiteite. Ontvlug van emosionele eise, emosionele pyn en ongemak.
	Wyse om aan al die werkseise wat gestel word te voldoen.	Verskaf energie en produktiwiteit. Skep `n gevoel van in beheer wees.

Die volgende response beklemtoon bogenoemde kategorieë, temas en subkategorieë:

- *Ontspanning. Rustige gevoel. Gevoel van euforie. Gevoel van afsondering.*
- *Dit het my ... Ek sien die lewe dikwels as `n stuk glas met skerp punte. Die skerp punte word dan weggeneem.*
- *Soos ek sê, die beste antidepressant op die mark. Gee jou energie om aan te gaan en aan te gaan en dan kan ek my emosionele state self manipuleer. As ek wil gaan slaap, gebruik ek iets, as ek wil opstaan gebruik ek iets.*
- *Gee dat `n ou in beheer kan wees en baie kan doen.*
- *The main emotion was actually no emotion. Opiates numb your emotions, and they numb your feelings. For me it was like relief from the constant pain and frustration. I carried around.*
- *There is a feeling of well being, but I wouldn't call that an emotion. It's just so well a numb thing of well being.*

Fromson *et al.* (1997:207) meen dat wanneer stressore van die daaglikse eise wat aan geneeshere gestel word onhanteerbaar raak en onaanvaarbare gemoedsveranderinge nie getolereer kan word nie, kan substansie `n wyse word om disforie te vermy, angs te verminder en te ontvlug van stres. Dit is duidelik uit die voorgaande response dat die een positiewe funksie van die substansie was om die gebruiker emosioneel te help ontvlug.

Die ander positiewe rol wat die gebruik van substansie gespeel het, was binne werksverband. Substansie het die gevoel van energie, produktiwiteit en beheer oor werksverpligtinge geskep. Nace (1995:65) meen dat stres uit die aard van die geneesheer se beroep `n rol kan speel in die ontwikkeling van substansafhanklikheid. Stres word deur Nace (1995:65) gedefinieer as: "A particular relationship between the person and the environment that is appraised by the person as taxing or exceeding his or her resources and endangering his or her well-being". Uit die aard van die geneesheer se beroepseise gebeur dit maklik dat emosionele reserwes oorskry word. Substansie kan dan `n rol speel om uitputting, fisiek en emosioneel, teen te werk.

6.3.1.6 Beroepsfaktore wat `n aanleidende rol in die ontwikkeling van substansafhanklikheid speel.

Kategorieë en temas en subkategorieë van die vyf respondente met betrekking tot beroepsfaktore wat `n aanleidende rol in die ontwikkeling van substansafhanklikheid kon speel, word in tabel 29 uiteengesit.

Tabel 29: Beroepsfaktore wat `n aanleidende rol in die ontwikkeling van substansafhanklikheid by die respondente gespeel het.

Kategorieë	Temas	Subkategorieë
Beroepsfaktore aanleidend tot ontwikkeling van `n substansafhanklikheidsprobleem.	Lang en ongereelde werkure. Stres verbonde aan beroep. Beskikbaarheid van substanse.	Slaaprobleme. Fisiese en emosionele uitputting. Depressie. Groot verantwoordelikheid as geneesheer. Hantering van moeilike mediese gevalle. Hantering van moeilike pasiënte. Voorskryf vir eie gebruik.

Die volgende response beklemtoon bogenoemde kategorieë, temas en subkategorieë:

- *Well one aspect was it was very easily available, and the other thing, when I was practising anesthesia as well, there was an incredible lot of stress. I had no idea how to handle... no idea; difficult patients, I suppose can be one of the stressful factors and doing incredibly difficult cases on your own at night without supervision, and that kind of thing. There is a lot of stress that you carry. And for me the biggest thing was the sleep. Bad sleep, irregular hours in most shitty conditions. I've slept in so many outcallrooms you know. Dis regtig nie lekker nie. Dit gaan noisy, dis horrible, there's no decent callroom in any hospital in this country. Not even in private hospitals.*
- *Myne het in die Weermag begin, want jy kon baie lang ure werk. Wat gebeur dan is jy werk lang ure en dis dan `n rede vir gebruik - as verskoning. My*

substansafhanklikheid kom as gevolg van post-traumatiese stres. Ek wou van dit ontslae raak en die substansafhanklikheid was sekondêr wat 'n "habit" geword het, naderhand kon ek nie funksioneer nie. Die enigste voordeel wat ek in my "addiction" agtergekom het, is dat ek toegang het om voor te skryf en het ek nooit straatdrugs gebruik nie. Die goed is dodelik gevaarlik buiten die feit dat die goed gemeng word, toksies is, kan dit jou asemhaling stop. Die goed wat ons op voorskrif kry is nie so gevaarlik nie as jy dit gebruik soos jy moet nie, selfs met misbruik ek het nou net pille gebruik. Ek het nie goed gespuut nie, wat jou kan dood maak nie. Selfs met misbruik van pille kry jy dat jy 'n langer afdraande pad het, jy sal nie sommer doodgaan nie, jou hele beroep gaan ondergaan, maar jy gaan nie doodgaan nie. Terwyl met straatdrugs gaan die afhanklike dood. Dis 'n voordeel wat ek as dokter het, wat ek gehad het, om voorskrifte te bekom.

- *Grootliks. (Beroepseise se verband met substansafhanklikheidsprobleem.) Die eise was daar en het baie stres veroorsaak, die feit dat 'n ou baie baie lang ure gewerk het. Ek dink wat moet gebeur is dat dokters nie vir hulleself moet kan voorskryf nie. Ek weet Netcare doen maar dis weer so maklik om 'n kollega se arm te draai en ek dink dit moet by ons "continuous professional development programme" bespreek word, dat daar riglyne is.*
- *Dis hoe dit begin het. Soos ek gesê het, ek het 24, 25, 26ste gewerk, weet die GP's waarmee ek saam gewerk het - jy onthou die agtergrond - het net nie gekom nie en ek het aanhou werk en werk. En toe onthou ek ek het in 'n boek gelees as jy moeg is kan jy net so 'n bietjie petidien spuit. Toe doen ek dit en toe het ek vir nog 'n dag gewerk en toe geslaap. Toe daarna het dit 'n patroon geraak as ek moeg voel of as ek depressief is, of wat ook al, het ek morfien gespuut en toe ek my oë uitvee het ek 'n probleem. Rekening oopgemaak by SA Druggists. Ja, jy moet voorskryf, maar ek het gewoonlik "bulk" gekoop. Jy weet mos ons is "con artists".*
- *Ek het my militêre uniform aangetrek en gesê dis hoogsgeheim, ek kan nie vir julle sê waarvoor ons dit nodig het nie, of so iets. Ja want ek het dit versprei. Toe ek baie gereis ek het 'n rekening in Pietersburg gehad, in Pretoria gehad, rekening in Johannesburg gehad, 'n rekening in Durban gehad, 'n rekening in Kaapstad gehad. Daar was geen koördinering tussen die verskillende plekke nie.*

- *Ek dink dit het `n verband maar ek kan nie vir jou sê hoe groot of watter mate nie. Werk het `n ... is `n groot stresfaktor in my lewe. Die manier waarop ek dit hanteer het was deel daarvan om substansie te gebruik. Ek dink nie beskikbaarheid is `n probleem nie, want deesdae is dit net so beskikbaar op die strate as enige hospitaal.*

Dit is duidelik uit die voorgaande response dat die gebruik van substansie `n rol gespeel het om die eise van die beroep te kon hanteer. Later het die gebruik van substansie `n kitsoplossing geword om enige fisiese en emosionele ongemak te hanteer. Dodgen & Shea (2000:150) noem die volgende risikofaktore vir `n geneesheer om substansieafhanklikheid te ontwikkel:

“Primarily access and familiarity with drugs, and stress. Not suprisingly personality factors that predate medical training and practice play an important role in the process”.

Nace (1995:49) meen dat beroepstressore van die geneesheer soos baie en lang werkure, slaapdeprivasie, gebrek aan tyd vir die familie en gesin en gebrek aan fisiese oefening van die belangrikste faktore is. Cooper, Rout & Farragher (1989:366) sluit hulle hierby aan en meen dat een van die grootste stressore vir geneesheer die eise en verantwoordelikhede van hulle beroep en die verwagtinge by pasiënte is.

Besondere vaardighede word van die geneesheer geverg om `n gebalanseerde lewenstyl tussen al die eise en verpligtinge te probeer vind. Fromson *et al.* (1997:207) merk tereg op dat die voorkoms van depressie by mediese studente drie keer hoër is as onder die algemene populasie.

Die beskikbaarheid van substansie is deurgaans `n faktor wat in al die resente literatuur as `n bydraende faktor by substansieafhanklikheid genoem word (Nace, 1995:63 en Dodgen & Shea, 2000:150). Nace (1995:64) merk oor die beskikbaarheid van substansie op: “Availability provided a window of opportunity”.

Die voorskryf van medikasie deur geneeshere vir eie gebruik is `n algemene praktyk. In Suid-Afrika is in `n opname onder geneeshere bepaal dat slegs 29,4% geneeshere hulle eie praktisyns gehad het (Furman, 1992:93). Hierdie bevinding impliseer dus dat die ander 50,6% geneeshere hulleself behandel en dus vir hulleself voorskryf.

Die response in hierdie ondersoek kom ooreen met beskouing in die resente literatuur dat beskikbaarheid en selfbehandeling faktore is wat in berekening gebring moet word by die substansafhanklike geneesheer.

6.3.1.7. Belewenis met betrekking tot betrokkenheid van kollegas by die substansafhanklike geneesheer

Kategorieë en temas en subkategorieë van die vyf respondente met betrekking tot die belewenis van kollegas se betrokkenheid by hulle as substansafhanklike geneeshere word in tabel 30 uiteengesit:

Tabel 30: Belewens met betrekking tot betrokkenheid van kollegas by die substansafhanklike geneesheer

Kategorieë	Temas	Subkategorieë
Kollegas se reaksies teenoor die substansafhanklike kollega	Ontkenning van die bestaan van `n afhanklikheids- probleem. Geneesheer is bekwaam genoeg om hulle eie probleme te hanteer.	Onsekerheid oor die aard van die probleem teenwoordig. Onkunde oor hoe om op te tree oor die probleem. Vrees om betrokke te raak by `n ander se problematiek. Empatie met kollega en die eise binne die beroepsgroep. Die geneesheer is hulp-gewer en nie hulpsoeker nie.

Die volgende response beklemtoon bogenoemde kategorieë, temas en subkategorieë:

- *Dit was vir 10 jaar by my geïgnoreer (substansafhanklikheid). Tien jaar wat kollegas vermoed, geweet of gesien het en nooit opgetree, bespreek of dit genoem het nie. Ek dink dis `n kwessie van hulle het lojaliteit teenoor die beroep.*
- *Vrees, Onkunde, en wil nie weet nie, want dan moet hulle miskien die persoon aankla of hulle raak betrokke. Ek moet sê almal het my gehelp. Van die ouens wat saam met my gewerk het, die ouens wat oor my was, die Raad se mense. Hulle was almal baie behulpsaam.*

- *I think the main factor is because you have the respect of your colleagues. They are afraid to query your behaviour because maybe of this predisposing idea if something is wrong, you must deal with it yourself and you don't need help. I think also it's just people are scared, afraid maybe they are wrong, maybe they expose you, and they wrong about you. Trying to see there's a problem somewhere and I think that's the main reason. I don't know, not being there, I didn't try to expose somebody else, I never had a problem with. I've been there, I haven't tried to exposed anybody else I can identify somebody else. Someone else just doesn't know how to handle it, they have no idea.*
- *Ek dink kollegas is te besig in die eerste plek om by ons betrokke te raak en trots om te betrokke te raak en ek glo `n ander probleem wat ek dink dit ook is, is dat hulle nie weet hoe om dit te benader en hoe om dit te hanteer nie.*

Slegs een respondent het betrokkenheid en ondersteuning beleef. Die meederheid response toon dat kollegas nie betrokke wil raak by `n ander kollega se problematiek rakende substansafhanklikheid nie.

In Rosenthal (1995:19) se kwalitatiewe navorsing het die kategorieë van nie-kritisering en verdraagsaamheid teenoor die substansafhanklike geneesheer voorgekom. Lojaliteit teenoor die beroep en begrip vir mekaar in hierdie veeleisende en blootstellende werk, maak kollegas huiwerig om enigsins `n ander kollega te veroordeel en betrokke te raak, by so `n sensitiewe aangeleentheid soos substansafhanklikheid. Indien kollegas ook sou betrokke raak kan hulle vrees dat hulle iets daaromtrent sal moet doen.

Brooke (1995:151) het bevind dat kollegas nie weet hoe om op te tree nie en daarom eerder die probleem ontken of vermy. Gewoonlik raak kollegas eers betrokke wanneer die substans- probleem al ernstige afmetings begin aanneem het.

Fallberg en Borgenhammer (1997:137) meen die dat probleme soos substansafhanklikheid baie keer deur kollegas verswyg word. Fallberg en Borgenhammer maak die volgende stelling daaroor: " It is not easy to admit the

existence of malpractice or some kind of abuse. Instead, silence is total. The secret issues are kept within the health care team”.

’n Faktor wat Fallberg en Borgenhammer (1997:138) beklemtoon is die feit dat die probleemgeneesheer self nie weet wat om te doen nie : “We assume that a majority of physicians who could have been labelled problem doctors are afraid of the silence and the more or less non-existence of help if they were to speak out. Having spent 5-10 years on education and then turning him or her down with no assurance of returning to the health care services in the future seems to be futile. Instead, they just tend to hang around and remain unsupported ”.

6.3.1.8 Vrese wat substansafhanklike geneesheer met betrekking tot substansafhanklikheid ervaar.

Kategorieë en temas en subkategorieë van die vyf respondente met betrekking tot vrese wat ervaar is met die besef van hulle substansafhanklikheidsprobleem word in tabel 31 uiteengesit.

Tabel 31: Vrese wat substansafhanklike geneesheer met betrekking tot substansafhanklikheid ervaar.

Kategorieë	Temas	Subkategorieë
Vrese wat ervaar is met die bewuswording van 'n afhanklikheidsprobleem.	Vrese om beheer te	<p>Vrese om beheer oor homself te verloor as gevolg van die gebruik van die substans.</p> <p>Vrese om oor outonome funksionering in die beroep beheer te verloor.</p>
	Vrese oor die gevolge van die afhanklikheidsprobleem.	<p>Vrese vir die Mediese Raad se reaksie en optrede.</p> <p>Vrese oor die reaksie van die gesin.</p> <p>Vrese oor die beroep en die toekoms.</p>
	Vrese oor hoe die afhanklikheidsprobleem voorkom gaan word.	Onseker oor die toekoms.

Die volgende response beklemtoon bogenoemde kategorieë, temas en subkategorieë:

- *Ek het geweet ek sal moet rehab toe gaan, maar my grootste vrees was of ek dit gaan oorwin. Ek het vrese gehad oor my beroep verder.*
- *Beheer verloor. Probeer my ma beskerm dat sy nie nog 'n emosionele slag kry nie en dan vrees oor hoe die Mediese Raad gaan optree. Maar daai tyd is*

baie min gerapporteer want met die vertroulikheid mag jy niemand rapporteer nie. Dis nog steeds so.

- *O, ek het baie vrese gehad. In die eerste plek wat my ouers daarvan gaan sê wat ek doen en dan pasiënte as hulle enigsins uitvind. Gelukkig het my pasiënte nooit daarvan uitgevind nie. Dan op `n hoër vlak, die Mediese Raad. Die Mediese Raad het wel daarvan uitgevind en my grootste vrees het waar geraak om onder toesig te werk. So ja, daar is baie vrese aan verbonde, maar `n mens verwerk dit maar en kom daaroor.*
- *My substansafhanklikheid kom as gevolg van post-traumatiese stres. Ek wou van dit ontslae raak en die substansafhanklikheid was sekondêr, wat `n "habit" geword het, naderhand kon ek nie funksioneer nie.*
- *Well the initial fear was that I realized I was out of control. When I realized I couldn't handle it. That was the major fear and then the next thing was the fear of I didn't know what to do about it. I did not know where to go, didn't know who to approach, didn't know how to break the news. Then I was scared that my behaviour would rise suspicion. I was afraid of that. I was afraid of consequences. I knew that if it came out they would be understanding. I was actually working in a very nice department. So I was not scared of losing my job or that I just ... The fear come there was no control and I didn't know what to do about it.*

Twee respondente het pertinent die aspek van beheer verloor genoem, nog 2 respondente was bekommerd oor die effek wat die bekendmaking van hulle substansafhanklikheid op hulle familie gaan hê, 3 respondente het vrese gehad met betrekking tot hulle beroep. Een respondent het gerasionaliseer rondom sy afhanklikheidsprobleem en dit toegeskryf aan post-traumatiese stres, wat "sagter" klink as net primêr `n substansafhanklikheidsprobleem.

Die erkenning van die teenwoordigheid van substansafhanklikheid impliseer die erkenning van kwesbaarheid en imperfeksie, wat nie in harmonie is met die siening van die identiteit as geneesheer waar perfeksionisme, beheer, doeltreffendheid en `n siening dat die geneesheer verhoog is bo normale menslike probleme kategorieë is nie (Fayne & Silvan, 1999:124). Die respondente se vrees vir die verloor van beheer strook dus nie meer met hulle identiteit as geneesheer nie, waar beheer `n

prominente faktor is. Degi *et al.* (1997:63) merk op “Many physicians tend to have a sense of entitlement to special treatment as well as a heightened sense of wanting to be in control at all times”.

Vrese oor stigmatisering, finansiële verliese, verlies aan status en die moontlikheid om deur die Mediese Beroepsraad verbied te word om verder te praktiseer as geneesheer hou groot implikasies vir die substansafhanklike geneesheer in (Nace, 1995:132 en Degi *et al.*, 1997:63). Nace (1995:132) merk die volgende op: “Dissapointment is magnified by the possibility that what one has striven and prepared for - a successful career, security and status may now be lost”. Die gesin van die substansafhanklike geneesheer het na hom opgekyk en raak nou bewus van die feit dat hulle ook feilbaar is en die gesin se sekuriteit word ook nou bedreig.

6.3.1.9 Risiko van `n substansafhanklike geneesheer vir die pasiënt.

Kategorieë, temas en subkategorieë van die vyf respondente met betrekking tot hulle menings oor die risiko wat `n substansafhanklike geneesheer vir pasiënte kan inhou, word in tabel 32 uiteengesit.

Tabel 32 :Risiko van `n substansafhanklike geneesheer vir die pasiënt.

Kategorieë	Temas	Subkategorieë
<p>`n Substansafhanklike geneesheer, nog afhanklike van substans, hou `n risiko in vir pasiënte.</p>	<p>Foute met pasiënte kan binne die werkplek begaan word. Indien die geneesheer nog substansafhanklik is, kan dit lewensgevaarlik vir die pasiënt wees.</p>	<p>Swak oordeelsvermoë wat lei tot die maak van foute. Swak konsentrasie wat lei tot die maak van foute. Die neem van verkeerde besluite oor die pasiënt se behandeling. Verkeerde diagnoses kan gemaak word. Toediening van verkeerde medikasie.</p>

Die volgende response beklemtoon bogenoemde kategorieë, temas en subkategorieë:

- *Ja, `n kollega het `n drankprobleem gehad, hy't sommer oopgesny sonder rede. Eintlik onverantwoordelik gewees.*
- *Dit hang af van die insig van die praktisyn ... In die vroeë stadium nie, want dit laat jou gewoonlik beter funksioneer, maar dis net `n manier om jou gevoelens te beheer, gevoelens van ek kan dit nie maak nie, depressie wat ook al. So in die begin is daar nie oordeelsfoute nie. Dit hang af van die insig ... As die persoon begin disfunksioneel raak, hy hom nie self rapporteer of bedank of wat ookal nie, kan hy wel `n risiko wees vir pasiënte soos die vriend waarvan ons nou net gepraat het. Hy't onder die invloed opgedaag maar hy't ook geen insig gehad nie. Daar is party mense wat net op `n opiaat is wat funksioneer, kan vir `n lang lang ruk goed funksioneer ... voordat daar agtergekem word of jy uitgevang word of `n ou homself "bust", ens. Want dit*

was altyd `n obsessie by my gewees, as ek gegly het, het ek gegaan en al my rekords nagegaan of ek foute gemaak het en ek het nie.

- *Ja. Alles word... dit hang af waarvan jy afhanklik is, maar oorwegend is dit maar in `n dokter se geval depressante, wat die sentrale senuweestelsel onderdruk. Konsentrasie gaan daarmee heen, persepsie, ek dink diagnoses kan ook nie ordentlik gemaak word nie. Mens is nie bewus van al jou persepsies nie. Ja, ek dink dit kan makliker gemaak word.*

- *Ja sekerlik. Dit hang af wat jy gebruik, enige ding wat die manier van hoe jy dink versteur, besluitneming beïnvloed. Hang af van watter werk jy doen, soos ek by ongevallye, as my brein nie logies en normaal werk nie, sal ek mense doodmaak, want dit sal jou besluitneming beïnvloed. Ja, kyk ek het nie net die stimulerende gebruik nie, om mee te slaap, "die sedatiewe" wat jou vaak maak, dis juis die goed wat my laat disfunksioneer het. Jy dink soos `n dronk mens dan. Enige slaappil laat jou dink soos `n dronk mens en dan's jou oordeelsvermoë daarmee heen.*

- *Ja. Depends in what field he is. If he is just prescribing drugs and so. All and all the greatest thing is he can make errors of judgement, prescribe incorrect medication, as 99% at the time there will be no consequences of mistreatment. Once the people are on the substance they are using, and are anaesthetists, where they are directly responsible of taking people's life's and be in charge. Especially an anaesthetist where you take full control of a patients life then it can be a danger. Surgery can also be dangerous. Yes doctors won't admit that your judgement is impaired. Ja, I made plenty mistakes and got away with them. I was very lucky. That was the thing I've got away with it. So there weren't serious consequences but potentially it could be disastrous if I think back.*

Dit is duidelik dat al die respondente van mening is dat `n substansafhanklike geneesheer wat nog afhanklik is van substansie en praktiseer, `n risiko kan inhou vir pasiënte.

Rosenthal (in Fallberg en Borgenhammer, 1997:133) merk die volgende op oor wie die probleemgeneesheer is: “Those who are impaired by virtue of substance abuse, physical illness, mental illness, or manifestations of ageing, doctors whose knowledge or skills are poor by the standards of their peers, doctors who are burnt out, overworked or having personal problems, doctors who may have a run of bad results”.

Hierdie geneeshere is kwesbaar en blootgestel om foute te maak. Fallberg & Borgenhammer (1997:134) maak `n interessante bevinding oor die moontlikheid dat `n probleemgeneesheer gedagvaar word in Swede en Europa en bestempel dit as gering. Die rede volgens Fallberg & Borgenhammer (1997:134) is soos volg: “The main group of problem doctors is unidentified and unknown to the public in large”.

Ackerman (1996:30) meen dat die kans dat `n pasiënt deur `n rehabiliterende substansafhanklike geneesheer behandel sal word, een uit tien is. Ackerman (1996:31) meen ook dat die gevaar om ernstige skade berokken te word deur `n substansafhanklike geneesheer in algemene praktyk, gering is teenoor die risiko wat `n substansafhanklike narkotiseur of chirurg kan inhou vir die pasiënt.

In Florida het Sloan *et al.* (in Tempelaar, 1997:42) in navorsing oor wanpraktiserings eise bevind dat onderskeidelik 8%, 6% en 3% chirurge, verloskundiges en narkotiseurs vir driekwart van die foute verantwoordelik was. Hierdie spesialiteitsrigtings is dus meer kwesbaar om foute te begaan as die algemene praktisyn. Die respondent wat as narkotiseur gepraktiseer het, het in sy respons die aspek ook beklemtoon, aangesien die pasiënt se lewe in die hande van die narkotiseur is.

6.3.1.10 Die belewenis van respondente in die rol as pasiënt

Kategorieë en temas en subkategorieë van die vyf respondente met betrekking tot hulle belewenis in die rol van pasiënt word in tabel 33 uiteengesit:

Tabel 33: Belewensisse van respondente in die rol as pasiënt

Kategorieë	Temas	Subkategorieë
Aanvaarding van die rol van pasiënt deur die geneesheer.	<p>Faktore wat die aanvaarding van die rol van pasiënt bemoeilik het.</p> <p>Faktore wat bydraend was om die rol van pasiënt maklik te aanvaar.</p>	<p>Die rol van pasiënt is blootstellend, vernederend, ongemaklik.</p> <p>Die geneesheer is nie meer in beheer nie.</p> <p>Vorige ervarings in die rol van pasiënt.</p> <p>’n Wyse om verantwoordelikhede tydelik opsy te skuif.</p>

Die volgende response beklemtoon bogenoemde kategorieë, temas en subkategorieë:

- *Gemaklik, met my skouer en so het ek geleer om pasiënt te wees. (Was in ’n ernstige motorongeluk en het 8 maande geneem om te herstel.)*
- *Die eerste maal is baie moeilik, baie moeilik om te control, maar met tyd, hoe meer kere ek in die rol gesit het hoe makliker het dit geword. Maar dokters is absolute moeilike mense om mee te werk, hulle kan nie ontrol nie. Dis blootstellend, asook die feit dat veral in die konteks van substansafhanklikheid en word dit meer gesien as ’n skande en ander probleme is in beheer. Verloor beheer en hulle moet altyd in beheer wees. So, en die ander ding is arrogansie. Hulle glo altyd hulle weet beter as die ander persoon, presies wat met hulle aan die gang is. So, wat kan terapeute in ’n rehab hulle leer, wat hulle nie weet nie? Presies, ja. "Ek het die "ervaring jy't nie ervaring nie".*
- *Aanvanklik was dit vreemd. Later het dit my so lank geneem om te rehabiliteer dat ek daaraan gewoon geraak het.*

- *The patient role I know is when I was in treatment centre. I actually didn't mind it, it was for me a relief, to go over somebody else. I enjoyed dropping tools, dropping responsibility and hanging out with a bunch of other junkies. It's just as irresponsible I was. I didn't have a problem with that. I know what older physicians do, they are the ones that experience that.*
- *Dit was nie lekker nie. Ongemaklik, ja, en veral wat ander pasiënte daarvan gaan dink. Om self as 'n pasiënt gesien te word, is ook vernederend en was vir my vernederend. Nie dat ek hoogdrawend is nie...*

Drie van die respondente het eers ongemak met die rol van pasiënt beleef. Een respondent het as gevolg van 'n ernstige ongeluk al geleer om die rol van pasiënt te aanvaar en 'n ander respondent het dit as 'n uitkoms beleef om verantwoordelikhede tydelik opsy te skuif. Twee van die respondente het dié persepsie beklemtoon dat dit in die algemeen moeilik vir geneeshere is om die rol as pasient te aanvaar.

Die geneesheer is die persoon wat oor die kennis, vaardighede en mag beskik om diagnoses te maak, en besluite oor pasiënte te neem en nou bevind hy hom in 'n posisie waar daar oor hom sekere diagnoses gemaak word. (Vergelyk Lawson & Lawson, 1989:136, Fayne & Silvan, 1999:124 en Furman, 1992:96.)

Furman (1992:96) wys ook daarop dat die geneesheer vrees om beheer te verloor en is die rol van pasiënt nie 'n rol waarin die geneesheer in beheer is nie. (Vergelyk ook Degi *et al.*, 1997:63.) Die feit dat selfbehandeling onder geneeshere so algemeen is dui ook daarop dat die rol van pasiënt ongemaklik is en vermy word (Furman, 1992:92 en Christie, Rosen & Bellin, 1998:1253).

In die behandelingsprogram moet die substansafhanklike geneesheer die geneesheer se belewenis van, en aanpassing in die rol van pasiënt aandag geniet. Die geneesheer kan pogings aanwend om die rol van pasiënt te vermy en sodoende nie terapeuties betrokke raak by die behandelingsprogram nie (Fayne & Silvan, 1999:126).

Furman (1992:96) som die geneesheer se posisie in die rol van pasiënt soos volg op: “We as the physicians are the healers. We dispense treatment counsel and support and we represent strength. The dichotomy of being both a doctor and a patient threatens the integrity of the club”.

6.3.1.11 **Belewenis van respondente rakende skeiding van rol as geneesheer van ander rolle.**

Kategorieë en temas van die vyf respondente met betrekking tothulle belewenis rakende die skeiding van hulle rol as geneesheer van ander rolle wat hulle moet vervul word in tabel 34 uiteengesit.

Tabel 34: Belewenis van respondente rakende skeiding van rol as geneesheer van ander rolle.

Kategorieë	Temas
Skeiding van die rol as geneesheer van ander rolle wat die geneesheer moet vervul.	Die rol as geneesheer kon gemaklik geskei word van ander rolle.

Die volgende response beklemtoon bogenoemde kategorieë, temas en subkategorieë:

- *Dit het my nie gepla nie, moes dit doen (omdat sy eggenote nie in huishouding belang gestel het nie, moes hy alles in stand hou).*
- *Ek kon ja, tensy daar iets verkeerd gegaan het as daar mediese hulp nodig is. Hierso is dit n baie moeilike situasie want die dokters en spesialiste het te veel droog gemaak (met sy ma), so alles moet nou deur my gaan voor besluite geneem word.*
- *Ja, dit was nie `n probleem nie.*

- *I always make an active choice to try to separate the two. But I often find it from people. People often want me, still want me to play that role. You know people always consult you, people always ask you, you know things like that but I sufficient separating it. I could drop tools in an afternoon and forget about work.*
- *Ja, dit is nie vir my `n probleem nie. Ek is heeltemal anders in my werk as wat ek teenoor my familie, vriende is*

Die vyf respondente het nie probleme ondervind om hulle rol as geneesheer van ander rolle soos eggenoot, vader, en so meer te skei nie. Een respondent meld egter dat alhoewel hy sy verskeie rolle kan skei, verwag andere buite sy werk dat hy moet raad en hulp verleen. Vriende en familie verwag baie keer dat die geneesheer mediese verantwoordelikheid vir hulle moet neem (Cooper, Rout & Faragher, 1989:367-368). Die tweede laaste respons raak hierdie faktor aan.

6.3.1.12. Belewenis van respondente met betrekking tot onrealistiese verwagtinge en eise van pasiënte

Kategorieë, temas en subkategorieë van die vyf respondente met betrekking tot hulle belewenis oor die verwagtinge en eise wat kollegas en pasiënte stel, word in tabel 35 uiteengesit:

Tabel 35: Belewens van respondente met betrekking tot onrealistiese verwagtinge en eise van pasiënte

Kategorieë	Temas	Subkategorieë
Verwagtinge en eise wat die pasiënte en gemeenskap aan `n geneesheer stel.	Veeleisende pasiënte wat spesifieke eise het. Die verwagting word gestel dat die geneesheer bo menslike feilbaarheid verhewe is.	Pasiënte en die gemeenskap Verwag van die geneesheer onfeilbaarheid en wonderwerke. Die geneesheer kan ook `n onrealistiese beeld van homself ontwikkel.

Die volgende response beklemtoon bogenoemde kategorieë, temas en subkategorieë:

- *Ek werk nou elke dag met dokters en eise. Sekere dokters gee vir die pasiënte wat hulle wil hê. Baie mense gebruik dokters wat meer plooibaar is om te kry wat hulle wil hê. Jy kry "hypocondriacs" wat moet iets makeer en ook onrealistiese eise aan die geneesheer stel en die geneesheer is bang as hulle daai persoon wegwys dan verloor hy `n kliënt. En op die ou end van die dag is dit tog maar besigheid*
- *Natuurlik. Ek meen dis altyd ordentlik optree, nooit vloek nie, `n das dra en `n wit "coat", `n witjas dra en jy moet hy kan nie vuil, jy weet partymaal vuil in die dorp rondloop as hy in die tuin gewerk het of so iets nie. `n Mens raak vasgevang in daardie soort ding, maar vir my is dit nie `n probleem nie. Ek gee nie `n hel om nie.*
- *Ja. Jy moet tog oppas dat jy nie jou eie mites begin glo nie. Dokters wat tradisioneel is, word beskou as `n soort van `n godjie. Jy moet redelik oppas dat hy dit nie begin glo en uit kontak raak met realiteit.*
- *Baie geneesheer doen dit. Dis verbasend veral die wat oud word... wat bietjie te hoogdrawend swak en verloor kontak met die mens self.*

- *En in sy vakgebied en in sy gesin en gemeenskap, dan disassosieer hy. Hy lewe in `n soort waan-beeld. Dat hy onaantasbaar is as jy nou rêrig `n dokter wil sien afkom grond toe, vat hom hof toe, laat die advokate en prokureurs met hom werk.*
- *I find it especially relevant here in more conservative communities. It's if their picture of a doctor is you can do anything, you can manage anything, and control everything. Not seen as a fellow fallible human being, who is providing a service, like a plumber or anybody else. You're seen as a god that can manage anything and answer every question.*
- *Nee, ek glo nie. Ek dink dit is hulle reg om te eis dat `n dokter sy werk behoorlik doen.*

Vier van die vyf respondente is van mening dat die rol waarin die pasiënt en gemeenskap `n geneesheer plaas hoë verwagtinge en eise aan die geneesheer stel. Een respondent was egter van mening dat die pasiënt geregtig is op `n effektiewe diens en eise en verwagtinge nie onrealisties is nie.

Cooper, Rout & Faragher (1989:366) het in `n studie oor die tipe en die intensiteit van werkstressore by geneeshere bevind dat die mees veeleisende stressore die eise van die beroep en die pasiënte se verwagtinge is. Nace (1995:67) merk die volgende op: "Young physicians expected medicine to be rewarding, but find that sick people are unhappy, uncomfortable, demanding and may not be able to express gratitude". Veeleisende pasiënte kan ook baie tyd van die geneesheer gebruik, wat vir die geneesheer frustrasie meebring (Nace, 1995:67).

Miller & McGowen (2000:966-973) meen oor die beeld en funksie van die geneesheer in die gemeenskap: "Physicians fulfill a special role within our society. While they are given many privileges and rewards they also carry serious responsibilities. Physicians are expected to be healers, available to others whenever a crisis occurs or a medical need arises. They are expected to have unfailing expertise and competence. Such idealized expectations emanate from patients, from families, from society and from within the profession of medicine itself".

Vier respondente het hierdie belewenis soos Miller & McGowen (2000:966-973) volledig beskryf het, weergegee ten opsigte van die beeld, eise en verwagtinge wat aan 'n geneesheer gestel word. Hierdie verwagtinge en eise stel geneesheer ook baie keer aan hulleself, wat moontlik 'n verklaring bied vir die laaste respondent se antwoord.

6.3.1.13. Belangrike faktore om in terapie aan te spreek

Kategorieë, temas en subkategorieë van die vyf respondente met betrekking tot faktore wat hulle as belangrik beskou viraandag in terapie word in tabel 36 uiteengesit.

Tabel 36: Faktore wat as belangrik beskou word om in terapie aan te spreek

Kategorieë	Temas	Subkategorieë
<p>Aspekte wat terapeuties in behandeling aandag moet kry.</p>	<p>Vermoë om eise van die werkomstandighede te bemeester.</p>	<p>Ongereelde werkure. Veeleisende pasiënte. Stres verbonde aan werkomstandighede.</p>
	<p>Aanleer van streshanteringsvaardighede</p>	<p>Konstruktiewe hantering van werkverwante stres en persoonlike stressore.</p>
	<p>Evaluering van eie vermoëns en onvermoëns in verhouding met werkomstandighede.</p>	<p>Kom in kontak met die self en persoonlike behoeftes, vermoëns en onvermoëns en maak 'n realistiese selfopname.</p>
	<p>Kommunikasie en konflikhantering tussen geneesheer en pasiënt.</p>	<p>Aanleer van hanteringsvaardighede binne geneesheer-pasiënt-verhoudinge.</p>
	<p>Sterwensbegeleiding met pasiënte en hulle familie.</p>	<p>Emosionele eise wat sterwende pasiënte en hulle families aan 'n geneesheer stel.</p>

Die volgende response beklemtoon bogenoemde kategorieë, temas en subkategorieë:

- *Waar hy werk. Omstandighede, wat sy werklading is. Ure, dokters/spesialiste het nie `n keuse nie, as `n pasiënt bv. bloed braak, moet hy uitgaan. So, jy't altyd daardie onsekerheid of jy gaan slaap die nag, gaan jy uitgeroep word, gaan jy jou bekommer oor die pasiënt. So, eintlik in terapie moet `n geneesheer weer sy hele beroep in oënskou neem en besluit of dit is goed om aan te gaan binne sy spesifieke omstandighede. Dis hoekom ek `n administratiewe pos geneem het waar daar vaste ure is, bring nie werk huis toe nie.*
- *Ek dink veral die fase waarin ons nou ingaan is streshantering en om dit te hanteer met sterfte van pasiënte.*
- *Dat hy weer kan werk sonder dat hy enigiets in hom het. Hy moet kan funksioneer sonder... Kyk oral as jy lank misbruik het soos ek misbruik het, raak jy so gewoon om geïntoksikeerd te werk, m.a.w. jy is gewoon aan jou verstand met `n substans ... As jy dit van jou wegvat is dit maklik om te funksioneer terwyl jy niks doen nie. As jy die druk vat om te funksioneer in jou werk, dan disfunksioneer jy ook en het jy net een been om op te staan. Van vooraf moet jy leer, jy moet self weer leer om op jou eie voete weer jou werk te hanteer.*
- *I find from my experiences that the disease remains exactly the same, no matter the profession. The highest step for the physician addict is that he is just like all other addict and that it requires the same amount of work. He has a more stressful lifestyle, is something, I don't know, he has to deal with. The physician addict must make work and lifestyle changes in order to recover. He need to take responsibility to change that. But all addicts need to do that. A street junkie can't go and hang out with his friends again. The physician addict has to put things into control, checks and things into place before he goes back to work because it is easier to access drugs to use. You start to identify specific stresses that trigger you into relapse, work related or not, it depends on him. I don't know, I think there's not a generalization that one can make, it needs to be taken individual.*

- *Ek dink dokter-pasiënt-verhoudinge is baie belangrik. En dan konflikhantering binne die dokter-pasiënt-verhouding. Dan ook verliese by pasiënte betrokke, hoe om dit te hanteer.*

Cooper, Rout & Farragher (1989:367-368) het werkverwante stressore van geneeshere ondersoek en die aspekte wat die respondente in hulle response weergegee het, is as werksverwante stressore geïdentifiseer in Cooper et al. (1989:367-368) se ondersoek. Stressore wat Cooper, Rout & Farragher (1989:367-368) geïdentifiseer het was, eise van die werk, verwagtinge en eise van die pasiënte, onderbrekings dag en nag, praktykadministrasie, balans in eise van die werk en gesinslewe en hantering van sterwende pasiënte. Chambers en Maxwell (1996:722) meen dat emosionele problematiek by geneeshere onder andere toegeskryf kan word aan die eise en psigodinamika van geneesheer-pasiënt-verhoudinge.

Nace (1995:67) sluit hom aan by voorgenoemde skrywers en beklemtoon die volgende bronne van stres vir geneeshere: "Not having enough personal time, being on call, heavy workload, caring for dying patients or patients who do not respond to treatment, dealing with noncompliant patients, excessive paperwork, and interpersonal conflicts. Fatigue, phone calls at night, fears of not keeping up with new knowledge and making clinical decisions in the face of uncertain results".

Die wyse waarop die veelvuldige stressore deur die geneesheer hanteer word is baie belangrik en begin al met sy mediese opleiding. Fromson et al. (1997:206) meen: "The choice of coping strategies utilized by medical students to handle stressors is important with respect to their psychological well-being. Active coping strategies, those that are problem focused and well-planned contribute to adapting positively to stressors, as compared to the use of passive strategies such as denial and wishful thinking". Die respondente het almal stresverwante faktore verbonde aan hulle beroep uitgewys wat aandag in terapie moet geniet en wat onder andere neerkom op die aanleer van effektiewe hanteringsvaardighede en die hantering van die emosionele eise daaraan verbonde.

Dit is duidelik uit die response op vorige vrae oor hulle mediese opleiding dat daar nie genoeg klem gelê word op die aanleer van hanteringsvaardighede en die emosionele eise daaraan verbonde nie.

’n Tipe A-persoonlikheidsprofiel, dit wil sê kompetierend, ambisieus, haastig, ongeduldig en rustelose persone wat tydsdruk intens beleef, word ook geassosieer met ’n hoë risiko ten opsigte van werkverwante stressore (Cooper, Rout & Farragher, 1989:367-368 en Nace, 1995:70).

Volgens Nace (1995:70) is kompulsiewe trekke wat verwant is aan die tipe A persoonlikheidsprofiel algemeen onder geneeshere en sukkel hierdie geneeshere om te ontspan en het hulle ’n oordrewe verantwoordelikeheidsin, wat altyd lei tot ’n gevoel dat hulle nie genoeg doen nie en dikwels lei tot die aanvaarding van nog meer verantwoordelikehede. Binne terapie moet die maatskaplike werker dus ook die persoonlikheidsprofiel van die geneesheer in ag neem met die aanspreek van die stressore soos genoem deur die respondente.

6.4 Integrering van die kwantitatiewe en kwalitatiewe bevindinge van die ondersoek

Die belangrikste ooreenkomste en verskille in die kwantitatiewe en kwalitatiewe bevindinge word vervolgens bepreek. De Vos (1998:359) meen dat die voordeel van die gekombineerde dominante-minder-dominante benadering (wat in hierdie ondersoek gevolg is,) 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". Hierdie twee benaderings het mekaar aangevul in hierdie ondersoek en al die data kon aanvullend gebruik word, met geen weersprekende inhoude nie, wat onder andere as ’n maatstaf dien vir die betroubaarheid van hierdie ondersoek.

6.4.1 Biografiese besonderhede van respondente

Daar is 'n duidelike ooreenkoms tussen die biografiese besonderhede van die respondente in die kwantitatiewe en die kwalitatiewe bevindinge. Die respondente is meestal manlik, Afrikaanssprekend, afkomstig uit die provinsie Gauteng en algemene praktisyns van beroep. Die grootste ouderdomsverspreiding van die respondente in die kwantitatiewe ondersoek is tussen 41 en 64 jaar, terwyl die gemiddelde ouderdom van die respondente in die kwalitatiewe ondersoek 39,4 jaar is. Die ouderdomsverspreiding toon egter 'n minimale verskil.

6.4.2 Agtergrond van respondente

In beide die kwantitatiewe en kwalitatiewe bevindinge kom die volgende duidelik na vore:

- Die ouer-kind-verhoudinge van die respondente gekenmerk is deur 'n onbevredigende verhouding met die vaderfiguur en 'n positiewe en ondersteunende verhouding met die moederfiguur.
- Substansafhanklikheid het 'n prominente rol gespeel by van die respondente se ouerfigure.
- Die meeste respondente se belewenis van hulle kinderjare was onbevredigend.

Bykomende bevindinge van die kwantitatiewe ondersoek is soos volg:

- Van die respondente het 60% nie hulle gesin van herkoms as bevorderend vir die ontwikkeling van 'n positiewe selfbeeld en selfvertroue beleef nie. Die ontwikkeling van 'n positiewe selfbeeld hou sterk verband met oop en betekenisvolle kommunikasie en die uitdruk van gevoelens op 'n konstruktiewe wyse binne gesinsverband.
- Die meerderheid respondente het aanpassingsprobleme op skool ervaar. Die belangrikste redes wat genoem is 'n swak selfbeeld en sosialiseringprobleme.

6.4.3 Respondente se universiteitsjare en die teenwoordigheid van substansafhanklikheid al dan nie

Die kwantitatiewe en kwalitatiewe ondersoek het aanvullende bevindinge oor die respondente se universiteitsjare en substansgebruik opgelewer:

- Uit die kwalitatiewe deel van die navorsing is dit baie duidelik dat die meeste respondente dit op universiteit as spanningsvol beleef het om aan die akademiese standarde te voldoen. Spanning is gehanteer deur te sosialiseer met die gebruik van alkohol/substansie en deur deelname aan sportaktiwiteite.
- Met betrekking tot die kwantitatiewe deel van die navorsing, het 35% van die respondente tekens van substansafhanklikheid gedurende hulle universiteitsloopbaan getoon. Die meerderheid respondente, naamlik 57,24% het afhanklikheid van medikasie aangedui, 28,57% van alkohol en 14,29% van dwelmmiddels. Faktore wat volgens die respondente bydraend was tot die misbruik van substansie tydens hulle universiteitsloopbaan is depressie, ontvlugting van die eise van die studierigting, verligting van slaapprobleme en ongereelde en lang werkure. Substansmisbruik was verder 'n wyse om verligting te verkry van emosionele belewenisse wat verband hou met die opleiding, asook 'n wyse van sosialisering, om studies te fasiliteer, hoofpyne te verlig en lewenseise te ontvlug.
- By beide benaderings het die behoefte aan ontspanning en ontvlugting navore gekom. Dit is duidelik dat aansprake op die positiewe funksie wat die gebruik van substansie vir die respondente sou hê legio was.
- Die respondente se belewing van emosionele ondersteuning tydens hulle studiejare uit die kwalitatiewe deel van die navorsing blyk, was minimaal. Klem is slegs gelê op akademiese prestasie.

6.4.4 Afhanklikheidsgeskiedenis van respondente

- Die meerderheid respondente in die kwantitatiewe ondersoek, naamlik 65%, het die substans waarvan hulle afhanklik is vir 6 jaar en langer gebruik voordat hulle die gebruik daarvan gestaak het.
- In die kwanitatiewe deel van die ondersoek is 85% respondente poli-substanssafhanklik, dit wil sê hulle is afhanklik van meer as een substans. Die respondente wat van farmaseutiese medikasie afhanklik was, was 35% en 50% van die respondente het farmaseutiese medikasie in kombinasie met ander substans misbruik. Die misbruik van farmaseutiese medikasie is kenmerkend vir substansafhanklike geneeshere.
- Die tendens van selfvoorskryf en selfbehandeling kom in die kwantitatiewe en die kwalitatiewe ondersoek duidelik na vore. Al vyf die respondente in die kwalitatiewe ondersoek het die medikasie waarvan hulle afhanklike was self voorgeskryf. Die meeste respondente in die kwantitatiewe deel van die ondersoek, wat medikasie-afhanklikheid en/ of polisubstansafhanklikheid aangedui het, naamlik 13 (76,74%), het ook die medikasie self voorgeskryf, die tweede meeste respondente, naamlik 11 (64,70%), het ook self die medikasie gedispenseer en die derde meeste respondente, naamlik 6 (35,29%), het ook oor-die-toonbank-medikasie aangekoop.
- Die positiewe effek wat die substans gehad het, op onderskeidelik die respondente in die kwantitatiewe en die kwalitatiewe deel van die navorsing stem duidelik ooreen. Vir respondente in die kwalitatiewe deel van die navorsing was die positiewe funksie van die substansgebruik om ontvlugting en ontspanning en voldoening aan werkeise wat gestel word. In die kwantitiewe deel van die navorsing het 65% respondente verligting van depressie en 65% verligting van angs ervaar, het 60% die effek as ontspannend beleef, het 60% die effek as kalmerend beleef, het 45% verligting van frustrasie 20% verligting van uitputting, 50% verligting van emosionele pyn, en 60% verligting van eensaamheid ervaar en het 55% toename in selfvertroue beleef.

- By 50% van die respondente het die positiewe effek van die substans benut as 'n wyse om daaglikse werkstres te ontvlug, 55% respondente het verligting van slaapprobleme as gevolg van ongereelde werkure ervaar, 60% het aangedui dat die effek van die substans hulle gehelp het om die emosionele stres verbonde aan hulle beroep te hanteer en 45% het die misbruik van die substans benut om gesondheidsprobleme te verlig.
- In die kwantitatiewe benadering was 65% van die respondente van mening dat die eise van hulle beroep 'n rol gespeel het by hulle substansafhanklikheid en in die kwalitatiewe ondersoek was al vyf die respondente van mening dat die eise van hulle beroep 'n rol gespeel het in die ontwikkeling van hulle substansafhanklikheidsprobleem. Die eise van die respondente se beroep, wat in beide benaderings navore gekom het en 'n rol kon gespeel het in die ontwikkeling van hulle substansafhanklikheid, toon duidelike ooreenstemming. Volgens die kwalitatiewe ondersoek het lang en ongereelde werkure, die beskikbaarheid van substans en stres verbonde aan die beroep 'n rol gespeel. Depressie, emosionele en fisiese uitputting, slaapprobleme en die groot verantwoordelikheid wat die geneesheer dra, is ook genoem. Hierdie faktore het ook in die kwantitatiewe ondersoek na vore gekom. Ander bykomende faktore uit die kwantitatiewe ondersoek wat deur die respondente genoem is, is min persoonlike tyd en tyd vir gesinsontspanning, die eise en bestuur van 'n besigheid en die eise wat pasiënte stel, en die werk met sterwende pasiënte.

6.4.5 Belewensise en vrese van respondente met betrekking tot erkenning van 'n substansafhanklikheidsprobleem

- Die kwantitatiewe en kwalitatiewe bevindinge toon ooreenstemming en die onderskeie data komplementeer mekaar ook. In die kwalitatiewe bevindinge waaronder vrese oor die gevolge van die geneesheer se substansafhanklikheid op die voorgrond, wat vrese oor die Mediese Beroepsraad se reaksie, vrese oor sy beroep, gesin, en toekoms, en die vrees dat hy beheer oor homself verloor het.

- Volgens die kwantitatiewe deel van die ondersoek het 70% respondente beleef dat dit vir hulle as geneeshere, moeiliker in vergelyking met ander professies is om die bestaan van 'n substansprobleem te erken. Die meeste respondente (88,24%) in die kwantitatiewe ondersoek het gevrees vir rapportering by die Mediese Beroepsraad en dat hulle die respek van hulle kollegas kan verloor. Die tweede meeste respondente (76,47%), het gemeen die erkenning van 'n substansprobleem is bemoeilik deur hulle identiteit as geneesheer, die onaanvaarbaarheid van die idee dat die helper nie sy eie probleme kan hanteer nie en die opvatting dat 'n geneesheer altyd in beheer moet wees en 'n beeld van bekwaamheid moet uitstraal. Voeg hierby dat geneeshere nie emosionele kwesbaarheid in hulle beroep mag toon nie en dat dit vir 'n geneesheer ontoelaatbaar is om self probleme te hê wat hy nie kan hanteer nie. Vrees vir finansiële verliese is ook aangedui as 'n aspek wat erkenning van 'n substansprobleem bemoeilik het. Ander faktore wat erkenning van substansafhanklikheid bemoeilik is die beskouing dat geneeshere nie substansafhanklik raak nie. en die vrees vir mislukking. Die rol as pasiënt is onaanvaarbaar vir die geneesheer en die vrees om pasiënte te verloor, is as verdere as redes aangevoer.

6.4.6 Reaksie van kollegas teenoor die substansafhanklike geneesheer

- Die reaksie van die respondente soos weergegee in die kwantitatiewe en kwalitatiewe bevindinge van die ondersoek, toon duidelike ooreenkomste. Die kwantitatiewe ondersoek toon dat 75% respondente se kollegas bewus was van hulle afhanklikheidsprobleem en 60% respondente se kollegas het die respondente se substans- afhanklikheidsprobleem in 'n stadium met hulle bespreek.
- Die feit dat net vier respondente deur kollegas by die Mediese Beroepsraad gerapporteer is, dui egter daarop dat die kwalitatiewe deel van die ondersoek 'n duidelike verklaring bied vir hierdie bevindinge. In die kwalitatiewe benadering is aangetoon dat die meeste kollegas onseker is oor hoe om op te tree en ook

aangetoon dat die meeste kollegas onseker is oor hoe om op te tree en ook huiwerig is om betrokke te raak by 'n kollega se probleme. Die norm van verdraagsaamheid en empatie teenoor kollegas wat optrede verhoed, speel ook 'n rol.

6.4.7 Behandeling van die substansafhanklike geneesheer

- Al die respondente in die kwantitatiewe en die kwalitatiewe ondersoek het behandeling vir hulle substansafhanklikheid ontvang. Met betrekking tot die kwantitatiewe ondersoek het 90% van die respondente behandeling in 'n binnepasiënte-fasiliteit spesifiek vir substansafhanklikheid ontvang. Dit is ook duidelik uit die kwantitatiewe bevindinge dat van die respondente al verskeie behandelingsinsette vir hulle substansafhanklikheid ontvang het.
- Die meeste respondente (60%), in die kwantitatiewe ondersoek het ook behandeling ontvang vir ander psigiatriese probleme behalwe substansafhanklikheid, waarvan depressie die algemeenste is.

Meervoudige diagnose, dit wil sê van substansafhanklikheid en 'n ander psigiatriese versteuring, toon 'n hoë tendens onder die respondente.

- Die kwalitatiewe bevindinge oor die faktore wat die respondente as belangrik beskou het sover dit terapie aangaan, bied waardevolle inligting en bevestig wat in die literatuur vermeld word, naamlik dat 'n verskeidenheid van vaardighede, soos kommunikasievaardighede, konflik-, en stres hanteringsvaardighede, vaardighede in die hantering van emosionele eise en sterwensbegeleiding belangrike aspekte is wat in terapie aangespreek moet word. Dit is ook belangrik dat die geneesheer die realiteite van sy werksomstandighede evalueer en bepaal of hy nog binne die mediese beroep kan funksioneer.

6.4.8 Roldifferensiasie deur die respondente

In die kwalitatiewe deel van die ondersoek is gefokus op die die substansafhanklike geneesheer se belewenis van die rol van pasiënt en ook algemene roldifferensiasie binne sy maatskaplike funksionering. Van die respondente in die kwalitatiewe ondersoek het eers ongemak beleef in die rol van pasiënt. Roldifferensiasie was nie 'n probleem vir die respondente nie. In die kwantitatiewe deel van die ondersoek het 52,94% respondente die rol van pasiënt onaanvaarbaar gevind en as 'n rede genoem wat die erkenning van 'n substansafhanklikheidsprobleem bemoeilik het.

6.4.9. Die beeld van die geneesheer

In die kwantitatiewe sowel as die kwalitatiewe deel van die ondersoek word daar sekere verwagtinge en eienskappe aan die beeld van die geneesheer gekoppel. Die kwalitatiewe deel van die ondersoek het getoon dat geneesheer beleef dat verwagtinge wat deur die publiek aan hulle gestel word onrealisties kan wees. Daar word verwag dat die geneesheer verhewe is bo menslike feilbaarheid. Hierdie verhewe en onrealistiese beeld van die geneesheer kan ook deur die geneesheer self nagestreef word. Die feit dat die respondente self in die kwantitatiewe deel van die ondersoek sekere faktore uitgewys het wat erkenning van 'n substansafhanklikheidsprobleem vir hulle bemoeilik het, toon dat van die respondente self 'n onrealistiese beeld van die geneesheer het. Redes wat respondente genoem het wat die erkenning van 'n substansafhanklikheidsprobleem bemoeilik het, was hulle identiteit as geneesheer, die onaanvaarbaarheid van die idee van die helper wat nie sy eie probleme kan hanteer nie en die siening dat 'n geneesheer altyd in beheer moet wees en 'n beeld van bekwaamheid moet uitstraal. 'n Verder 70,59% respondente het aangedui dat geneesheer nie emosionele kwesbaarheid in hulle beroep mag toon nie en 64,71% respondente het die opvatting dat dit vir 'n geneesheer ontoelaatbaar is om self probleme te hê wat hy nie kan hanteer nie, as rede aangetoon.

Hierdie redes wat die respondente aangetoon het, is onrealisties aangesien alle mense feilbaar is, nie altyd in beheer is nie, nie altyd self hulle probleme kan hanteer nie,

emosioneel kwesbaar mag wees en in die posisie mag wees om self hulp te benodig.

6.4.10 Risiko wat `n substansafhanklike geneesheer vir pasiënte kan inhou en die aanmelding en monitering van `n substansafhanklike geneesheer deur die Gesondheidskomitee

Volgens die kwalitatiewe bevindinge van die ondersoek het al die respondente saamgestem dat `n praktiserende geneesheer, wat nog steeds afhanklik is, `n risiko kan inhou vir pasiënte. Substansafhanklike spesialiste is egter as algemene praktisyns meer daaraan blootgestel om foute te begaan. Die kwantitatiewe deel van die ondersoek het getoon dat die Gesondheidskomitee van 80% van die respondente se substansafhanklikheidsprobleem bewus is en aan 87,5% van die respondente beperkings vir praktisering opgelê het.

Die meeste naamlik 7 (43,75%), respondente het hulleself aangemeld by die Gesondheidskomitee.

6.4.11 Die persoonlikheidsprofiel van die respondente met betrekking tot die belewing van stres

Die kwantitatiewe deel van die ondersoek het `n persoonlikheidsprofiel ten opsigte van die respondente se belewing van stresfaktore ingesluit. Volgens navorsingsbevindinge beleef diegene met `n tipe A-persoonlikheidsprofiel stresfaktore binne hulle funksionering baie intens. In die kwantitatiewe deel van die ondersoek het 55% respondente verskeie en sterk tipe A-persoonlikheidseienskappe getoon en 45% respondente het voldoen aan sommige tipe A-persoonlikheidseienskappe. Dit is dus duidelik dat al die respondente oor tipe A-persoonlikheidseienskappe beskik en stres binne hulle funksionering meer intens beleef.

Volgens die respondente se response op die beleving van hulle studierigting (vergelyk 6.2.1.3) en die spanning wat hulle daaraan verbonde, is dit duidelik dat van hulle stresfaktore intens beleef. Nieteenstaande al die stresfaktore het die kwantitatiewe deel van die ondersoek getoon dat die meeste respondente (80%) dikwels beroepsbevrediging ervaar.

6.5 Samevatting

’n Gekombineerde kwantitatiewe en kwalitatiewe navorsingsbenadering is gevolg met gebruikmaking van die spesifieke dominante-minder-dominante-ontwerp van Creswell (De Vos,2002:365). Die gekombineerde benadering is benut om die verskynsel van substansafhanklikheid by geneeshere beter te begryp.

Twintig respondente het deelgeneem aan die kwantitatiewe deel van die ondersoek. Daar is van die metode van doelgerigte steekproefneming gebruik gemaak. Die betrokke navorsingsprosedure is die opnameprosedure volgens die data-insamelingsmetode vir die administrering van vraelyste. Die vraelyste word anoniem en vertroulik deur die respondente voltooi. Die gegewens is in statistiese vorm weergegee wat met die hulp van die rekenaarondersteuningsafdeling van die Universiteit van Pretoria verwerk is.

Vyf respondente het deelgeneem aan die kwalitatiewe deel van die navorsing. Daar is van die metode van doelgerigte steekproefneming gebruik gemaak. Die data-insameling is gedoen deur semi-gestruktureerde onderhoudvoering volgens ’n semi-gestruktureerde onderhoudskedule. Die onderhoude is op band opgeneem en woordeliks getranskribeer. Die data is gestoor in die vorm van analitiese lêers waaruit kategorieë en temas later geïdentifiseer is. Die data-analise is gedoen volgens Huberman en Miles se benadering van data-analise (Poggenpoel, 1998:340).

Die oorhoofse inhoud van die bevindinge van die kwantitatiewe deel van die ondersoek sluit in die biografiese gegewens, agtergrond, afhanklikheidsgeskiedenis, die rol wat eise in die mediese professie kon speel in die ontwikkeling van substansafhanklikheid, ’n persoonlikheidsprofiel, met spesifieke verwysing na ’n tipe A-persoonlikheidsprofiel in die hantering van stres, en die betrokkenheid van die Mediese Beroepsraad. Die kwantitatiewe bevindinge word aan die hand van grafiese voorstellings geïllustreer en die belangrikste bevindinge word weergegee en in verband met die bestaande literatuur gebring.

Die inhoud van die kwalitatiewe bevindinge van die ondersoek sluit in die biografiese gegewens, agtergrond, afhanklikheidsgeskiedenis en die rol van die geneesheer se beroepsgroep met betrekking tot sy afhanklikheid. Laastens is die kwantitatiewe en kwalitatiewe data geïntegreer. Uit die kwalitatiewe deel van die ondersoek is die bevindinge saamgevoeg in kategorieë, temas en subkategorieë. Die integrering van die twee benaderings is gedoen deur die onderskeie data te vergelyk en ooreenkomste en aanvullende bevindinge uit te wys.

HOOFSTUK 7

ALGEMENE SAMEVATTING, GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

7.1 Inleiding

Hierdie hoofstuk bied eerstens 'n algemene samevatting van die totale ondersoek. Gevolgtrekkings soos verkry uit die bevindinge word daarna uiteengesit en verskeie aanbevelings word gemaak. Ten slotte word die doelstellings en doelwitte getoets aan die hand van die bevindinge en gevolgtrekkings. Hipoteses voortspruitend uit die ondersoek word daarna geformuleer.

Hoofstuk 1 behels die algemene inleiding tot die navorsing wat die motivering vir die studie, probleemformulering, die doelstellings en doelwitte van die ondersoek, die navorsingsvraag, navorsingsbenadering, soort navorsing, die navorsingsontwerp, navorsingsprosedures en werkwyse, voorondersoek, afbakening van die universum en steekproefneming insluit. Die etiese aspekte van die ondersoek en hoofkonsepte word ook in hoofstuk 1 uiteengesit.

Hoofstuk 2 tot hoofstuk 5 van die ondersoek sluit toepaslike literatuurstudie oor die onderwerp in. Die hoofgedagtes in die onderskeie literatuurhoofstukke is soos volg:

In hoofstuk 2 is die etiologie van substansafhanklikheid bespreek aan die hand van verskeie teoretiese uitgangspunte.

Hoofstuk 3 handel met die omvang van substansafhanklikheid en wetgewing betreffendesubstansafhanklikheid en die substansafhanklike geneesheer.

In hoofstuk 4 word die substansafhanklike geneesheer bespreek, wat insluit die psigodinamiese faktore betrokke by die beroepsdinamika en die profiel van die substansafhanklike geneesheer.

In hoofstuk 5 word die verskeie behandelingsfasiliteite, behandelingsalternatiewe en behandelingsmetodes vir die substansafhanklike geneesheer bespreek.

Die empiriese ondersoek, is in hoofstuk 6 bespreek, wat die kwantitatiewe en die kwalitatiewe deel van die ondersoek insluit en word die twee dele van die empiriese ondersoek ook geïntegreer.

7.2 HOOFSTUK 1: ALGEMENE INLEIDING TOT DIE ONDERSOEK

7.2.1 Samevatting

- Die toename in substansafhanklikheid is `n universele probleem wat elke land, gesin en individu raak. Substansafhanklikheid respekteer nie `n persoon se geslag, ouderdom, status, kwalifikasies en maatskaplike omstandighede nie. Daarom word substansafhanklikheid ook in die mediese professie en spesifiek ook by geneeshere aangetref. In Suid-Afrika is daar sover bekend, nog nie navorsing gedoen oor die substansafhanklike geneesheer nie. Internasionaal is daar al wel studies oor die onderwerp onderneem.
- Die doelstelling van die ondersoek was om `n 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 nie `n hipotese gestel nie, maar `n navorsingsvraag aangesien die substansafhanklike geneesheer `n onbestudeerde onderwerp in Suid-Afrika is.

- Die navorsingsvraag wat gestel is, is soos volg: Wat is die spesifieke profiel en psigososiale implikasies van substansafhanklikheid vir die substansafhanklike geneesheer?
- 'n Gekombineerde navorsingsbenadering, die dominante-minder-dominante-model van Creswell is gebruik om kwantitatiewe en kwalitatiewe navorsing te kombineer en is van toegepaste navorsing gebruik gemaak.
- Die navorsingsontwerpe met betrekking tot die kwantitatiewe en kwalitatiewe deel van die navorsing wat gebruik is, is die verkennende en beskrywende ontwerp.
- Die mees gepaste navorsingsprosedure met betrekking tot die kwantitatiewe benadering was die opnameprosedure wat die administrering van vraelys insluit en by die kwalitatiewe benadering is gebruik gemaak van semi-gestruktureerde onderhoudvoering met 'n semi-gestruktureerde onderhoudskedule. 'n Literatuurstudie het as riglyn vir die opstel van die vraelys en semi-gestruktureerde onderhoudskedule gedien. Die universum was alle substansafhanklike geneesheer in Suid-Afrika. In beide benaderings is gebruik gemaak van doelgerigte steekproefneming wat 'n wyse van nie-waarskynlikheidsteekproefneming is.
- Twintig respondente het aan die voltooiing van die anonieme vraelys deelgeneem en daar is met vyf respondente semi-gestruktureerde onderhoude, met behulp van die semi-gestruktureerde onderhoudskedule, gevoer.
- Die vraelys het die gesinsagtergrond, studietydperk, die geskiedenis van die respondente se substansafhanklikheid, teenwoordigheid van psigiatriese probleme, behandeling wat ontvang is, die respondente se profiel met betrekking tot die belewenis van stres en die betrokkenheid van die Gesondheidskomitee ingesluit.

Hierdie faktore is in die vraelys geëksploreer om sodoende 'n volledige profiel van die substansafhanklike geneesheer te verkry. Met die semi-gestruktureerde onderhoud is Die respondente se belewenisse oor genoemde faktore in diepte geëksploreer.

- 'n Voorondersoek is gedoen, wat 'n literatuurstudie, konsultasie met kundiges, evaluering van die uitvoerbaarheid van die ondersoek en wat toetsing van die meetinstrumente ingesluit het. In die voorondersoek is 'n vraelys met een respondent geadministreer en ook een semi-gestruktureerde onderhoud met behulp van die semi-gestruktureerde onderhoudskedule gevoer.
- Die etiese aspekte wat in hierdie navorsingsondersoek veral beklemtoon is, is vertroulikheid en anonimiteit, wat volledig bespreek is. Daar is verder aandag gegee
- aan die beperkinge en leemtes van die ondersoek wat die gebruik van 'n klein steekproef en die moeilike bereikbaarheid van die populasie ingesluit het.
- Die etiese aspekte wat in hierdie navorsingsondersoek veral beklemtoon is, is vertroulikheid en anonimiteit, wat volledig bespreek is. Daar is verder aandag gegee
- aan die beperkinge en leemtes van die ondersoek wat die gebruik van 'n klein steekproef en die moeilike bereikbaarheid van die populasie ingesluit het.

7.2.2 Gevolgtrekkings

- Substansafhanklikheid is `n universele verskynsel. Die gesondheidsberoepe met spesifieke verwysing na geneeshere spring ook nie substansafhanklikheid vry nie. Substansafhanklikheid in die mediese professie is egter `n kontroversiële onderwerp aangesien die idee dat `n geneesheer `n afhanklikheidsprobleem het, vir die algemene publiek ondenkbaar is. Navorsing is dit eens dat substansafhanklikheid `n gegewe verskynsel onder geneeshere is en `n onderwerp is wat aangespreek moet word. Internasionaal is daar al spesifieke programme en fasiliteite beskikbaar om die substansafhanklike geneesheer behulpsaam te wees.
- In Suid-Afrika is die profiel van die substansafhanklike geneesheer en psigososiale implikasies van substansafhanklikheid vir die substansafhanklike geneesheer nog `n onbekende onderwerp en relevant om te ondersoek.
- Die gebruikmaking van toegepaste navorsing met `n verkennende en beskrywende navorsingsontwerp was by uitstek die mees geskikte wyse om `n verskynsel waaroor nog min bekend is te ondersoek en in diepte te beskryf.
- Die gebruik van die gekombineerde kwalitatiewe en kwantitatiewe navorsingsbenadering het daartoe bygedra dat navorsingsresultate op verskeie wyses bevestig is en bevindinge uiteindelik geïntegreerd weergegee kon word.
- In hierdie ondersoek is nie net op kliniese data gefokus nie, maar ook op die persoonlike belewenisse van respondente in die kwalitatiewe deel van die ondersoek wat meer volledige en betekenisvolle bevindinge tot gevolg gehad het. Die betroubaarheid van die bevindinge is ook op hierdie wyse verhoog.

- Die gebruik van nie-waarskynlikheidsteekproefneming was nie die ideaal in hierdie ondersoek nie. Wanneer die sensitiewe aard van die ondersoek en die universum, naamlik substansafhanklike geneeshere van die ondersoek egter in ag geneem word, was hierdie tipe steekproefneming die meeste gepas en bruikbaar. Alhoewel die steekproef klein was, het die bevindinge van die gekombineerde navorsingsbenadering betekenisvolle resultate uitgewys.

7.2.3 Aanbevelings

- Die meetinstrumente, naamlik die vraelys en die semi-gestruktureerde onderhoudskedule kan as `n riglyn dien in verdere navorsing.
- Slegs een respondent met betrekking tot die kwantitatiewe deel van die ondersoek, het tot `n ander kultuurgroep behoort en sal die aanbeveling gemaak kan word dat substansafhanklikheid onder geneeshere van ander kulturele groepe behoort ondersoek te word alvorens veralgemenings gemaak kan word.
- Met die bevindinge wat in hierdie ondersoek verkry is, word verdere navorsing, vir die ontwikkeling van `n spesifieke behandelingsprogram vir die substansafhanklike geneesheer geregverdig.

7.3 HOOFSTUK 2: DIE ETIOLOGIE EN ONTWIKKELING VAN SUBSTANSAFHANKLIKHEID

7.3.1 Samevatting

- Die oorsake van substansafhanklikheid is veelvuldig en kan nie net vanuit een teoretiese raamwerk benader word nie. Verskeie teoretiese benaderings is ondersoek.
- Die mees basiese teoretiese raamwerke wat bespreek is, is die religieuse model, die mediese model en die psigiatriese model asook die sosiologiese, gesinsistemiese, behavioristiese en biopsigososiale perspektiewe.
- Dit is duidelik dat die ontwikkeling van afhanklikheid verskeie faktore insluit. Farmakologiese en nie-farmakologiese faktore is betrokke by die ontwikkeling van substansafhanklikheid. Farmakologiese faktore wat betrokke is, is die substans se chemiese samestelling, die substansdosering, en die ontwikkeling van fisiese afhanklikheid. Die nie-farmakologiese faktore betrokke is die substansgebruiker se fisiologiese en persoonlikheidsamestelling, die ontwikkeling van psigiese afhanklikheid, die psigologiese samestelling van die substansgebruiker, die gesinsisteam en omgewingsfaktore. Hierdie bydraende faktore is interafhanklik tot mekaar.

Substansafhanklikheid gaan ook deur ontwikkelingsfases wat vanaf die eksperimenteringsfase tot die afhanklikheidsfase strek.

6.3.3 Gevolgtrekkings

- Daar is farmakologiese en nie-farmakologiese faktore betrokke by die ontwikkeling van substansafhanklikheid. Substansafhanklikheid is `n komplekse verskynsel en kan nie oorvereenvoudig word en toegeskryf word aan enkele faktore nie.
- Substansafhanklikheid moet vanuit `n holistiese perspektief benader word en alle dimensies van die substansafhanklike se funksionering moet in aanmerking geneem word. Die mees gepaste teoretiese raamwerk vir die ondersoek was die sistemiese benadering, wat alle sisteme waarbinne die substansafhanklike funksioneer in ag neem.

7.3.4 Aanbevelings

Die volgende aanbevelings ten opsigte van die ondersoek na die etiologie en ontwikkeling van substansafhanklikheid word gemaak:

- Substansafhanklikheid kan nie oorvereenvoudig word tot een oorsaaklike faktor nie. In die aanbieding van behandelingsprogramme moet daar gefokus word op alle vlakke van `n individu se funksionering. Dit wil sê `n multi-dimensionele behandelingsprogram is noodsaaklik in die behandeling van die substansafhanklike geneesheer.
- Terapeute wat veral met substansafhanklike geneeshere werk moet die etiologie en ontwikkeling van substansafhanklikheid verstaan en oor die nodige kennis daarvan beskik om `n effektiewe diens te verseker.

7.4. Hoofstuk 3: Die omvang van substansafhanklikheid en wetgewing betreffende substansafhanklikheid en die substansafhanklike geneesheer

7.4.1 Samevatting

- Die meeste lande word op ekonomiese, maatskaplike, gesondheidsorg en politieke vlak geraak deur die verskynsel van substansmisbruik en -afhanklikheid.
- Daar word bereken dat die impak van substansmisbruik en -afhanklikheid op die ekonomie van 'n land jaarliks biljoene rande beloop. Suid-Afrika is geen uitsondering en het ook met unieke bykomende faktore te kampe wat die verskynsel van substansmisbruik en afhanklikheid nog meer kompliseer. Substansmisbruik en afhanklikheid raak uiteindelik ook gesinne en individue direk.
- Die werklike omvang van substansafhanklikheid is moeilik bepaalbaar en kan veel groter wees as wat reeds bekend is. Substansafhanklikheid onder geneesheer is 'n kontroversiële onderwerp. Statistieke oor die tendense van substansafhanklikheid onder geneesheer is nie algemeen bekombaar nie en die werklike omvang is relatief onbekend. In Suid-Afrika is die werklike omvang van substansafhanklikheid onder geneesheer onbekend. Die enigste riglyn wat beskikbaar is oor die omvang van substansafhanklikheid onder geneesheer is aanmeldings by die Gesondheidskomitee, van die Mediese en Tandheelkundige Beroepsraad.
- Die gesondheidsprofessie in die algemeen en veral die mediese professie, ontken die impak wat substansafhanklikheid op die beroepsgroep kan hê.

- Internasionaal is navorsing oor die omvang en aard van substansafhanklikheid in die mediese beroep en veral onder geneeshere gedoen. Die mediese beroep, met spesifieke verwysing na geneeshere spring ook nie substansafhanklikheid vry nie.
- Die navorsingsbevindinge oor die omvang van substansafhanklikheid onder geneeshere is dikwels teenstrydig. Sommige skrywes meen die tendens is van substansafhanklikheid onder geneeshere is hoër as onder die algemene bevolking en sommiges huldig weer die mening dat die tendens dieselfde is as onder die algemene bevolking.
- '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 substansafhanklikheid as 'n probleem in die mediese beroep.
- Die Gesondheidskomitee binne die Mediese en Tandheelkundige Beroepsraad van Suid-Afrika, wat onder andere spesifiek substansafhanklike geneeshere hanteer, bestaan vanaf 1996. Die Gesondheidskomitee 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 aan praktisering en in uiterste gevalle die geneesheer se registrasie te kanselleer.

- Die Gesondheidskomitee worstel ook met die wanpersepsie wat geneeshere het oor die aanmelding van `n substansafhanklike geneesheer. Geneeshere beskerm mekaar en is traag om `n kollega aan te meld. Die werklike getal substansafhanklike geneeshere is vermoedelik hoër as die beskikbare statistiek.
- 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 ook slegs praktiseer as hy geregistreer is kragtens die Wet op Gesondheidsberoep (Wet 56 van 1974).

7.4.2 Gevolgtrekkings

Elke land word op verskeie terreine negatief geraak deur die verskynsel van substansafhanklikheid. Wetgewing is werêldwyd van krag om dwelmshandel en substansafhanklikheid te hanteer. Suid-Afrika is geen uitsondering nie. Kommerwekkend is die groot tendens van dwelmshandel en substansafhanklikheid in Suid-Afrika.

- Die kern van `n gesonde gemeenskap, naamlik die gesinsisteem, wat uit individue bestaan, word ten nouste deur substansafhanklikheid geraak. Maatskaplike probleme is dikwels voortspruitend uit die probleem van substansafhanklikheid wat in gesinne teenwoordig is.

- Substansafhanklikheid onder professionele beroepsgroepe is `n sensitiewe onderwerp. Die breë publiek is onkundig oor die feit dat substansafhanklikheid wel onder professionele beroepsgroepé asook geneeshere voorkom. Die algemene persepsie bestaan dat professionele persone gevrywaar is van die probleem van substansafhanklikheid, vanweë hulle kennis, opleiding en status.
- Die perspesie word gehuldig dat die teenwoordigheid van `n afhanklikheidsprobleem by `n professionele persoon `n skande en vernedering is. Die tendens bestaan dus dat `n substansprobleem so ver moontlik verswyg word. Beskikbare statistieke oor substansafhanklikheid onder professionele persone, met spesifieke verwysing na geneeshere is dus nie altyd betroubaar nie. Gewoonlik raak die substansprobleem eers bekend as die probleem al ernstige afmetings aangeneem het.
- Die feit dat die Mediese en Tandheelkundige Beroepsraad, die Gesondheidskomitee in 1996 tot stand gebring het, bevestig dat daar wel behoefte is dat sekere probleme soos onder andere substansafhanklikheid onder geneeshere hanteer en bestuur moet word. Internasionaal is al omvangryke navorsing oor substansafhanklikheid onder geneeshere gedoen. Verskeie behandelingsprgramme en beradingsfasiliteite is al in ander lande tot stand gebring om geneeshere met probleme en onder andere substansafhanklikheid, behulpsaam te wees.
- In Suid-Afrika is die onderwerp nog `n onbekende terrein en dus relevant om te ondersoek. Geneeshere handhaaf nog grootliks die persepsie dat aanmelding van substansafhanklikheid by die Gesondheidskomitee `n ramp in terme van hulle beroepsfunksionering is en vermy bekendmaking daarvan by die Gesondheidskomitee.

7.4.3 Aanbevelings

Die volgende aanbevelings ten opsigte van die omvang van substansafhanklikheid en wetgewing betreffende substansafhanklikheid en die substansafhanklike geneesheer word gemaak:

- Effektiewe voorkomingsgerigte programme oor die gevare van substansafhanklikheid is in Suid-Afrika noodsaaklik.
- Effektiewe voorkomingsprogramme en ondersteuningsprogramme vir die hantering van substansafhanklikheid binne die werkplek is ook in Suid-Afrika `n verdere noodsaaklikheid. Binne die werkplek van die geneesheer is `n duidelike ondersteuningsnetwerk noodsaaklik om geneeshere die nodige ondersteuning te bied en substansafhanklikheid op `n vroeë stadium te identifiseer en te hanteer.
- Die persepsie dat substansafhanklikheid slegs onder `n gedeelte van die bevolking voorkom en veral nie onder professionele beroepsgroepe nie, moet verander word deur bewuswordingsprogramme dat substansafhanklikheid nie onderskeiding tussen beroep, opleiding en status maak nie.
- Die persepsie wat geneeshere oor die Mediese en Tandheelkundige Beroepsraad en die rol van die Gesondheidskomitee huldig, naamlik dat die Mediese Beroepsraad hulle sal verbied om verder te praktiseer, moet verander word met inligtingsprogramme oor die rol en funksie van die Gesondheidskomitee. Daar word aanbeveel dat hierdie inligtingsprogramme veral gedurende die mediese student se opleidingstydperk geïnisieer word.

- Daar word ook verder aanbeveel dat die traagheid van geneeshere om mekaar aan te meld by die Gesondheidskomitee ook tydens die mediese student se opleidingstydperk al aandag kan geniet. Deur die aanbieding van inligtingsprogramme tydens die opleidingstydperk van mediese studente kan die noodsaaklikheid van aanmelding van 'n substansafhanklike kollega en die redes daarvoor ook beklemtoon word.
- Die Gesondskomitee kan 'n sentrale beradingsfasiliteit ontwikkel waar geneeshere met probleme, en onder andere substansafhanklikheid verwys word. Die monitering, die vordering en behandeling van sulke geneeshere kan dan effektief bestuur word. Aanmelding, monitering en effektiwiteit van behandeling en opvolg kan daardeur bevorder word. Uitskakeling van verskeie rolspelers wat die geneesheer behandel en verskeie opinies wat gehuldig word, kan dan vermy word. Die gebruikmaking van verskeie professionele beraders deur die substansafhanklike geneesheer in 'n poging om verslae aan die Gesondheidskomitee te manipuleer, sal ook hierdeur uitgeskakel word.

7.5 Hoofstuk 4: Die substansafhanklike geneesheer

7.5.1 Samevatting

- Uit die beskikbare resultate van navorsing blyk dit duidelik dat die geneesheer meer blootgestel kan wees aan substansmisbruik en -afhanklikheid as die algemene publiek weens uitermatige en unieke stressore eie aan die beroepsgroep. Die geneesheer het ook makliker toegang tot middels as die breë publiek, wat ook 'n rol kan speel in die ontwikkeling van substansafhanklikheid.
- Dit blyk of onstabiele kinderjare en onsekure bindinge met ouers in die kinderjare, ontwikkeling van 'n swak selfbeeld en kompulsiewe persoonlikheidstreke risikofaktore kan wees vir die latere ontwikkeling van substansafhanklikheid by die geneesheer. Die persepsie kan deur die geneesheer gevorm word dat deur prestasie en status selfaanvaarding en aanvaarding deur andere verkry kan word. 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 teweegbring.
- Gebrekkige egofunksionering, wat insluit impulsiwiteit, gebrek aan inisiatief en isolasie op interpersoonlike vlak, kan problematiese faktore wees vir die ontwikkeling van substansafhanklikheid by die geneesheer.
- Die opleiding as geneesheer is veeleisend. Die milieu rondom die geneesheer se opleidingstydperk skep sekere persepsies oor menswees en die hantering van emosionele eise, wat in die ontwikkeling van 'n suksesvolle geneesheer uiteindelik 'n kwesbaarheid vir substansafhanklikheid tot gevolg kan hê. Die substansafhanklike geneesheer se beroepsontwikkeling en verdere persoonlikheidsontwikkeling blyk interafhanklik van mekaar tydens die opleidingstydperk te wees.

- Mediese opleiding is veeleisend, kompetierend en baie hoë eise word aan die uithouvermoë van 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 dat die geneesheer oor die mag, kennis en vaardighede beskik om outoritêr te kan optree.
- 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 die ontwikkeling van substansafhanklikheid in latere jare.
- Die feit dat geneesheer unieke stresfaktore eie aan hulle beroepsgroep beleef, is `n voldonge 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. Verskeie faktore eie aan die mediese beroep dra by tot `n sekere unieke persepsie en optrede in die beroep teenoor die onderwerp van substansafhanklikheid.
- Faktore wat in die beroepsdinamika van die geneesheer `n rol in die vorming van sy of haar identiteit speel, is faktore soos die outonome funksionering van die mediese beroep. Daar moet verder 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 aan die substansafhanklike geneesheer verskaf.

- Die persepsie oor die maak van mediese foute is uniek tot die mediese beroep en dit is duidelik dat alle geneesherre 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 geneesherre 'n gemeenskaplike gevoel om mekaar te verdra en te beskerm.
- Die beoordeling van mediese foute is 'n tema wat aansluit by die ongemak en persoonlike blootstelling wat geneesherre beleef oor die onderwerp. Die mediese beroep beskou dit as hulle eksklusiewe voorreg om mediese foute te beoordeel. Die gemeenskaplike gevoel dat elke geneesheer daaraan blootgestel is om foute te begaan, skep 'n verdraagsaamheid teenoor mekaar. Geneesherre is ook oorbewus van die norme in mediese etiek en sal hulle nie gou kritiek teenoor ander kollegas uitspreek nie.
- Hierdie milieu 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.
- 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.
- Die rol as pasiënt is totaal teenstrydig teenoor die funksie en identiteit van die geneesheer. Daarom soek geneesherre baie moeilik enige mediese hulp, wat nog te sê hulp vir emosionele probleme of substansafhanklikheid.

- Die algemene persepsie van geneeshere teenoor substansafhanklikheid en pasiënte met `n substansprobleem is negatief. Hierdie algemene gesindheid van medici versterk dus enige bekendmaking of erkening 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 kan 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 te ver gevorderd kan wees voordat 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 substansafhanklike geneesheer verskil van ander substansafhanklikes 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.
- Jeugdige dwelmafhanklikes 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. `n Tipe A-persoonlikheids-profiel word geassosieer met manlike en middeljarige geneeshere wat as `n risiko vir die ontwikkeling van geestesongesteldhede en dus ook substansafhanklikheid beskou word. Die tipe A-persoonlikheidsprofiel is kwesbaar vir stres en is gewoonlik kompeterende, perfeksionistiese, ongeduldige, haastige, rustelose, tydgebonde en ambisieuse persone.
- Die moontlikheid van `n meervoudige diagnose, dit wil sê substansafhanklikheid en `n psigiatriese probleem, by die substansafhanklike geneesheer moet binne `n behandelingsopset in gedagte gehou word.
- Die identifisering van die substansafhanklike geneesheer gebeur gewoonlik wanneer daar al ernstige disfunksionaliteit teenwoordig is.
- Gewoonlik word die gesin eerste geraak deur substansafhanklikheid, maar daar is ook tekens wat binne sy werksfunksionering waargeneem kan word, wat `n aanduiding kan wees dat substansafhanklikheid teenwoordig is.
- Ontkenning van `n substansprobleem is een van die grootste struikelblokke wat aangespreek moet word voordat die substansafhanklike geneesheer ontvanklik vir enige hulp sal wees.

7.5.2 Gevolgtrekkings

- Die faktore wat betrokke is by die ontwikkeling van substansafhanklikheid by die geneesheer is veelvuldig en kompleks.
- Om die substansafhanklike geneesheer te verstaan, moet daar begryp word wie hy is. Sy agtergrond, die aard en werksaamhede van sy beroep en sy beroepsidentiteit moet verder ook begryp word, om uiteindelik `n effektiewe diens aan die geneesheer te kan lewer.
- Die kwesbaarheid vir die latere ontwikkeling van substansafhanklikheid by die geneesheer kan al tydens die kinderjare ontstaan.
- Onstabiele kinderjare en onsekre bindinge met ouers in die kinderjare, ontwikkeling van `n swak selfbeeld en kompulsiewe persoonlikheidstrekke kan moontlike risikofaktore wees.
- Die milieu rondom die geneesheer se opleidingstydperk kan ook `n risikofaktor in die ontwikkeling van substansafhanklikheid by die geneesheer wees.

- Gedurende die mediese studente se opleidingstydperk word op akademie en prestasie gefokus en geniet die emosionele belewenisse van studente nie aandag nie. Die voorkoms van depressie en angs onder mediese studente is kommerwekkend. Depressie en selfmoord onder geneeshere. is ook kommerwekkend. Vroeë identifisering en behandeling van depressie by mediese studente is dus belangrik.
- Sekere persepsies oor die rol en identiteit van die geneesheer, wat tydens mediese opleiding ontwikkel, maak die erkenning van 'n substansprobleem baie moeilik. Die beeld wat van die geneesheer geskep word is 'n persoon wat superior, perfek en sonder swakhede is.
- Die feit dat geneeshere unieke stresfaktore eie aan hulle beroepsgroep beleef, is 'n voldwonge. Die stressore behels algemene stressore rondom die mediese praktyk, stressore rondom pasiënte, moontlike 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. Substansie kan 'n wyse word om die veelvuldige eise en stres daaraan verbonde te hanteer.
- Die geneesheer het ook makliker toegang tot middels as die breë publiek, wat ook 'n rol kan speel in die ontwikkeling van substansafhanklikheid. Die self voorgeskryf van medikasie en selfbehandeling is risikofaktore by die mediese student en geneesheer. Die onderwerp moet spesifiek in opleiding aandag geniet.
- Die teenwoordigheid van meer as een diagnose, naamlik substansafhanklikheid en 'n psigiatriese versteuring by die substansafhanklike geneesheer, moet altyd in gedagte gehou word.

- **Assessering van die substansafhanklike geneesheer moet dus volledig en holisties van aard wees.**
- **Vroeë identifisering van die substansafhanklike geneesheer is belangrik en gebeur gewoonlik eers as daar al ernstige disfunksionaliteit teenwoordig is.**
- **Vroegtydige kennisname van die tekens van `n afhanklikheidsprobleem tydens die mediese student se opleidingstydperk en ook in die werkplek van die geneesheer, is belangrik, om so gou moontlik aan die geneesheer hulp te kan 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.**
- **Die substansafhanklike geneesheer is gewoonlik ouer, in sy vroeë middeljare en het gewoonlik al `n langtermyn probleem wanneer sy substansafhanklikheid bekend raak. Die risikogroep onder die geneeshere is algemene praktisyns en narkotiseurs.**
- **Die terapeut moet kennis neem dat die rol as pasiënt `n bedreiging vir die geneesheer in behandeling is en dat die rol deur die geneesheer vermy sal word as hulpsoeker en pasiënt.**

7.5.3 Aanbevelings

Die volgende aanbevelings kan na aanleiding van die ondersoek oor die substansafhanklike geneesheer gemaak word:

- Dit is belangrik dat die nodige kennis oor die gevare van substansafhanklikheid, veral by mediese studente tydens hulle opleidingstydperk deurgaans aandag sal geniet, veral ook onder studente in hulle internskapjaar.
- In die behandeling van die substansafhanklike geneesheer het terapeute 'n deeglike kennis van die aard en dinamika van substansafhanklikheid by die geneesheer nodig, alvorens daar tot die behandeling van die teikengroep toegetree word. Onvoldoende kennis kan tot oneffektiewe hulpverlening lei.
- Die terapeut moet genoegsaam opgelei wees om die verdedigingsmeganismes van die substansafhanklike geneesheer soos ontkenning, intellektualisering en die vrees vir die rol as pasiënt effektief te hanteer.

- Die geneesheer het ook makliker toegang tot middels as die breë publiek, wat ook 'n rol speel in die ontwikkeling van substansafhanklikheid. Die self voorgeskryf van medikasie en selfbehandeling is risikofaktore by die mediese student en geneesheer. Die onderwerp moet spesifiek in opleiding aandag geniet.
- Die teenwoordigheid van meer as een diagnose, naamlik substansafhanklikheid en 'n psigiatriese versteuring by die substansafhanklike geneesheer, moet altyd in gedagte gehou word.
- Assessering van die substansafhanklike geneesheer moet dus volledig en holisties van aard wees.
- Vroeë identifisering van die substansafhanklike geneesheer is belangrik en gebeur gewoonlik eers as daar al ernstige disfunksionaliteit teenwoordig is.
- Vroegtydige kennisname van die tekens van 'n afhanklikheidsprobleem tydens die mediese student se opleidingstydperk en ook in die werkplek van die geneesheer, is belangrik, om so gou moontlik aan die geneesheer hulp te kan 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 Deeglike multi-profesionele assessering van die substansafhanklike geneesheer is noodsaaklik, aangesien die substansprobleem al `n langtermyn probleem is en daar al verskeie probleme wat onder andere neurologiese probleme kan insluit kon ontstaan het. Die teenwoordigheid van `n meervoudige diagnose is ook nie uitgesluit nie en moet geëksploreer word.
- In behandeling van die substansafhanklike geneesheer moet die terapeut ook die beroepsdinamika van die geneesheer evalueer en die risikofaktore kan identifiseer, om sodoende `n effektiewe behandelingsprogram op te stel.
- Gedurende die opleidingstydperk van mediese studente, moet `n deurlopende ondersteuningsfasiliteit ingestel word wat fokus op emosionele vaardighede, lewensvaardighede en die funksionering van die mediese student as persoon in totaliteit en nie net as `n dokter nie. So `n fasiliteit moet `n intergrale deel van die funksionering van die student se opleidingstydperk wees, om toeganklikheid te bevorder en stigmatisering teen te werk.
- Die aanleer van lewensvaardighede is noodsaaklik om die student toe te rus om lewenseise meer konstruktief te hanteer. Die aanbieding van werkswinkels wat die ontwikkeling van lewensvaardighede en persoonlikheidsontwikkeling insluit kan `n voorkomende aksie wees.

- 'n Effektiewe ondersteunings- en beradingsfasiliteit behoort vir die mediese student daar gestel te word om depressie vroegtydig te identifiseer en te behandel.
- Die instelling van spesifieke regulasies deur die Mediese en Tandheekkundige Beroepsraad ten opsigte van self voorskryf van medikasie en selfbehandeling oorweeg word.
- In die behandeling van die substansafhanklike geneesheer moet prominente eienskappe om hulle egofunksionering te versterk aangespreek word, wat impulsiwiteit, gebrek aan inisiatief en isolasie op interpersoonlike vlak, insluit.

Hoofstuk 5: Behandelingsfasiliteite, behandelingsbenaderings en die behandelingsproses van die substansafhanklike geneesheer

7.6.1 Samevatting

- Daar is verskeie behandelingsfasiliteite beskikbaar vir die substansafhanklike geneesheer, wat akute mediese behandeling, detoksifikasie, metadoon instandhoudingsprogramme, farmakoterapie, korttermyn binne-pasiënte behandeling, lantermyn behandelingsprogramme, dag behandelingsprogramme, algemene buite-pasiënte behandeling en selfhelp programme insluit. Binne-pasiënte behandeling blyk meer suksesvol vir die substansafhanklike geneesheer te wees as buite-pasiënte behandeling.
- Die vraag oor die effektiwiteit van behandeling en watter tipe behandelingsbenadering en fasiliteit die effektiwiefste vir die substansafhanklike geneesheer is, is kompleks en nie eenvoudig om te beantwoord nie. Uit navorsing is dit duidelik dat behandeling wel `n beter opsie as geen behandeling, is nie.
- Binne die veld van substansafhanklikheid is verskeie behandelingsbenaderings bekend. Navorsing het aangedui dat `n kombinasie van benaderings effektief is, soos vaardigheidsontwikkeling, gesins- en verhoudingsterapie en kognitiewe gedragsterapeutiese benaderings (Fleming & Murray, 2001:8-9 en Brooks & Rice, 1997:210-214).
- `n Ander belangrike aspek wat Prochaska en Di Clementi (Lam, *et al.*, 1996:203) uitgewys het is dat baie aandag geskenk word aan die ontwikkeling van behandelingsmetodes en min gefokus word op die prosesse waardeur die substansafhanklike gedurende behandeling kan beweeg.

- Die vraag of behandeling suksesvol sal wees aldan nie, hang ook af van die substansafhanklike se gereedheid tot verandering. Prochaska en Di Clementi (Fleming & Murray, 2001:6) het 'n model ontwikkel wat die fases van gereedheid van die substansafhanklike beskryf en ook dat die fases kan herhaal.
- Die herstelproses van die substansafhanklike geneesheer word gekenmerk deur spesifieke dinamika in die vroeë en latere fases in die herstelproses, waarvan die terapeut moet kennis neem.
- Die substansafhanklike geneesheer kan dikwels terapeuties verkeerd gehanteer word deurdat daar geglo word dat hy as gevolg van sy kennis en opleiding nie deur die proses van behandeling hoef te gaan nie, en met die besef van sy probleem, oor die vermoëns beskik om self sonder enige hulpverlening te kan herstel.
- In die behandeling van die substansafhanklike geneesheer kan die terapeut met verskeie aspekte gekonfronteer word. Die substansafhanklike geneesheer kan in behandeling 'n houding van intellektuele meerderwaardigheid openbaar en ook die gevolge van sy afhanklikheid minimaliseer.
- Die verband tussen perfeksionisme en die substansafhanklike geneesheer is 'n aspek wat terapeuties by die meeste substansafhanklike geneesheer in die proses van herstel aangespreek moet word. 'n Verdere belangrike aspek wat die terapeut in die behandelingsprogram moet aanspreek, is die gebrekkige egofunksionering van die geneesheer.
- Bykomende dinamika wat uniek is by die substansafhanklike geneesheer is die funksionering in die rol van pasiënt. In die terapeutiese verhouding kan oordrag en teenoordrag die herstelproses kortwiek.

- Vertroulikheid in die terapeutiese proses en die invloed wat verpligte inskakeling vir behandeling op die geneesheer se herstel kan hê, is verdere faktore wat aangespreek behoort te word.
- Riglyne insake die inskakeling van die substansafhanklike geneesheer by 'n behandelingsprogram word bespreek, waar die terapeut 'n deeglike assessering moet doen om te bepaal by watter tipe behandelingsprogram die substansafhanklike geneesheer die beste sal baat. Daar moet in ag geneem word of daar 'n meervoudige diagnose, naamlik van substansafhanklikheid en 'n psigiatriese probleem, teenwoordig is. Daarna sal bepaal kan word of 'n buite of binne-pasiëntebehandeling die effektiëste sal wees en of die geneesheer 'n kandidaat is wat by groepterapie sal baatvind al dan nie.
- Ten slotte word aandag daaraan geskenk of groepterapie die effektiëste met 'n homogene of gemengde groep is en blyk die middeweg van 'n gemengde groep met 'n bykomende ondersteuningsgroep slegs vir geneesheer die beste te wees.

7.6.2 Gevolgtrekkings

- Die fasiliteite vir die behandeling van die substansafhanklike geneesheer wissel van slegs mediese programme, korttermynprogramme tot langtermyn- programme, dagprogramme en buite- of binne-pasiënteprogramme. Selfhelpgroepe is ook beskikbaar vir ondersteuning van die substansafhanklike geneesheer. Die terapeut behoort bewus te wees van al die moontlikhede en die geneesheer met in ag neming van sy omstandighede en die aard van sy problematiek oor die beste alternatief te adviseer.

- Dit is duidelik dat die behandeling van die substansafhanklike geneesheer vele fasette insluit en dat 'n omvattende behandelingsprogram nodig is. In die behandelingsprogram moet verskeie behandelingsbenaderings in gedagte gehou word en gekombineer word tot voordeel van die pasiënt.
- Dit is verder duidelik dat behandeling 'n beter alternatief is as geen behandeling nie. Verder toon die inskakeling by binne-pasiëntebehandeling 'n beter uitkoms in navorsing by die substansafhanklike geneesheer as slegs buite-pasiëntebehandeling.
- Die substansafhanklike geneesheer moet op 'n multi-dimensionele vlak geassesseer word voor aanbevelings oor die tipe behandelingsprogram waarby hy moet inskakel, gemaak word. Meervoudige diagnoses en of die geneesheer by groepterapie sal kan baatvind is faktore wat onder andere in ag geneem moet word.
- Die terapeut moet op hoogte wees van die dinamika wat die substansafhanklike geneesheer in behandeling kan openbaar. Die geneesheer kan verskeie verdedigingsmeganismes gebruik om die terapeut op 'n afstand te hou. Vertroulikheid, die rol van die Gesondheidskomitee en verpligte behandeling is gewoonlik ook aspekte wat in behandeling uitgeklaar moet word.

7.6.3 Aanbevelings

Die volgende aanbevelings word ten opsigte van behandelingsfasiliteite, behandelingsbenaderings en die proses van behandeling van die substansafhanklike geneesheer gemaak:

- Die terapeut betrokke by die behandeling van die substansafhanklike geneesheer moet nie net oor voldoende wetenskaplike kennis met betrekking tot die dinamika van substansafhanklikheid by geneeshere beskik nie, maar ook oor behandelingsfasiliteite, behandelingsbenaderings en die behandelingsproses om `n effektiewe behandelingsprogram vir die substansafhanklike geneesheer te kan beplan.
- Die substansafhanklike geneesheer se afhanklikheid strek gewoonlik oor `n lang tydperk en is `n binne-pasiënteprogram die effekstiefste wyse om sy substansafhanklikheid aan te spreek.
- `n Omvattende behandelingsprogram waarin alle fasette van die substansafhanklike geneesheer se funksionering aanspreek word, word aanbeveel.
- Die substansafhanklike geneesheer moet deurlopend binne `n behandelingsprogram geëvalueer word om sodoende sy vordering te bepaal sodat veranderinge in die behandelingsproses aangebring kan word.
- Doelgerigte bemerking van `n behandelingprogram vir die substansafhanklike geneesheer en/of professionele persone, kan meer vrymoedigheid bewerkstellig sodat die teikengroep vir hulpverlening aanmeld en wat die stigma daaraan verbonde teenwerk.
- Die tot standkoming vir `n ondersteuningsgroep, spesifiek vir geneeshere, kan `n positiewe bydrae lewer tot die handhawing van volgehoue soberheid by geneeshere.

7.7 Hoofstuk 6: Die empiriese ondersoek

7.7.1 Samevatting

- In die empiriese gedeelte van die ondersoek is 'n gekombineerde kwantitatiewe en kwalitatiewe navorsingsbenadering gevolg met die gebruikmaking van die spesifieke dominante-minder-dominante-ontwerp van Creswell. Die gekombineerde benadering is aanvullend tot mekaar om die verskynsel van substansafhanklikheid by geneeshere beter te begryp.
- Twintig respondente het deelgeneem aan die kwantitatiewe ondersoek van die navorsing. Die wyse van steekproefneming wat gebruik is, is doelgerigte steekproefneming. Die opnameprosedure met die data insamelingsmetode van die administrering van vraelyste is gebruik..
- Die vraelyste is anoniem en vertroulik deur die respondente voltooi. Die gegewens is in statistiese vorm weergegee wat met behulp van die rekenaarondersteuningsafdeling van die Universiteit van Pretoria verwerk is.
- 'n Getal van vyf respondente het deelgeneem aan die kwalitatiewe navorsingsbenadering. Die wyse van steekproefneming wat gebruik is, is doelgerigte steekproefneming.
- Die data-insameling is gedoen deur semi-gestruktureerde onderhoudsvoering met 'n semi-gestruktureerde onderhoudskedule. Die onderhoude is met behulp van 'n bandopname gedoen en woordeliks getranskribeer. Die data is gestoor in die vorm van analitiese lêers waaruit temas en kategorieë later geïdentifiseer is. Die wyse van data-analise is gedoen deur die gebruikmaking van Huberman en Miles se benadering van data-analise. Die vertrouenswaardigheid van die kwalitatiewe deel van die ondersoek is verder aan die hand van Guba se model geëvalueer.

- Die oorhoofse inhoud van die bevindinge van die kwantitatiewe ondersoek sluit die biografiese gegewens, agtergrondsgeskiedenis, afhanklikheidsgeskiedenis, die rol wat eise in die mediese professie kon speel in die ontwikkeling van substansafhanklikheid, 'n persoonlikheidsprofiel, met spesifieke verwysing na 'n tipe A-persoonlikheidsprofiel in die hantering van stres en die betrokkenheid van die Gesondheidskomitee van die Mediese en Tandheelkundige Beroepsraad, in.
- Die kwantitatiewe bevindinge is aan die hand van grafiese voorstellings geïllustreer en die belangrikste bevindinge is weergegee en in verband met bestaande literatuur gebring.
- Die inhoud van die kwalitatiewe bevindinge van die ondersoek sluit die biografiese gegewens, agtergrondsgeskiedenis, afhanklikheidsgeskiedenis en die rol van die geneesheer se beroepsgroep met betrekking tot hulle afhanklikheid, in. Laastens is die kwantitatiewe en kwalitatiewe data geïntegreer. Uit die kwalitatiewe deel van die ondersoek is die bevindinge saamgestel in kategorieë, temas, en subkategorieë. Die integrering van die twee benaderings, is gedoen deur die onderskeie data te vergelyk en ooreenkomste en aanvullende bevindinge uit te wys.

7.7.2 Gevolgtrekkings

- Die ouderdomsgroepeering wat prominent by die substansafhanklike geneeshere voorgekom het was tussen die ouderdom 40 en 70 jaar, terwyl die jongste ouderdom 27 jaar was.
- Verdere bevindinge het getoon dat die meeste respondente al langer as 6 jaar afhanklikheidsvormende substans gebruik het en dus in die ouderdomsgroepeering, 40 tot 70 jaar, al `n chroniese probleem gehad het. Dit blyk dus dat die meeste substansafhanklike geneeshere in hulle vroeë dertigerjare `n afhanklikheidsprobleem begin ontwikkel het.
- Die minderheid respondente, naamlik 35% het al tydens hulle studentejare tekens van afhanklikheid getoon. Alhoewel die persentasie respondente wat al tydens hulle opleidingstydperk `n afhanklikheidsprobleem getoon het, in die minderheid is, is dit in vergelyking met internasionale tendense van ongeveer 16%, `n risikofaktor in die Suid-Afrikaanse konteks gesien.
- Die ontwikkeling van `n substansprobleem by die geneesheer blyk dus deels gedurende die opleidingstydperk te wees. Die vroeë dertigs blyk ook `n risiko ouderdom te wees.
- Die meeste respondente was algemene praktisyns. Die risikogroep uit al die spesialisvelde vir die ontwikkeling van substansafhanklikheid, is narkotiseurs. Hierdie bevindinge stem met internasionale tendense ooreen. Die meeste respondente, 76,92% het ook aangedui dat die gebrek aan enige ondersteuningsisteme binne hulle beroep, bydraend was tot die ontwikkeling van hulle substansafhanklikheid. Die literatuur bevestig dat algemene praktisyns dikwels geïsoleerd funksioneer en nie enige ondersteuningsisteme het nie.

- Daar was by 45% van die respondente uit die gesin van herkoms 'n ouer wat 'n substans misbruik het, 60% van die respondente het hulle gesinsatmosfeer as onbevredigend vir die ontwikkeling van 'n positiewe selfbeeld en selfvertroue beleef, 50% het oop en betekenisvolle kommunikasie as onbevredigend bestempel, en 55% het die vrymoedigheid om emosies konstruktief uit te druk in hulle gesin van herkoms as onbevredigend beskou. Dieselfde tendense was ook opvallend by die kwalitatiewe deel van die ondersoek.
- Dit blyk dus dat behalwe vir die faktor van substansafhanklikheid wat by van die respondente se gesin van herkoms voorgekom het, die meerderheid respondente onbevredigende kinderjare beleef het ten opsigte van die ontwikkeling van 'n positiewe selfbeeld, selfvertroue, uitdrukking en konstruktiewe hantering van emosies en konstruktiewe kommunikasievaardighede.
- Die meerderheid respondente, naamlik 60% het emosionele probleme op skool ondervind waarvan 'n swak selfbeeld uitgestaan het.
- Die meerderheid respondente, 85%, het ook uitstaande op skool gepresteer en 65% het leierskapsposisies beklee. Dit is duidelik uit die bevindinge dat uitstaande akademiese prestasie en die beklee van leierskapsposisies nie alleenlik as kriteria by die keuring van mediese studente kan dien nie.
- Die stelling kan gemaak word dat uitstaande prestasie en beklee van leierskapsposisies 'n wyse kon raak om te kompenseer vir 'n swak selfbeeld by van die respondente. Die status as mediese student kan ook as 'n verdere voortsetting om te kompenseer vir 'n swak selfbeeld beskou word.

- `n Verdere stelling kan gemaak word, naamlik dat die rede waarom die geneesheer so verknog raak aan sy identiteit as geneesheer en sukkel om onderskeid te tref tussen sy persoonlike identiteit en die van geneesheer, die gevolg is van `n lae eiewaarde.
- Die meeste van die respondente, 85%, was poli-substansafhanklik, waarvan die misbruik van farmaseutiese medikasie uitgestaan het as die mees misbruikte substans. Hierdie bevinding kom ooreen met internasionale tendense dat substansafhanklike geneesheer veral farmaseutiese medikasie misbruik en dat die maklike toegang uit die aard van hulle beroep, `n rol speel.
- Die meerderheid respondente, 84,62% was ook van mening dat die maklike toegang van middels `n risikofaktor is, wat met hulle beroepsgroep verband hou.
- Die kwalitatiewe deel van die ondersoek bevestig die gevolgtrekkings. Selfvoorskryf van medikasie het uitgestaan as `n prominente faktor by die meerderheid van die respondente in die kwantitatiewe deel van die ondersoek en by al die respondente in die kwalitatiewe deel van die ondersoek. Selfdispensering het ook by die meerderheid respondente voorgekom.
- Daar is nie in Suid-Afrika enige wetgewing rondom selfvoorskryf, van medisyne selfbehandeling en -dispensering van medikasie nie. Hierdie aspek skep dus `n maklike wyse vir die substansafhanklike geneesheer om sy substansafhanklikheid in stand te hou.

- Die meerderheid respondente, 76,92%, het ook aangedui dat die feit dat daar geen ondersteuningsisteme binne die beroepsgroep is nie, `n leemte is en `n bydraende rol gespeel het tot die ontwikkeling van hulle substansafhanklikheid.
- Die behoefte van die respondente soos uitgewys in die kwalitatiewe deel van die bevindinge, naamlik om lewensvaardighede, stres hanteringsvaardighede en hantering van emosionele eise aan te leer, bevestig die geneesheer se belewenisse van verskeie stresfaktore wat hy nie altyd weet hoe om te bestuur en te hanteer nie.
- Die gebrek aan hulpbronne wat emosionele ondersteuning bied, is `n leemte in die beroepsgroep, waar baie hoë eise aan die dokter se vaardighede gestel word.
- Die faktor wat die duidelikste navore gekom het by die meeste van die 35% van respondente wat al tydens hulle opleidingsjare `n afhanklikheidsprobleem ontwikkel het, is depressie. Dit blyk dus dat depressie `n rol kan speel in die ontwikkeling van substansafhanklikheid by mediese studente.
- Uitstaande faktore wat `n rol gespeel het by die meerderheid van die respondente se substansafhanklikheid was depressie, angs en eensaamheid. Die misbruik van substans was `n wyse van spanning te verlig en emosionele stressore van die beroep te hanteer. Die kwalitatiewe deel van die navorsing bevestig hierdie gevolgtrekkings.
- Dit is duidelik dat behalwe vir kliniese diagnoses van depressie en angs, die emosionele eise van die beroep, eensaamheid en spanning aspekte is wat op die voorgrond by die substansafhanklike geneesheer is.

- Hierdie aspekte kan weer in verband gebring word met die belangrikheid dat emosionele vaardighede, die opbou van betekenisvolle verhoudinge deur die geneesheer in sy hoedanigheid as `n persoon en nie `n dokter nie en die hantering van spanning op konstruktiewe wyses beklemtoon moet word in opleiding en verdere opleidingsprogramme vir geneeshere. Die meeste respondente, 60%, het behandeling ontvang vir psigiatriese probleme behalwe substansafhanklikheid, wat op die tendens van meervoudige diagnoses onder substansafhanklike geneeshere dui.
- Ander faktore wat volgens die meerderheid respondente `n bydraende rol by hulle afhanklikheidsprobleem gespeel het, is ongereelde en lang werksure (61,54%), emosionele en fisiese uitputting (61,54%), emosionele stres om `n balans te behou tussen hulle beroep en gesinslewe (53,85%), en minimum tyd beskikbaar vir persoonlike en gesinsontspanning.
- Die werksomstandighede van dokters met geen werklike ondersteuningsisteme nie, is dus `n risikofaktor vir die substansafhanklike geneesheer.
- Die literatuur het uitgewys dat `n tipe A-persoonlikheidsprofiel by manlike, middeljarige geneeshere `n risiko kan wees by die ontwikkeling van substansafhanklikheid, omdat die persoonlikheidsprofiel stres gewoonlik meer intens beleef. In hierdie navorsing het 55% respondente sterk tipe A-persoonlikheidseienskappe getoon en 45% respondente het voldoen aan sommige van die tipe A-persoonlikheidseienskappe. Dit is egter van betekenis dat geen respondente as `n tipiese A-persoonlikheid getoets het nie.

- Al die respondente het egter eienskappe van `n tipe A-persoonlikheidsprofiel getoon en geen respondente het `n tipe B-persoonlikheidsprofiel gehad nie. Die feit dat die respondente almal eienskappe van `n tipe A-persoonlikheidsprofiel getoon het, bevestig dus dat stres intens beleef word en daar `n kwesbaarheid vir stresfaktore bestaan.
- Kommerwekkend is die feit dat die substansafhanklike geneesheer se afhanklikheid al ver gevorderd het, wanneer daar vir die eerste keer hulp gesoek word. Die substansafhanklike geneesheer funksioneer dus vir lank as `n risiko element vir homself, sy familie en ook sy beroep. Die vroegtydige identifisering en ondersteuning van sodanige geneesheer is dus van groot belang. In die kwalitatiewe deel van die ondersoek is duidelik uitgewys dat `n substansafhanklike geneesheer wat praktiseer, `n risiko vir pasiënte kan inhou.
- Uit die kwalitatiewe deel van die ondersoek was dit duidelik dat die mediese opleidingstydperk as spanningsvol beleef is, veral om aan die akademiese standaarde wat gestel is, te voldoen. Daar is ook geen aandag gegee aan enige moontlike van emosionele probleme by die studente nie en het die respondente beleef dat op akademiese prestasie slegs klem gelê is.
- Uit die aard van die opleiding wat die mediese student ontvang, wat onder andere kontak met terminale pasiënte en traumagevalle insluit, sal daar emosionele belewenisse uit die ervaring voortspuit, wat die mediese student moet hanteer. `n Ondersteuningstelsel vir die student in hierdie opsig is dus van groot belang. Hierdie ondersteuningstelsel sal egter nie-bedreigend vir die mediese student moet wees, om werklik van waarde te wees.

- `n Sleutelfaktor wat verhoed dat substansafhanklike geneeshere vroegtydig geïdentifiseer word en behandeling ontvang, is die vrese oor die moontlikheid dat hulle verbied sal word deur die Mediese Beroepsraad om verder te praktiseer en die verliese voortspruitend daaruit.
- Die wanpersepsie van die funksie van die Gesondheidskomitee en die Mediese Beroepsraad verhoed dus vrymoedigheid van kollegas en die substansafhanklike geneesheer om hulle te nader.
- `n Ander faktor is die feit dat die totale beeld en identiteit van die geneesheer nie vereenselwig kan word met `n swakheid soos substansafhanklikheid nie. Ontkenning van substansafhanklikheid in die beroepsgroep is dus baie groot.
- Die meeste kollegas, (75%), was bewus van die geneesheer se substansafhanklikheid. Sestig persent van kollegas het die situasie met die substansafhanklike bespreek, maar slegs 30% kollegas het die substansafhanklike geneesheer aangemeld by die Gesondheidskomitee.
- Dit is duidelik dat die “conspiracy of silence” nog `n sleutelfaktor is en die aanmelding van substansafhanklike geneeshere teenwerk.
- Ontkenning van die teenwoordigheid van `n substansprobleem is `n prominente faktor by die substansafhanklike geneesheer. Die meeste respondente, 85%, was ook van mening dat die erkenning van `n substansafhanklikheidsprobleem binne hulle beroepsgroep baie moeilik is.

- Die meederheid respondente, 88,24%, het rapportering by die Mediese Beroepsraad gevrees en dieselfde persentasie respondente het gevrees om daardeur die respek van hulle kollegas te verloor.
- Wat die erkenning van substansafhanklikheid verder vir die geneesheer bemoeilik, is sy identiteit as geneesheer. Die geneesheer moet die beeld van bekwaamheid en beheer handhaaf en dus is die erkenning van `n probleem totaal onversoenbaar binne die beeld wat `n geneesheer moet uitdra. `n Groot getal respondente, 76,47%, het die beeld en verwagtinge wat aan die beeld as geneesheer gekoppel is, ook as redes wat die erkenning van substansafhanklikheid bemoeilik het, genoem.
- Die meeste respondente (60%) het `n substansafhanklikheidsprobleem en `n psigiatriese probleem gehad. Die behandeling van die substansafhanklike geneesheer sluit dus verskeie vlakke van hulle funksionering in.
- Die behandeling van sowel substansafhanklikheid sowel as psigiatriese behandeling, wat die gebruik van psigiatriese medikasie kan insluit, moet aandag geniet.
- Die substansafhanklike geneesheer het dus `n multi-professionele spanbenadering nodig in sy behandeling.

- Binne die behandelingsprogram sal dit noodsaaklik wees om die geneesheer se totale werksfunksionering te evalueer en of hy in staat daartoe sal wees om weer dieselfde betrekking te beklee. Hierdie aspek is belangrik, omdat die bevindinge uitgewys het dat die meeste geneesheer se afhanklikheid al oor `n lang tydperk bestaan en hulle funksionering al erg aangetas is.
- Die meeste respondente (60%), het `n meervoudige diagnose en die literatuur beveel eerder binne-pasiënte behandeling vir meervoudige diagnoses aan as buitepasiënte behandeling (Nace, 1995:151). Die volledige assessering en bepaling van behandelingsdoelwitte sal dus vir die substansafhanklike geneesheer meer gepas wees in `n binnepasiënte-opset as slegs konsultasies op `n buitepasiënte basis.
- Met in ag neming dat die meeste respondente al `n langstaande substansafhanklikheid het voor hulle hulp soek, sal onmiddellike verwysing na `n binnepasiënteprogram sinvol wees.
- Die bevindinge van die kwalitatiewe deel van die ondersoek het veral uitgewys dat hanteringsvaardighede `n groot behoefte is wat in terapie aangespreek kan word. Die hantering van emosionele eise eie aan die beroep, soos onder andere sterwensbegeleiding met pasiënte, is ook deur die respondente as `n behoefte geïdentifiseer.
- `n Ander belangrike aspek wat terapeuties aangespreek moet word, is of die substansafhanklike geneesheer weer die eise van sy werksomstandighede sal kan hanteer en of alternatiewe nie oorweeg moet word nie.

- In die kwantitatiewe deel van die ondersoek het die meeste respondente, 80%, aangedui dat hulle beroepsbevreëding beleef. Verandering van beroep sal dus moeilik deur die geneesheer aanvaar word. Realiteitsterapie en werklike bepaling van die risiko's met die terugkeer van die geneesheer na sy beroep moet deeglik geëvalueer word.
- Die meeste respondente (75%) het nog slegs vir 0 tot 24 maande volgehoue nugterskap gehandhaaf. 'n Intensiewe opvolgprogram sal noodsaaklik wees as inaggeneem word dat die meeste respondente aangedui het dat hulle nog steeds as algemene praktisyns praktiseer, wat as 'n hoërisikogroep geïdentifiseer is met betrekking tot die ontwikkeling van substansafhanklikheid.
- Die voorskrif van medikasie vir eie gebruik en selfdispensering sal ook in behandeling aandag moet geniet omdat die meeste respondente die substans waarvan hulle afhanklik was, op die wyse bekom het.
- Die voorkoms van sommige tipe A-persoonlikheidseienskappe (45%), tot verskeie sterk tipe A-persoonlikheidseienskappe (55%) was teenwoordig by al die respondente, wat hulle kwesbaar maak vir stres, sal binne die behandelingsprogram deur middel van die aanleer van streshanterings- vaardighede hanteer moet word. Die behandelingsprogram behoort ook die funksie van die Gesondheidskomitee te hanteer en die belangrikheid om wel deur die komitee gemonitor en ondersteun te word, beklemtoon. Die verkeerde persepsies en vrese moet dus ook in die behandelingsprogram aangespreek word.

7.7.3.1 Aanbevelings

Die volgende aanbevelings ten opsigte van die empiriese ondersoek word gemaak:

- Persepsies wat vanaf die studente se opleidingstydperk ontwikkel word, moet verander word tydens hulle opleidingstydperk as `n voorkomende aksie:
 - Die persepsie dat geneeshere nie substansprobleme kan ontwikkel nie.
 - Die totale beeld en identiteit van geneesheer wat nie vereenselwig kan word met `n swakheid soos substansafhanklikheid en/of depressie nie.
 - Die persepsie van selfvoorskryf en selfbehandeling as `n logiese en maklike alternatief.
 - Die persepsie dat geneeshere nie hulp nodig het nie en as hulpsoeker binne die beroep as `n swakheid beskou word.
 - Die rol en funksie van die Gesondheidskomitee moet duidelik uitgespel word, want die persepsie dat ondersteuningsstelsels en die inskakeling daarby noodsaaklik is vir elke student se ontwikkeling van emosionele gesondheid, moet by hulle geskep word.
 - Wanpersepsies oor die funksie van die Gesondheidskomitee verhoed vrymoedigheid van kollegas om `n substansafhanklike geneesheer aan te meld en die substansafhanklike geneesheer self om hulle te nader.
- Artikels in mediese tydskrifte en kursusse spesifiek vir geneeshere kan `n hulpbron wees om persepsies oor bogenoemde faktore by reeds praktiserende dokters te verander.

- Keuringsprosedures van mediese studente moet nie alleenlik fokus op akademiese prestasie nie, maar ook op die agtergrond van die aansoeker, die teenwoordigheid van emosionele probleme tydens die skoolloopbaan, die neiging tot depressie en spanning en die aard van sy/haar stresreageringsvaardighede, om daardeur 'n vollediger profiel van die aansoeker te verkry. Verskeie psigometriese toetse kan daarvoor gebruik word. Sodoende kan op voorkomende vlak opgetree word met spesifieke keuringsprosedures om die risiko vir die ontwikkeling van substansafhanklikheid te beperk
- Sekere riglyne en indien moontlik, wetgewing ten opsigte van selfbehandeling van dokters moet aandag geniet omdat die beskikbaarheid en voorskryf van medikasie vir eie gebruik 'n hoërisikofaktor is. Die moontlikheid van strengere wetgewing en beheermaatreëls oor die selfvoorskryf van medikasie en selfbehandeling deur geneesheren kan die verkryging van substansie moeiliker maak. Hierdie aanbeveling kan voorkomend wees, asook die verkryging van substansie deur die reeds substansafhanklike geneesheer, beperk.
- Algemene praktisyne het veral 'n formele ondersteuningssisteem nodig, binne die praktyk. Daar word aanbeveel dat 'n sentrale beradingsfasiliteit vir alle geneesheren begin word om voorkomend en as 'n behandelingsfasiliteit te funksioneer vir geneesheren met probleme.
- 'n Ondersteuningsfasiliteit vir die mediese student behoort daar gestel te word, wat berading en lewensvaardighede ontwikkelingsprogramme aanbied. Die vroeë identifisering van substansafhanklikheid en depressie kan dan ook moontlik gemaak word deur so 'n ondersteuningsfasiliteit.

- Die doeltreffende instelling en funksionering van werknemershulpprogramme by hospitale en mediese fasiliteite, of `n spesifieke onafhanklike fasiliteit wat slegs `n diens aan die gesondheidsberoepe lewer, kan voorkomend wees in die ontwikkeling van substansafhanklikheid en die vroegtydige identifisering van substansafhanklike geneeshere.
- `n Ooreenkoms behoort bereik te word met alle behandelingsfasiliteite en ander professionele persone wat `n diens lewer aan `n substansafhanklike geneesheer, dat substansafhanklike geneeshere aangemeld word by die Gesondheidskomitee. Hierdie ooreenkoms kan die “conspiracy of silence” help teenwerk.
- `n Program moet ontwikkel word vir algemene praktisyns wat spesifieke aspekte wat betrekking het op die hantering van `n praktyk en ook moontlike risiko`s kan aanspreek. Isolering van die algemene praktisyn kan op die wyse teengewerk word. Genoemde program kan deur die Mediese Beroepsraad geakkrediteer word en vir verdere opleiding van dokters geld. Op hierdie wyse kan geneeshere van risikofaktore bewus gemaak word en kan voorkomend opgetree word.
- Die aanbieding van gesinskampe en huweliksverrykingskampe, spesifiek vir die geneesheer en sy gesin of vrou, waar relevante onderwerpe wat betrekking het op die funksionering van die geneesheer se gesin of huwelik aangespreek word, kan `n voorkomende en verrykende aksie wees. Indien die program ook geakkrediteer word by die Mediese Beroepsraad ten opsigte van verdere opleiding van dokters, kan die gesin, huwelik en algemene funksionering van die geneesheer op so `n wyse bevorder word.

- `n Spesifieke program wat veral fokus op die faktore wat by die substansafhanklike geneesheer belangrik is, behoort in `n binnepasiënte kliniek ontwikkel te word, met `n spesifieke opvolgprogram en ondersteuningsgroep net vir substansafhanklike geneeshere.

7.7.4 Aanbevelings ten opsigte van behandelingsriglyne vir die hantering van die substansafhanklike geneesheer

Die volgende riglyne word voorgestel vir die hantering van die substansafhanklike geneesheer binne `n behandelingsprogram:

7.7.4.1 Die kriteria in die keuse van `n behandelingsfasiliteit vir die substansafhanklike geneesheer

- Die eerste stap in die hulpverleningsproses van die substansafhanklike geneesheer is om te besluit of die geneesheer op `n buitepasiënte of binnepasiënte-basis hanteer moet word.
- Die besluit sal afhang van die akuitheid van die geneesheer se substansafhanklikheid, wat insluit die teenwoordigheid van fisiese onttrekkingsimptome. Verder sal die besluit afhang van die vermoë en kapasiteit van die geneesheer om verantwoordelikheid te aanvaar om substansvry te funksioneer en te kan inskakel by `n buitepasiënte-program. Die teenwoordigheid van fisiese probleme, onvermoë om substansvry te funksioneer en die teenwoordigheid van `n meervoudige diagnose regverdig binnepasiënte-behandeling. Aangesien die substansafhanklike geneesheer se substansprobleem gewoonlik al problematies by aanmelding is en oor `n lang tydperk strek, is binnepasiënte-behandeling gewoonlik die logiese alternatief.

- Die behandelingsfasiliteit vir die aangetaste geneesheer moet oor die nodige kundiges beskik wat ervaring het in die aanbieding van `n program vir professionele persone. `n Fasiliteit wat spesialiseer in die behandeling van substansafhanklike geneeshere sal voorkeur geniet.
- Die substansafhanklike geneesheer het `n multi-professionele spanbenadering nodig wat verpleegkundiges, mediese dokters, psigiaters, sielkundiges en maatskaplikewerkers insluit. Die teenwoordigheid van depressie of ander gemoedsversteurings moet deur `n psigiater met die nodige farmakoterapie aangespreek word
- Die program moet voorsiening maak vir individuele en groepterapie.
- Die program moet ook ruimte maak vir die inskakeling van familieledede by gesinsterapie.
- Die tydperk van behandeling moet volgens die pasiënt se vordering aangepas word. Die pasiënt se vordering moet ook deurgaans geëvalueer word.
- Die program moet ook die inskakeling by ondersteuningsstelsels soos die A.A. (Alkoholiste Anoniem) en/of N.A.(Narkotika Anoniem) insluit.

7.7.4.2 Doelstellings in die behandeling van die substansafhanklike geneesheer

Die volgende komponente moet 'n integrale deel van die behandelingsprogram van die substansafhanklike geneesheer wees:

- Begrip en insig moet ontwikkel word vir die dinamika en ontwikkeling van substansafhanklikheid.
- Begrip en insig moet ontwikkel word vir die neurochemiese effekte van substansafhanklikheid op die persoon.
- Bewuswording van die verdedigingsmeganismes, wat veral ontkenning, intellektualisering, minimalisering en rasionalisering by die substansafhanklike geneesheer insluit.
- Die verwerking van skuldgevoelens, vernedering en skaamgevoelens wat beleef word met die besef van die geneesheer dat hy 'n substansafhanklike is. Die besef van die gevolge wat sy substansafhanklikheid op homself en die ander sisteme gehad het moet ook aangespreek word.
- Aanvaarding dat die betrokke substans nooit weer gebruik kan word nie.
- Die gevare van kruisafhanklikheid moet besef word.
- Terugval indikatore en die hantering van terugvalle moet verder aandag geniet.

Doelstellings wat spesifiek binne die behandelingsprogram van die substansafhanklike geneesheer prominent aandag moet geniet is die volgende:

▪ Beroepsfaktore

Die substansafhanklike geneesheer het gewoonlik vrese rondom sy beroep en indien andere bewus van sy substansafhanklikheid sou raak. Die geneesheer is gewoonlik bang dat hy sy betrekking kan verloor en ook sy reputasie. Laasgenoemde kan aanleiding gee tot verlies aan inkomste, status en die moontlikheid dat die Mediese Beroepsraad sy lisensie om te praktiseer kan opskort.

’n Ander belangrike faktor wat in behandeling aangespreek moet word is of die tipe betrekking of posisie wat die geneesheer beklee ’n hoërisikofaktor kan wees in toekomstige terugvalle. Hier is die veiligheid van pasiënte ook ter sprake. Spesifieke risikofaktore soos ongereelde en lang werksure en die blootstelling en beskikbaarheid van substans sal moet aandag geniet. ’n Sterk moontlikheid bestaan dat die geneesheer na ’n laerrisiko werksomgewing sal moet verander.

Die meeste geneeshere sal waarskynlik weerstand ten opsigte van so ’n voorstel hê.

▪ Gesinsfaktore

Skuldgevoelens teenoor die eggenote, kinders en ouers word gewoonlik beleef. Sommige geneeshere kan in die proses van egskeiding wees. Die meeste geneeshere word egter gekonfronteer met die proses om weer verhoudinge te begin opbou, en so ook vertroue. Gewoonlik beleef die eggenote dat haar sekuriteit en status as die geneesheer se vrou ook aangetas is, en het sy ook individuele terapie nodig om die aspekte aan te spreek. Verhoudingsterapie is gewoonlik ook nodig met die egpaar.

▪ Indiwiduele faktore

Die volgende aspekte is kenmerkende temas by die substansafhanklike geneesheer en moet deurgaans aandag geniet:

- Die geneesheer moet sy persoonlike identiteit en identiteit as geneesheer kan skei. Die geneesheer se selfbeeld moet ontwikkel word en geskei word van sy identiteit as geneesheer.
- Die aanvaarding van die rol as pasiënt en van hulp moet in behandeling aangespreek word.
- Die vermoë moet ontwikkel word om vir hulp te vra indien nodig. Die vermoë om emosies uit te druk en nie net op die kognitiewe vlak te fokus nie, moet aandag ontvang.
- Die aanleer van emosionele en ook lewensvaardighede sal belangrik wees.
- Selfbehandeling sal aandag moet geniet.
- Die rol van die Gesondheidskomitee en of enige beperkings op die geneesheer se praktiseringsvoorwaardes geplaas gaan word, moet aandag ontvang.
- Opvolgbehandeling moet beplan word.
- Daar sal ooreengekom moet word ten opsigte van kontrole maatreëls soos byvoorbeeld gereelde urine toetse.
- Gebrekkige egofunksionering sal aangespreek moet word, naamlik impulsiwiteit, gebrek aan inisiatief en isolasie van interpersoonlike verhoudinge.
- Indien daar sterk persoonlikheidstrekke van perfeksionisme en kompulsiewe gedrag teenwoordig is, wat die geneesheer se funksionering negatief beïnvloed, moet hierdie aspekte in psigoterapie aandag geniet.
- Indien sterk eienskappe van die Tipe A-persoonlikheidsprofiel by die geneesheer teenwoordig is, moet die geneesheer se streshanteringsvaardighede prominent aandag geniet.

- **Prioriteite met betrekking tot die geneesheer se toekomstige lewenstyl**
- Die geneesheer moet sy lewenstyl en prioriteite verander sodat hier aspekte die proses in die handhawing van nugterskap ondersteun. Die belewenis van stres in sy lewenstyl moet beperk word en aanpassings moet gemaak word om die moontlikheid van terugvalle te beperk.
- Die geneesheer word gekonfronteer met `n totale aanpassing in sy beroeps- en persoonlike funksionering. Die meeste geneesheer sal weerstand teenoor hierdie veranderinge openbaar. Die terapeut sal dan die realiteite en risiko's aan die geneesheer moet uitspel.
- Die geneesheer sal moet betrokke raak by ondersteuningstelsels en die terapeut kan hom behulpsaam wees in die beplanning van `n ondersteuningsnetwerk.
- **Meervoudige diagnoses**
- Die literatuurstudie en hierdie navorsing het die voorkoms van `n meervoudige diagnose as `n groot moontlikheid by substansafhanklike geneesheer uitgewys.
- Hierdie faktor het verdere implikasies in die behandeling van die geneesheer. Die geneesheer met `n psigiatriese diagnose en substansafhanklikheid sal ook by `n psigiater inskakel en die moontlikheid is groot dat die gebruik van bepaalde medikasie `n noodsaaklikheid sal wees.
- Die terapeut sal binne die behandelingsprogram van die geneesheer die meervoudige diagnose in gedagte moet hou in die beplanning van die geneesheer se toekomstige lewenstyl.

- Inskakeling by `n psigiater en die gereelde gebruik van die voorgeskrewe medikasie sal deur die terapeut met die geneesheer bespreek moet word. Die implikasie van `n meervoudige diagnose vir die geneesheer se beroeps- en gesinsfunksionering sal ook aandag moet geniet.

Geen rigiede resep kan verskaf word vir die hulpverlening aan die substansafhanklike geneesheer nie. Die riglyne soos hier verskaf, kan dus slegs as `n aanduiding dien en moet buigsaam toegepas word volgens die spesifieke behoeftes van die individuele substansafhanklike geneesheer.

7.8 Toetsing van doelstellings en doelwitte

7.8.1 Die doelstelling en doelwitte van die ondersoek

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

Die navorser het in hierdie doelstelling geslaag. `n Profiel van die substansafhanklike geneesheer is vanuit die bevindinge van die kwantitatiewe en kwalitatiewe benaderings van die ondersoek verkry. Uit die bevindinge is duidelike behandelings- en voorkomingsriglyne geformuleer.

Die profiel van die substansafhanklike geneesheer en die behandelings- en voorkomingsriglyne word duidelik weerspieël in die samevatting, gevolgtrekkings en aanbevelings van hoofstuk 4 tot 6 soos weergegee in hierdie hoofstuk.

Die volgende doelwitte is gestel, naamlik:

- om deur middel van literatuurstudie inligting in te samel oor substansafhanklikheid as verskynsel by geneeshere, die profiel, psigososiale implikasies en belewens 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.

Die doelwitte van hierdie ondersoek is bereik en kan soos volg verantwoord word:

- `n Uitgebreide literatuurstudie is na die verskynsel van substansafhanklikheid en al die betrokke faktore onderneem. Hierdie literatuurstudie het die nodige inligting verskaf om die profiel van die substansafhanklike geneesheer die psigososiale implikasies, die belewens van substansafhanklike geneeshere en voorkomings- en behandelingsriglyne te bepaal.
- Die empiriese ondersoek, wat `n kwantitatiewe en kwalitatiewe deel insluit, het die profiel van die substansafhanklike geneesheer in Suid-Afrika, asook die psigososiale implikasies van substansafhanklikheid by geneeshere bepaal.
- Op grond van die empiriese bevindinge is duidelike aanbevelings ten opsigte van behandelings- en voorkomingsriglyne gemaak.

7.8.2 Toetsing van navorsingsvraag en hipotesis voortspruitend uit die ondersoek

Die volgende navorsingsvraag is vir die ondersoek gestel:

- Wat is die spesifieke profiel en die psigososiale implikasies van substansafhanklikheid vir die substansafhanklike geneesheer?
- Die navorsingsvraag is deur middel van die kwantitatiewe en kwalitatiewe deel van die navorsingsbevindinge beantwoord en volledig bespreek.

Hipotesis wat voortspruitend uit hierdie ondersoek is, is soos volg:

- Indien die substansafhanklike geneesheer 'n swak selfbeeld as kind gehad het kon hy daarvoor probeer kompenseer het deur uitstaande prestasie te behaal en leierskapsposisies te beklee.
- Indien depressie by mediese studente en geneesheer teenwoordig is, is die risiko vir die ontwikkeling van substansafhanklikheid groot.
- Indien die geneesheer nie sy identiteit as geneesheer en persoonlike identiteit van mekaar kan skei nie kan 'n lae eiewaarde 'n oorsaaklike faktor tot substansafhanklikheid wees.
- Indien 'n mediese student en geneesheer emosionele probleme het, kan daardie probleme 'n risiko vir die ontwikkeling van substansafhanklikheid inhou.
- Indien 'n mediese student en geneesheer nie oor die nodige lewensvaardighede en emosionele vaardighede beskik nie kan hierdie gebreke 'n risiko vir die ontwikkeling van substansafhanklikheid skep.

Hierdie hipotesis kan met verdere navorsing getoets word.

7.9 Slotopmerkings

Die behoefte aan hierdie ondersoek het ontstaan vanuit die gebrek aan kennis oor die substansafhanklike geneesheer in Suid-Afrika. Onkunde kan die lewering van oneffektiewe voorkomings- en behandelingsdienste tot gevolg hê. Daar word vertrou dat hierdie ondersoek `n bydrae sal lewer tot die lewering van meer effektiewe behandelingsdienste aan die geneesheer en mediese student wat substansafhanklik is, as wat tans die geval is. Ook dienslewering op voorkomende vlak aan mediese studente en geneesheer wat `n risiko is om substansafhanklikheid te ontwikkel, word hopelik hierdeur ontwikkel.

Kitching & Rossouw (1990:7) se opmerking word ten slotte mee volstaan: "Dit ly geen twyfel nie dat die vraagstuk rondom dwelms en dwelmmisbruik een van die mees aktuele probleme van ons tyd is. Kennis van die euwel, begrip vir die bedreigdes en manier van hantering behoort sodanig te wees dat ons pogings tot `n antwoord en oplossing sal verloop". Dit was `n uitdaging, maar ook voorreg om hierdie navorsing te kon onderneem

LITERATUURLYS

Adams, S. 2001. Doctors' fee increase a blow for patients. **The Star**, 12 January: 3.

Ackerman, T.F. 1996. chemically dependant physicians and informed consent disclosure. **Journal of Addictive Diseases**, 15(2), month unknown: 25-42.

A Medical educational model for the prevention and treatment of alcohol use disorders. 2001. International conference on alcohol abuse and alcoholism presented by Fleming, M. & Murray, M. of University of Wisconsin Madison Medical School and National Institutes of health. 9-11 September, Pretoria.

Archer, J. 1991. **Managing anxiety and stress.** USA: Accelerated Development Inc.

Bless, C. & Higson-Smith, C. 1995. **Fundamentals of Social Research Methods- an African Perspective.** 2nd Ed. Lusaka: Juta & Co Ltd

Brooke, D. 1995. The addicted doctor – Caring Professionals. **British Journal of Psychiatry**, 166 (2), February: 149 – 153.

Brooks, C.S. & Rice, K.F. 1997. **Families in recovery.** Maryland: Paul H Brookes Publishing Co.

Chambers, R. & Maxwell. R. 1996. Helping sick doctors. **British Medical Journal**, 312, March: 722 – 723.

Christie, J.D., Rosen, I.M. Bellin, L.M. et al. 1998. Prescription drug use and selfprescription among resident Physicians. **JAMA**, 240(14), October: 1253 – 1255.

- Cooper, C.L., Rout, U. & Faragher, B. 1989. Mental health job satisfaction, and job stress among general practitioners. **British Medical Journal**, 298, February: 366 – 370.
- Curtis, O.1999. **Chemical Dependency a Family Affair**. Canada: Brooks/Cole Publishing Company.
- Dane, F.C. 1990. **Research Methods**. California: Brooks/Cole Publishing Company.
- Degi, K.J., Talbott, G.D. & Warren, D. G. 1997. The chemically impaired physician. In Van der Wal, G. & Lens, P.(Ed.) 1997. **Problem Doctors**. Netherlands: IOS Press.
- De Lange, L. 2001.Hoër siekefondspremies wag. **Beeld**, 12 Januarie: 4.
- De Miranda, D.E. 1998. **Drugs and Drug Abuse**. Cresta: Michael Collins Publications CC.
- De Vos, A.S. (Ed.) in samewerking met Strydom, H., Fouche, C.B., Poggenpoel, M. & Schurink, E. W.1998. **Research at Grass Roots: A primer for the caring professions**. Pretoria: J. L. Van Schaik.
- De Vos, A.S. 1998a. Combined quantitative and qualitative approach. In De Vos, A.S. (Ed.) 1998. **Research at grass roots. A primer for caring professions**. Pretoria: JL van Schaik.
- De Vos, A.S., Schurink, & E.M. & Strydom, H. 1998.The nature of research in the caring professions. . In De Vos, A.S. (Ed.) in samewerking met

Strydom, H., Fouche, C.B., Poggenpoel, M. & Schurink, E. W. 1998. **Research at grass roots. A primer for caring professions.** Pretoria: JL van Schaik.

De Vos, A.S. (Ed.) in samewerking met Strydom, H., Fouche, C.B., Poggenpoel, M. & Schurink, E. W. 2002. **Research at Grass Roots: A primer for the caring professions.** Pretoria: J. L. Van Schaik.

De Vos, A. S. 2002a. Scientific theory and professional research. In De Vos, A.S. (Ed.) in samewerking met Strydom, H., Fouche, C.B., Poggenpoel, M. & Schurink, E. W. 2002. **Research at grass roots. A primer for caring professions.** Pretoria: JL van Schaik.

De Vos, A. S. 2002b. Combined quantitative and qualitative approach. In De Vos, A.S. (Ed.) in samewerking met Strydom, H., Fouche, C.B., Poggenpoel, M. & Schurink, E. W. 2002. **Research at grass roots. A primer for caring professions.** Pretoria: JL van Schaik.

Dodgen, C.E. & Shea, W.M. 2000. **Substance Use Disorders.** San Diego: Academic Press

Early, P. Problem Physicians: A national perspective. A report to the Georgia Composite State Board of Medical Examiners. Google. [Http://www.talbottcampus.com/physic.html](http://www.talbottcampus.com/physic.html) (1999).

Fallberg, L.H. & Borgenhammar, E. 1997. Problem doctors and no fault liability insurance. In Van der Wal, G. & Lens, P. (Ed.) 1997. **Problem Doctors.** Netherlands: IOS Press.

Fayne, M. & Silvan, M. 1999. Treatment Issues in the group psychotherapy of addicted physicians. **Psychiatric Quarterly**, 70(2), Summer: 123-134.

Fish, J.S. & Steinert, Y. 1995. Helping physicians in distress: Developing a physician assessment and referral services. **Canadian Family Physician**, 41, February: 249 – 255.

Fouche, C.B. 2002a. Problem formulation. In De Vos, A. S. (Ed.) in samewerking met Strydom, H., Fouche, C.B., Poggenpoel, M. & Schurink, E. W. 2002. **Research at grass roots. A primer for caring professions**. Pretoria: JL van Schaik.

Fouche, C.B. 2002b. Selection of a researchable topic. In De Vos, A.S. (Ed.) in samewerking met Strydom, H., Fouche, C.B., Poggenpoel, M. & Schurink, E. W. 2002. **Research at grass roots. A primer for caring professions**. Pretoria: JL van Schaik.

Fouche, C.B. 2002c. Research strategies. In De Vos, A.S. (Ed.) in samewerking met Strydom, H., Fouche, C.B., Poggenpoel, M. & Schurink, E. W. 2002. **Research at grass roots. A primer for caring professions**

Fouche, C.B. 1998. Selection of a research design. In De Vos, A.S. (Ed.) in samewerking met Strydom, H., Fouche, C.B., Poggenpoel, M. & Schurink, E. W. 1998. **Research at grass roots. A primer for caring professions**. Pretoria: JL van Schaik.

Fromson, J.A., Kim, A. & Levy, B.S. 1997. On becoming a physician. 1997. In Van der Wal, G. & Lens, P. **Problem Doctors**. Netherlands: IOS Press.

Furman, S. 1992. Caring for ourselves – A study of doctor's health seeking behaviour. **S.A. Family Practice**, 13(2), March: 92 – 97.

Gawande, A. 2000. When good doctors go bad. **The New Yorker**, August: 60-69.

Goode, E. 1993. **Drugs in American Society**. 4th Ed. New York: Mc Graw-Hill Publishing Company.

Gossop, M. 2000. **Living with drugs**. 5th Ed. England: Ashgate Publishing Ltd.

Grinnell, R. M. & Williams, M. 1990. **Research in Social Work: A primer**. Itasca IL: Peacock.

Greyvenstein, M. 2002. **Onderhoud met Me. M Greyvenstein, sekretaresse van die Gesondheidskomitee van die Mediese en Tandheelkundige Beroepsraad**. Pretoria, 20 Augustus.

Haack, M.R. & Hughes, T.L. 1989. **Addiction in the nursing profession**. New York: Springer Publishing Company.

Harrison B. 2001. Kind se dood na operasie onder soeklig. **Beeld**, 10 Januarie: 8.

Hefty increase in doctors consultation fees ahead. 2001. **Pretoria News**, 12 January: 1.

Hlangani, M. 2001. Rise in medical costs blasted. **Sowetan**, 18 January: 4.

Houteveld, P., Stadler, L.G. & Hauptfleisch, D. C. 1992. **Woordkeusegids: 'n Kerntesourus van Afrikaans**. Halfweghuis: Southern Boekuitgewers Edms. Bpk.

Huysamen, G.K. 1993. **Metodologie vir die Sosiale en Gedragwetenskappe**. Halfweghuis: Southern Boekuitgewers.

Hughes, P.H., Scott, E.C. en De Witt, C *et al.* 1991. Resident Physician Substance Use in the United States. **JAMA**, 265 (16), April: 2069–2073.

International Day against Drug Abuse and Illicit Trafficking. 26 Junie, UNDCP.

Internet Web Sites: Drugscope. Dependence. [Http://www.feelgoodcounseling.com/addiction.htm](http://www.feelgoodcounseling.com/addiction.htm) (20 January 2002).

Internet Web Sites: Mc Kim. **Theories of Drug Addiction**. [Http://www.kenyon7.freemove.co.uk/DrugAbuse/theorydrugaddiction.htm](http://www.kenyon7.freemove.co.uk/DrugAbuse/theorydrugaddiction.htm) (02 September 2001).

Jordan, C. & Franklin, C. 1995. **Clinical assessment for Social Workers**. Illinois: Lyceum Books, Inc.

Kilpatrick, K. 2001. The white badge of courage. **Canadian Medical Association Journal**, 164 (8), April: 1264.

Knipe, E. 1995. **Culture, Society and Drugs**. Illinois: Waveland Press Inc.

Kitching, D. & Rossouw, J. 1990. **Dwelms: Oorwinning is moontlik.** Kaapstad: Human & Rousseau (Edms) Bpk.

Kokkevi, A & Stefanis, C.N. 1995. Psychiatric comorbidity in substance abuse. In Stefanis, C. & Hippus, H. In samewerking met Naber, D. **Research in addiction: An update.** Germany: Hogrefe-Huber Publishers.

Lam, C.S., Hillburger, J., Kornbleuth, M., Jenkins, J., Brown, D. & Racenstein, J.M. 1996. A treatment matching model for substance abuse rehabilitation clients. **American Rehabilitation Counseling Association**, 39(3), March: 202-217.

Large, A. 2001. Bara, our hospital of despair. **The Star**, 12 January: 8.

Lawson, G.W. & Lawson, A.W. 1989. **Alcoholism- substance abuse in special populations.** VSA: Aspen Publication.

Lawson, J.H., Ruiz, L. & Millman, R.B. 1992. **Substance abuse: A comprehensive textbook.** USA: Williams & Williams.

Lens, P. & Van der Wal, G. 1997a. Lens, P. & Van der Wal, G. 1997a. **Problem doctors – A conspiracy of silence.** Amsterdam: IOS Press.

Lens, P. & Van der Wal, G. 1997b. Malfunctioning of specialists in dutch hospitals. 1997. In Van der Wal, G. & Lens, P. (Ed.) 1997. **Problem Doctors.** Netherlands: IOS Press.

Lewis, J.A., Dana, R.Q. & Blevins, G. A. 1994. **Substance Abuse Counseling.** California: Brooks/Cole Publishing Company.

- Maisto, S.A., Galizio, & Conners, G.J. 1995. **Drug use and abuse.** USA: The Harcourt Press.
- Mans, P. 2000. **Dwelms word straatwys oor dwelms.** Wellington: Lux Verbi BM.
- Mc Govern, M.P., Angres, D.H. & Loen, S. 1998. Differential therapeutics and the impaired physician: patient treatment matching by specificity and intensity. **Journal of Addictive Diseases**, 17(2), June: 93-107.
- McManus, C. & Vincent, A. 1997. Can future poor performance be identified during selection? .1997. In Van der Wal, G. & Lens, P. (Ed.) 1997. **Problem Doctors.** Netherlands: IOS Press.
- Miller, N.M. & Mc Gowen, R.K. 2000. The painful truth: physicians are not invincible. **South Medical Journal**, 93 (10), October: 966-973.
- Morgan, M. White, C., Fenwick, N. & Smith, I. 1999. **An evaluation of the general medical council's health procedures.** London: GMC.
- Mouton, J & Marais, H.C. 1990. **Basic concepts in the methodology of the social sciences.** Pretoria: human Sciences Research Council.
- Nace, E.D. 1995. **Achievement and Addiction: A guide to the treatment of professionals.** New York: Brunner/Mazel Publishers.
- National Drug Master Plan.** 1999. Department of Welfare. Pretoria: Government Printer.
- New Dictionary of Social Work.** 1995. Revised and comprehensive edition. Terminology Committee for Social Work. Pretoria: State Printers.
- North, C.S. & Ryall, J.M. 1997. Psychiatric illness in female physicians. **Postgraduate Medicine**, 101 (5), May: 233-242.
- Newsletter of the Medical Council of New Zealand.** May 2000. Medical Council of New Zealand: Medical Council News.



- Paris, R.T. & Canavan, D.I. 1990. Physician substance abuse impairment: anesthesiologists vs. other specialities. **Journal of Addictive Diseases**, 18 (1): 1-7.
- Paul, B.C. 1998. **Hanteringsmeganismes en welstand van vrouens van alkoholafhanklike mans**. Universiteit van Pretoria: MA-verhandeling
- Pilowski, L. 1989. Mental illness in doctors. **British Medical Journal**, 298, February: 269: 270.
- Poggenpoel, M. 1998. Data analysis in qualitative research. In De Vos, A.S. (Ed.) in samewerking met Strydom, H., Fouche, C.B., Poggenpoel, M. & Schurink, E. W. 1998. **Research at grass roots. A primer for caring professions**. Pretoria: JL van Schaik.
- Primêre gesondheid toon agteruitgang. 2000. **Beeld**, 25 September:6.
- Pringle, M.K. 1985. **The needs of children**. London: The Anchor Press Ltd.
- Roper, I. & Bartlett, G. 1991. **Die dwelmkundige handleiding**. Pietermaritzburg: The Natal Witness Printing and Publishing Company
- Rice, B. 1999. Impaired physicians: Giving rehab programs a new look. **Medical Economics**, 76 (9), October: 173-178.
- Rosenthal, M.M. 1995. **The incompetent doctor. Behind close doors**. Britain: Open University Press.
- Rosenthal, M.M. 1997. Promise and Reality: Professional Self-Regulation and 'Problem' Colleagues. In Van der Wal, G. & Lens, P. (Ed.) 1997. **Problem Doctors**. Netherlands: IOS Press.
- Rotgers, F., Keller, D.S. & Morgenstern, J. 1996. **Treating substance abuse: Theory and technique**. New York: The Guilford Press.
- Royse, D. 1991. Research methods in social work. Chicago: Nelson-Hall Inc.

Rubbin, A. & Babbie, E. 1993. **Research Methods for Social Work**. Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing Company.

Rubbin, A. & Babbie, E. 1997. **Research Methods for Social Work**. Third ed. Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing Company.

Searl, A. 1989. **Dit gebeur nie met my nie**. Kaapstad: Struik Uitgewers

Servamus Policing Magazine. 2000. **Drugs & Occult-related crime**. Paarl: Paarl Web.

Schurink, E.M. 1998a. The methodology of unstructured face to face interviewing. In De Vos, A.S. (Ed.) in samewerking met Strydom, H., Fouche, C.B., Poggenpoel, M. & Schurink, E. W. 1998. **Research at grass roots. A primer for caring professions**. Pretoria: JL van Schaik.

Schurink, E.M. 1998b. Designing qualitative research. In De Vos, A.S. (Ed.) in samewerking met Strydom, H., Fouche, C.B., Poggenpoel, M. & Schurink, E. W. 1998. **Research at grass roots. A primer for caring professions**. Pretoria: JL van Schaik.

Shekar, S. 1994. Training the doctors in substance abuse problems. **Addiction**, 89(7), July: 887-890

Stevens-Smith, P. & Smith, R.L. 1998. **Substance Abuse Counseling**. USA: Prentice Hall Inc.

Strydom, H. 2002a. The pilot study. In De Vos, A.S. (Ed.) in samewerking met Strydom, H., Fouche, C.B., Poggenpoel, M. & Schurink, E. W. 2002. **Research at grass roots. A primer for caring professions**. Pretoria: JL van Schaik

Strydom, H. 2002b. Ethical aspects of research in the social sciences and human service professions. In De Vos, A.S. (Ed.) .) in samewerking met Strydom, H., Fouche, C.B., Poggenpoel, M. & Schurink, E. W. 2002. **Research at grass roots. A primer for caring professions.** Pretoria: JL van Schaik.

Strydom, H. & Venter, L. 2002. Sampling and sampling methods. In De Vos, A.S. (Ed.) .) in samewerking met Strydom, H., Fouche, C.B., Poggenpoel, M. & Schurink, E. W. 2002. **Research at grass roots. A primer for caring professions.** Pretoria: JL van Schaik.

Tempelaar, A.F. 1997. The problem doctor as a iatrogenic factor: risks, errors, malfunctioning and outcomes. In Van der Wal, G. & Lens, P (Ed.) 1997. **Problem Doctors.** Netherlands: IOS Press.

The Interim National Medical and Dental Council of SA. 1996. **A national strategy for managing impairment in students and practitioners registered with Council.** Pretoria: Medical and Dental Council of SA.

United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention.
2001.ternational Day against Drug Abuse and Illicit Trafficking. 26 June, UNDCP.

Van Eeden, A. 2000. **Facts and Arguments and Practical Advice.** South-Africa: Doctors for Life.

Van Rensburg, L. 1996. **Para-mediese Woordeboek.** Pretoria: Kagiso Uitgewers.

Venter, L. 2001. 40% of patients are HIV-positive. **Citizen**, 4 January:1.

Visser, T. 2002. **Onderhoud met Mnr. T. Visser. Uitvoerende Direkteur van Staanvas Sentrum,** Pretoria, 20 Maart 2002.

Washton, A.M., Gold, M.S. & Pottash A.C. 1984. Successful use of naltrexone in addicted physicians and business executives. **Advances-in Alcohol-and-Substance Abuse**, 4(2), June: 89-96.

Wilson, S. 2000. Doctors who do drugs. **Cosmopolitan**, December: 116-118.

Waar lewens goedkoop is. 2001. **Beeld**, 3 April :9.

Waterhouse, G.J., Roback, H.B., Moore, R.F. & Martin, P.R. 1997. Perspectives of treatment efficacy with the substance dependent physician: A national survey. **Journal of Addictive Diseases**, 16(1), maand onbekend: 123-138.

World Drug Report 2000. **United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention**. New York: Oxford University Press.

Waar lewens goedkoop is. 2001. **Beeld**, 3 April :9.

World Drug Report 2000. **United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention**. New York: Oxford University Press.

Young M.E. & Long L.L. 1998. **Counselling and therapy for couples**. Pacific Grove: Brooks/Cole.



BYLAE 1



Bylae 1

VRAELYS

Die vraelys is vertroulik en anoniem

AANWYSINGS

Merk asseblief slegs die toepaslike antwoord met 'n kruisie

VOORBEELD

Manlik	X
Vroulik	2

Vir kantoorgebruik

V1 1-2

**AFDELING 1
BIOGRAFIESE GEGEWENS**

1.1 Geslag

Manlik	1
Vroulik	2

V2 3

1.2 Huidige ouderdom

<input type="text"/>	Jaar
----------------------	------

V3 4-5

1.3 Huwelikstatus

Getroud	1	Geskei	2	Weduwee/Wewenaar	3
Ongetroud	4	Vervreemd	5	Woon saam	6
Ander (spesifiseer)					
<input type="text"/>					

V4 6

1.4 In watter provinsie van die RSA is u woonagtig?

Noord-Kaap	1	Gauteng	4	KwaZulu- Natal	7
Oos-Kaap	2	Noordwes Provinsie	5	Mpumalanga	8
Vrystaat	3	Noordelike Provinsie	6	Wes-Kaap	9

V5 7

1.5 Tot watter bevolkingsgroep behoort u?

Afrikaans	1	Zoeloe	2	Tswana	3
Engels	4	Xhosa	5		
Ander (spesifiseer)					

V6 8

1.6 Praktiseer u tans nog as 'n geregistreerde geneesheer?

Ja	1	Nee	2
----	---	-----	---

V7 9

1.7 Indien u ja geantwoord het op vraag 1.6, dui asseblief aan in watter hoedanigheid u as geneesheer tans praktiseer

Algemene praktisyn	1	Spesialis	2
Spesialiteitsrigting			

V8 10

V9 11-12

1.8 Indien u nee geantwoord het op vraag 1.6, dui asseblief u huidige beroep aan

--

V10 13-14

1.9 Indien u praktiseer as geregisteerde geneesheer hoe lank praktiseer u al?

Jaar

V11

--	--

 15-16

AFDELING 2 AGTERGRONDGESKIEDENIS

2.1 Het u groot geword in 'n gesin waar beide u biologiese ouers teenwoordig was?

Ja	1	Nee	2
----	---	-----	---

V12 17

2.2 Indien u Nee geantwoord het op vraag 2.1, dui asseblief aan by wie u as kind grootgeword het?

Stiefvader en biologiese moeder	1	Slegs biologiese moeder	4
Stiefmoeder en biologiese vader	2	Slegs biologiese vader	5
Pleegouers	3	Familielede	6
Ander (spesifiseer)			

V13 18

2.3 Indien u nie by beide u biologiese ouers grootgeword het nie waarom nie?

Ouer. (s) oorlede	1
Ouers geskei	2
Ander (spesifiseer)	

V14 19



2.4 Hoe sou u u ouers/versorgers by wie u grootgeword het se alkoholgebruik tydens u kinderjare bestempel?

ALKOHOLGEWOONTES VAN OUERS/VERSORGERS	Vroulike versorger, bv. moeder, ouma	Manlike versorger, bv. vader, oupa
Geheelonthouer	1	1
Ligte sosiale nie-problematiese drinker	2	2
Matige sosiale nie-problematiese drinker	3	3
Swaar sosiaal nie-problematiese drinker	4	4
Probleemdrinker	5	5
Alkoholafhanklike	6	6

V15 20

V16 21

2.5 Het u ouers/versorgers by wie u grootgeword het enigsins afhanklikheidsvormende medikasie misbruik?

	Ja	Nee
Manlike versorger	1	2
Vroulike versorger	1	2

V17 22

V18 23

2.6 Het u ouers/versorgers by wie u grootgeword het enigsins dwelms misbruik?

	Ja	Nee
Manlike versorger	1	2
Vroulike versorger	1	2

V19 24

V20 25



2.7 Hoe sou u u verhouding met u ouers/versorgers gedurende u kinderjare bestempel?

Versorgers	Baie swak	Onbevredigend	Bevredigend	Baie goed
Manlike versorger	1	2	3	4
Vroulike versorger	1	2	3	4

V21 26

V22 27

2.8 Hoe sou u die volgende komponente van u verhoudinge, met u gesin van herkoms beskryf?

Komponente van gesinsverhoudinge	Baie swak	Onbevre-digend	Bevre-digend	Baie goed
Belewenis van sekuriteit	1	2	3	4
Belewenis van aanvaarding	1	2	3	4
Oop en betekenisvolle kommunikasie	1	2	3	4
Konsekvente dissipline	1	2	3	4
Ondersteuning en aanmoediging	1	2	3	4
Belewenis van erkenning	1	2	3	4
Positiewe en konstruktiewe probleemoplossings	1	2	3	4
Openheid om emosies uit te druk	1	2	3	4
Atmosfeer waarin positiewe selfbeeld en selfvertroue ontwikkel	1	2	3	4

V23 28

V24 29

V25 30

V26 31

V27 32

V28 33

V29 34

V30 35

V31 36

2.9 Dui asseblief aan watter van die volgende aspekte ten opsigte van u kinderyare en skoolloopbaan op u van toepassing is.

	Ja	Nee	Spesifiseer
Emosionele probleme (bv. depressie, angs, self-beeldprobleme, ens)	1	2	
Eksperimentering met dwelms	1	2	
Eksperimentering met alkohol	1	2	
Aanpassingsprobleme in skoolverband (bv. sukkel om te sosialiseer)	1	2	
Gesinsprobleme	1	2	
Maklik beïnvloedbaar deur vriende (gee toe aan groepsdruk)	1	2	
Uitstaande prestasie op skool	1	2	
Beklee leiersposisies	1	2	
Kinderjare en skoolloopbaan was bevredigend en positief	1	2	

V32	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37
V33	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38-39
V34	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40
V35	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41-42
V36	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43
V37	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44-45
V38	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46
V39	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47-48
V40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49
V41	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50-51
V42	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52
V43	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	53-54
V44	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	55
V45	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	56-57
V46	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	58
V47	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	59-60
V48	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	61
V49	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	62-63

AFDELING 3
AFHANKLIKHEIDSGESKIEDENIS

3.1 Hoe lank het u die substans waarvan u afhanklik was, gebruik?

Jaar

V50

--	--

 64-65

3.2 Van watter van die volgende substansie het u afhanklik geraak?

SUBSTANSE	Ja	Nee	Spesifiseer
Alkohol	1	2	
Oor-die-toonbank-medikasie	1	2	
Dwelms	1	2	
Farmaseutiese medikasie	1	2	

V51

--

 66

V52

--

 67

V53

--	--

 68-69

V54

--

 70

V55

--	--

 71-72

V56

--

 73

V57

--	--

 74-75

3.3 Het u gedurende u universiteitsloopbaan enige tekens van afhanklikheid van 'n substans getoon?

Ja	1	Nee	2
----	---	-----	---

V58

--

 76

3.4 Indien u Ja geantwoord het op vraag 3.3, watter substans(e) het u tydens u universiteitsloopbaan misbruik?

Alkohol	1	Medikasie	2	Dwelms	3
---------	---	-----------	---	--------	---

V59

--

 77



3.5 Na aanleiding van punt 3.4, watter van die volgende faktore het 'n aanleidende rol gespeel tot te veel gebruik/misbruik van die substansie tydens u universiteitsloopbaan?

Wyse van ontspanning weens 'n veeleisende studierigting	1	V60	<input type="checkbox"/>	78
Verligting van depressie	2	V61	<input type="checkbox"/>	79
Wyse van ontvlugting van stres verbonde aan studierigting	3	V62	<input type="checkbox"/>	80
Verligting van slaapprobleme	4	V63	<input type="checkbox"/>	81
Ongereelde en lang werksure	5	V64	<input type="checkbox"/>	82
Wyse van ontlading van emosionele belewenisse wat verband hou met opleiding	6	V65	<input type="checkbox"/>	83
Dit het slegs 'n wyse van sosialisering geword	7	V66	<input type="checkbox"/>	84
Ander (spesifiseer)		V67	<input type="checkbox"/>	85

3.6 Indien u van medikasie afhanklik geraak het, hoe het u die medikasie gewoonlik bekom?

Nie van toepassing nie	1	V68	<input type="checkbox"/>	86
Farmaseutiese verteenwoordiger	2	V69	<input type="checkbox"/>	87
Self voorgeskryf	3	V70	<input type="checkbox"/>	88
Oor die toonbank gekoop	4	V71	<input type="checkbox"/>	89
Voorskrif van 'n psigiater	5	V72	<input type="checkbox"/>	90
Voorskrif van 'n dokter	6	V73	<input type="checkbox"/>	91
Hospitaalvoorraad	7	V74	<input type="checkbox"/>	92
Voorskrifte by verskillende dokters	8	V75	<input type="checkbox"/>	93
Self gedispenseer	9	V76	<input type="checkbox"/>	94
Onwettige wyse (bv. smouse)	10	V77	<input type="checkbox"/>	95-96
Ander (spesifiseer)		V78	<input type="checkbox"/>	97-98



3.7 Watter positiewe emosionele gevoel/effek het die substans wat u misbruik het vir u gehad? Dui alle aspekte van toepassing aan.

Ontspannend	1
Kalmerend	2
Verlig depressie	3
Verlig frustrasie	4
Verlig totale uitputting	5
Verlig hartseer/emosionele pyn	6
Verlig eensaamheid	7
Verlig angs	8
Gee selfvertroue	9
Ontvlug van daaglikse werkstres	10
Verlig slaapprobleme as gevolg van ongereelde werksure	11
Verlig emosionele stres as gevolg van beroep se eise	12
Verlig van fisiese pyn/gesondheidsprobleme	13
Ander (spesifiseer)	

V79		99
V80		100
V81		101
V82		102
V83		103
V84		104
V85		105
V86		106
V87		107
V88		108
V89		109-110
V90		111-112
V91		113-114
V92		117-116

3.8 Is u van mening dat u kollegas, familie, eggenote/eggenoot of pasiënte en vriende vermoed/besef het dat u 'n afhanklikheidsprobleem ontwikkel het?

	Ja	Nee
Kollegas	1	2
Familie	1	2
Eggenote/eggenoot	1	2
Vriende	1	2
Pasiënte	1	2

V93		117
V94		118
V95		119
V96		120
V97		121

3.9 Het u kollegas, familie, eggenote/eggenoot, vriende of pasiënte op enige stadium u substansprobleem met u bespreek?

	Ja	Nee
Kollegas	1	2
Familie	1	2
Eggenote/eggenoot	1	2
Vriende	1	2
Pasiënte	1	2

V98		122
V99		123
V100		124
V101		125
V102		126



3.10 Is u van mening dat dit binne die professie wat u beoefen, moeiliker was om te erken dat u 'n substansprobleem het, as wat dit binne ander professies sou wees?

Ja	1	Nee	2
----	---	-----	---

V103 127

3.11 Indien dit vir u moeilik was om u afhanklikheidsprobleem te erken, watter van die volgende redes het volgens u mening 'n rol gespeel om dit moeilik te maak om u afhanklikheid te erken?

	Ja	Nee
Identiteit as dokter	1	2
Vrees dat dit by Raad vir Gesondheidsdiensberoepes gerapporteer word	1	2
Ontoelaatbaarheid (ongeskrewe reël) binne mediese professie om self probleme te hê	1	2
Vrees om respek van kollegas te verloor	1	2
Onaanvaarbare gedagte dat die helper nie self 'n probleem/probleme kan hanteer nie	1	2
Die rol om self 'n "pasiënt" te wees is onaanvaarbaar	1	2
Moet altyd in beheer wees en 'n beeld van bevoegdheid en bekwaamheid uitstraal	1	2
Vrees vir finansiële verliese	1	2
Kan nie bekostig om binne die professie emosionele kwesbaarheid te toon nie	1	2
Vrees om pasiënte te verloor	1	2
Ander (spesifiseer)		

V104 128

V105 129

V106 130

V107 131

V108 132

V109 133

V110 134

V111 135

V112 136

V113 137

V114 138-139

3.12 Het u al behandeling vir u substansafhanklikheid ontvang?

Ja	1	Nee	2
----	---	-----	---

V115 140



3.13 Indien u wel al behandeling ontvang het vir u substansafhanklikheid, watter tipe behandeling het u ontvang?

Sielkundige sessies	1
Binnepasiënte-behandeling in 'n kliniek/sentrum vir afhanklikheid	2
Binnepasiënte-behandeling in 'n psigiatriese fasiliteit/kliniek	3
Psigiatriese sessies	4
Buitepasiënte-behandeling by 'n psigiatriese kliniek/fasiliteit	5
Buitepasiënte-behandeling by 'n behandelingsentrum vir afhanklikheid	6
Hulp verkry deur middel van 'n ondersteuningsgroep (bv. CAD, AA, ens)	7
Ander (Spesifiseer)	

V116	<input type="checkbox"/>	141
V117	<input type="checkbox"/>	142
V118	<input type="checkbox"/>	143
V119	<input type="checkbox"/>	144
V120	<input type="checkbox"/>	145
V121	<input type="checkbox"/>	146
V122	<input type="checkbox"/>	147
V123	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	148-149

3.14 Het u enige psigiatriese behandeling ontvang vir ander probleme as substansafhanklikheid?

Ja	<input type="checkbox"/>	1	Nee	<input type="checkbox"/>	2
----	--------------------------	---	-----	--------------------------	---

V124 150

3.15 Indien u Ja geantwoord het, waarvoor het u psigiatriese behandeling ontvang? (bv. depressie, gemoedsversteurings, persoonlikheidsprobleme, ens)

V125 151-152

3.16 Vir watter tydperk handhaaf u al volgehoue soberheid?

0 - 6 maande	1	6 - 24 maande	2	2 - 5 jaar	3	5 jaar +	4
--------------	---	---------------	---	------------	---	----------	---

V126 153

3.17 Is u van mening dat die besondere eise van u beroep 'n rol gespeel het by u substansafhanklikheid?

Ja	<input type="checkbox"/>	1	Nee	<input type="checkbox"/>	2
----	--------------------------	---	-----	--------------------------	---

V127 154



3.18 Indien u Ja geantwoord het op vraag 3.17, watter faktore in u beroep het volgens u mening 'n rol gespeel in u substansafhanklikheid?

	Ja	Nee
Ongereelde en lang werksure	1	2
Eise en verwagtinge van pasiënte	1	2
Hantering van sterwende pasiënte	1	2
Bestuur en besigheidseise van 'n praktyk	1	2
Emosionele stres om 'n beroep en gesinslewe in balans te bestuur	1	2
Emosionele en fisiese uitputting	1	2
Minimum tyd vir persoonlike en gesinsontspanning as gevolg van beroep	1	2
Geen ingeboude ondersteuningsisteme binne beroep	1	2
Risiko om met HIV besmet te word	1	2
Maklike toegang tot middels	1	2
Bevordering van werksvermoë en uithouvermoë	1	2
Ander (spesifiseer)		

V128	<input type="checkbox"/>	155
V129	<input type="checkbox"/>	156
V130	<input type="checkbox"/>	157
V131	<input type="checkbox"/>	158
V132	<input type="checkbox"/>	159
V133	<input type="checkbox"/>	160
V134	<input type="checkbox"/>	161
V135	<input type="checkbox"/>	162
V136	<input type="checkbox"/>	163
V137	<input type="checkbox"/>	164
V138	<input type="checkbox"/>	165
V139	<input type="checkbox"/>	166-167

AFDELING 4 PERSOONLIKHEIDSPROFIEL

4.1 Hoe sou u uself as persoon in die algemeen beskryf?

Vir elke gedragswyse word die volgende waardes toegeken om die frekwensie van die gedragswyse aan te dui:

1 = Selde

2 = Soms

3 = Dikwels

	Selde	Soms	Dikwels
Praat met aksentuering/beklemtoning van sleutelwoorde	1	2	3
Praattempo versnel by die laaste paar woorde van 'n sin	1	2	3
Beweeg, loop en eet vinnig	1	2	3
Probeer om ander vinniger te laat praat	1	2	3
Voltooi ander se sinne vir hulle	1	2	3

V140	<input type="checkbox"/>	168
V141	<input type="checkbox"/>	169
V142	<input type="checkbox"/>	170
V143	<input type="checkbox"/>	171
V144	<input type="checkbox"/>	172



	Selde	Soms	Dikwels		
Raak uitermate geïrriteerd in stadige verkeer	1	2	3	V145	173
Raak ontsenu om in 'n tou te wag	1	2	3	V146	174
Raak ongeduldig as andere te stadig werk	1	2	3	V147	175
Raak ongeduldig met roetinetake	1	2	3	V148	176
Lees vinnig, slaan oor na opsommings	1	2	3	V149	177
Dink of doen twee dinge/take gelyktydig	1	2	3	V150	178
Dink oor een aspek/taak terwyl 'n ander een gedoen word	1	2	3	V151	179
Stuur gesprekke rondom eie belangstellings	1	2	3	V152	180
Gee voor om te luister terwyl gedagtes om ander sake sentreer	1	2	3	V153	181
Voel skuldig om te ontspan	1	2	3	V154	182
Beweeg te vinnig om blomme, reënboë, ens. te sien/geniet	1	2	3	V155	183
Kan nie onthou of bome, blomme, ens. gesien is nie	1	2	3	V156	184
Strewe na materiële besittings	1	2	3	V157	185
Verrig daaglikse take gedagteloos	1	2	3	V158	186
Het konstant 'n behoefte aan meer tyd in skedule	1	2	3	V159	187
Beweeg haastig van plek tot plek	1	2	3	V160	188
Argumenteer dikwels	1	2	3	V161	189
Het selde deernis met ander	1	2	3	V162	190
Probeer om gesprekke en aktiwiteite te domineer	1	2	3	V163	191



	Selde	Soms	Dikwels		
Gespanne liggaamstaal, bal vuiste of voetel met hande	1	2	3	V164	<input type="checkbox"/> 192
Kners op die tande of het geklemde kakebeen of spiersametrekkings	1	2	3	V165	<input type="checkbox"/> 193
Moet altyd kompeteer en take vinniger doen as ander	1	2	3	V166	<input type="checkbox"/> 194
Nie in staat om stadiger te wees nie, moet eerste wees	1	2	3	V167	<input type="checkbox"/> 195
Taakgerig, met koste en hoeveelhede wat belangrik is	1	2	3	V168	<input type="checkbox"/> 196
Benadruk kwantiteit eerder as kwaliteit	1	2	3	169	<input type="checkbox"/> 197

4.2 In watter mate beleef u beroepsbevrediging?

Nooit	1	Selde	2	Dikwels	3	Altyd	4	V170	<input type="checkbox"/> 198
-------	---	-------	---	---------	---	-------	---	------	------------------------------

4.3 Was u afhanklikheidsprobleem bekend aan die Raad vir Gesondheidsdiensteberoepe?

Ja	1	Nee	2	V171	<input type="checkbox"/> 199
----	---	-----	---	------	------------------------------

4.4 Indien u Ja geantwoord het op 4.3, hoe het die Raad vir Gesondheidsdiensberoepe van u afhanklikheidsprobleem vemeem?

Self aanmelding	1	V172	<input type="checkbox"/> 200
Pasiënte	2		
Kollegas	3		
Familie	4		
Vriende	5		
Onbekend	6		
Ander (spesifiseer)			



4.5 Het die Raad vir Gesondheidsdiensberoepe enige beperkings op u gestel om te praktiseer?

Ja	1	Nee	2
----	---	-----	---

V173 201

4.6 Hoe het u gevoel oor die feit dat u by die Raad vir Gesondheidsdiensberoepe aangemeld is?

V174 202

V175 203

V176 204

EINDE VAN VRAELYS
BAIE DANKIE VIR U SAMEWERKING



QUESTIONNAIRE

The questionnaire is confidential and anonymous

INSTRUCTIONS

Please mark the relevant answer with a cross

EXAMPLE

Male	X
Female	2

For office use

V1 1-2

SECTION 1 BIOGRAPHICAL DETAILS

1.1 Gender

Male	1
Female	2

V2 3

1.2 Age now

	Years
--	-------

V3 4-5

1.3 Marital status

Married	1	Divorced	2	Widow/Widower	3
Single	4	Estranged	5	Live together	6
Other (specify)					

V4 6



1.4 In which province of the RSA are you resident?

Northern Cape	1	Gauteng	4	KwaZulu -Natal	7
Eastern Cape	2	North-West Province	5	Mpumalanga	8
Free State	3	Northern Province	6	Western Cape	9

V5 7

1.5 To which population group do you belong?

Afrikaans	1	Zulu	2	Tswana	3
English	4	Xhosa	5		
Other (specify)					

V6 8

1.6 Are you currently practising as a registered medical practitioner?

Yes	1	No	2
-----	---	----	---

V7 9

1.7 If you have answered Yes to question 1.6, please indicate in which capacity are you currently practising as a medical practitioner.

General practitioner	1	Specialist	2
Specialist field			

V8 10

V9 11-12

1.8 If you have answered No to question 1.6, please indicate your present occupation.

--

V10 13-14



1.9 For how long have you been practising as a registered medical practitioner?

Years

V11

--	--

 15-16

**SECTION 2
BACKGROUND HISTORY**

2.1 Did you grow up in a family where both your biological parents were present?

Yes	1	No	2
-----	---	----	---

V12 17

2.2 If the answer was No to question 2.1, please indicate with whom you grew up.

Stepfather and biological mother	1	Biological mother only	4
Stepmother and biological father	2	Biological father only	5
Foster parents	3	Family members	6
Other (specify)			

V13 18

2.3 If you did not grow up with both your biological parents what were the reasons?

Parent(s) deceased	1
Parents divorced	2
Other (specify)	

V14 19



2.4 How would you describe the use of alcohol by your parents/ guardians during your childhood?

ALCOHOL HABITS OF PARENTS/ GUARDIANS	Female guardian, eg. mother, grandmother, etc.	Male guardian, eg. father, grandfather, etc.
Teetotaller	1	1
Light social non-problematic drinker	2	2
Temperate social non-problematic drinker	3	3
Heavy social non-problematic drinker	4	4
Problem drinker	5	5
Alcohol dependent	6	6

V15 20

V16 21

2.5 Did your parents/guardians who raised you abuse any medication likely to cause dependency ?

	Yes	No
Male guardian	1	2
Female guardian	1	2

V17 22

V18 23

2.6 Did your parents/guardians who raised you abuse any drugs?

	Yes	No
Male guardian	1	2
Female guardian	1	2

V19 24

V20 25



2.7 How would you describe your relationship with your parents/ guardians during your childhood?

Guardian	Very poor	Unsatisfactory	Satisfactory	Very good
Male guardian	1	2	3	4
Female guardian	1	2	3	4

V21 26

V22 27

2.8 How would you describe the following components of your relationships with your family of origin?

Components of family relationships	Very poor	Unsatisfactory	Satisfactory	Very good
Experiencing security	1	2	3	4
Experiencing acceptance	1	2	3	4
Open and meaningful communication	1	2	3	4
Consistent discipline	1	2	3	4
Support and encouragement	1	2	3	4
Experiencing acknowledgement	1	2	3	4
Positive and constructive problem solving	1	2	3	4
Openness to express emotions	1	2	3	4
Atmosphere conducive to development of positive, self-image, selfconfidence	1	2	3	4

V23 28

V24 29

V25 30

V26 31

V27 32

V28 33

V29 34

V30 35

V31 36



2.9 Please indicate which of the following aspects relating to your childhood and school career are applicable to you?

	Yes	No	Specify			
Emotional problems (e.g. depression, anxiety, problems with self-image, etc.)	1	2		V32	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	37
				V33	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	38-39
Experimenting with drugs	1	2		V34	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	40
				V35	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	41-42
Experimenting with alcohol	1	2		V36	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	43
				V37	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	44-45
Adaption problems at school (e.g. having difficulty socialising)	1	2		V38	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	46
				V39	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	47-48
Family problems	1	2		V40	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	49
				V41	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	50-51
Easily influenced by friends (yielding to group pressure)	1	2		V42	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	52
				V43	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	53-54
Outstanding achievement at school	1	2		V44	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	55
				V45	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	56-57
Filling leader positions	1	2		V46	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	58
				V47	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	59-60
Childhood and school career were satisfying and positive	1	2		V48	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	61
				V49	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	62-63

SECTION 3
HISTORY OF DEPENDENCY

3.1 For how long have you been using the substance on which you became dependent?

Years

V50 64-65

3.2 On which of the following substances did you become dependent?

SUBSTANCE	Yes	No	Specify
Alcohol	1	2	
Over the counter medication	1	2	
Drugs	1	2	
Pharmaceutical medication	1	2	

V51 66

V52
V53 67
68-69

V54
V55 70
71-72

V56
V57 73
74-75

3.3 During your university career, did you show any symptoms of dependency on a substance?

Yes	1	No	2
-----	---	----	---

V58 76

3.4 If the answer to question 3.3 is Yes, what substance(s) did you over-use/abuse during your university career?

Alcohol	1	Medication	2	Drugs	3
---------	---	------------	---	-------	---

V59 77



3.5 With reference to question 3.4, which of the following factors were contributory to the over-use/abuse of the substance(s) during your university career?

Way of relaxation as a result of a demanding field of study	1	V60	<input type="checkbox"/>	78
Relief from depression	2	V61	<input type="checkbox"/>	79
Way of escaping from stress related to your field of study	3	V62	<input type="checkbox"/>	80
Relief from sleeping problems	4	V63	<input type="checkbox"/>	81
Irregular and long working hours	5	V64	<input type="checkbox"/>	82
Way of getting relief from emotional experiences related to training	6	V65	<input type="checkbox"/>	83
It only became a way of socialising	7	V66	<input type="checkbox"/>	84
Other (specify)		V67	<input type="checkbox"/>	85

3.6 If you have become dependent on medication, how did you usually obtain such medication?

Not applicable	1	V68	<input type="checkbox"/>	86
Pharmaceutical representative	2	V69	<input type="checkbox"/>	87
Self-prescribed	3	V70	<input type="checkbox"/>	88
Bought over the counter	4	V71	<input type="checkbox"/>	89
Prescription from a psychiatrist	5	V72	<input type="checkbox"/>	90
Prescription from a medical practitioner	6	V73	<input type="checkbox"/>	91
Hospital stock	7	V74	<input type="checkbox"/>	92
Prescriptions from various practitioners	8	V75	<input type="checkbox"/>	93
Self-dispensed	9	V76	<input type="checkbox"/>	94
Illegal ways (eg. dealers)	10	V77	<input type="checkbox"/>	95-96
Other (specify)		V78	<input type="checkbox"/>	97-98

3.7 What positive emotional effect did the substance that was abused have on you? Indicate all applicable aspects.

Relaxing	1	V79	<input type="checkbox"/>	99
Calming	2	V80	<input type="checkbox"/>	100
Relieving depression	3	V81	<input type="checkbox"/>	101
Relieving frustration	4	V82	<input type="checkbox"/>	102
Relieving total exhaustion	5	V83	<input type="checkbox"/>	103
Relieving grief/emotional pain	6	V84	<input type="checkbox"/>	104
Relieving loneliness	7	V85	<input type="checkbox"/>	105
Relieving anxiety	8	V86	<input type="checkbox"/>	106
Giving self-confidence	9	V87	<input type="checkbox"/>	107
Escaping from daily work stress	10	V88	<input type="checkbox"/>	108
Relieving sleep problems resulting from irregular working hours	11	V89	<input type="checkbox"/>	109-110
Relieving emotional stress as resulting from demands of occupation	12	V90	<input type="checkbox"/>	111-112
Relieving physical pain/health problems	13	V91	<input type="checkbox"/>	113-114
Other (specify)		V92	<input type="checkbox"/>	115-116

3.8 Do you think that your colleagues, family, spouse, friends or patients suspected/knew that you had a dependency problem?

	Yes	No		
Colleagues	1	2	V93	117
Family	1	2	V94	118
Spouse	1	2	V95	119
Friends	1	2	V96	120
Patients	1	2	V97	121

3.9 Did your colleagues, family, spouse, friends or patients at any stage discuss your substance problem with you?

	Yes	No		
Colleagues	1	2	V98	122
Family	1	2	V99	123
Spouse	1	2	V100	124
Friends	1	2	V101	125
Patients	1	2	V102	126



3.10 Do you think that in the profession that you are pursuing it was more difficult to admit that you had a substance problem than would have been the case in other professions?

Yes	1	No	2
-----	---	----	---

V103 127

3.11 If you found it difficult to admit that you had a dependency problem, which of the following reasons, in your opinion, played a part in making it difficult for you to admit your dependency?

	Yes	No
Identity as a medical practitioner	1	2
Fear that it would be reported to the Health Professions Council	1	2
Not admissible (unwritten rule) in medical profession to experience problems yourself	1	2
Fear to lose respect of colleagues	1	2
Unacceptable idea that the helper cannot handle a problem himself/herself	1	2
The role of being a "patient" is unacceptable	1	2
Must always be in control and emanate an image of competence and efficiency	1	2
Fear of financial loss	1	2
Cannot afford to show emotional vulnerability in the profession	1	2
Fear of losing patients	1	2
Other (specify)		

V104 128

V105 129

V106 130

V107 131

V108 132

V109 133

V110 134

V111 135

V112 136

V113 137

V114 138-139

3.12 Have you received treatment for your substance dependency?

Yes	1	No	2
-----	---	----	---

V115 140



3.13 If you have received treatment for your substance dependency, what type of treatment did you receive?

Psychological sessions	1
Inpatient treatment at a clinic/centre for dependency	2
Inpatient treatment at a psychiatric facility/clinic	3
Psychiatric sessions	4
Outpatient treatment at a psychiatric clinic/centre/facility	5
Outpatient treatment at a treatment centre for dependency	6
Help from a support group (e.g. CAD, AA, etc.)	7
Other (specify)	

V116	<input type="checkbox"/>	141
V117	<input type="checkbox"/>	142
V118	<input type="checkbox"/>	143
V119	<input type="checkbox"/>	144
V120	<input type="checkbox"/>	145
V121	<input type="checkbox"/>	146
V122	<input type="checkbox"/>	147
V123	<input type="checkbox"/>	148-149

3.14 Did you receive any psychiatric treatment for problems other than substance dependency?

Yes	1	No	2
-----	---	----	---

V124	<input type="checkbox"/>	150
------	--------------------------	-----

3.15 If you have answered Yes, for what problem did you receive psychiatric treatment? (e.g. depression, emotional disturbances, personality problems, etc.)

V125	<input type="checkbox"/>	151-152
------	--------------------------	---------

3.16 For how long have you maintained sobriety?

0 - 6 months	1	6 - 24 months	2	2 - 5 year	3	5 year +	4
--------------	---	---------------	---	------------	---	----------	---

V126	<input type="checkbox"/>	153
------	--------------------------	-----

3.17 Do you think that the particular demands of your profession played a role in your substance dependency?

Yes	1	No	2
-----	---	----	---

V127	<input type="checkbox"/>	154
------	--------------------------	-----



3.18 If your answer to question 3.17 was Yes, which factors, in your opinion, played a part in your substance dependency?

	Yes	No
Irregular and long working hours	1	2
Demands and expectations of patients	1	2
Handling of dying patients	1	2
Management and business demands of a practice	1	2
Emotional stress to balance professional and family life	1	2
Emotional and physical exhaustion	1	2
Minimum time for personal and family recreation because of profession	1	2
No built-in support systems in profession	1	2
Risk of HIV infection	1	2
Easy access to drugs	1	2
Enhancing capacity for work and stamina	1	2
Other (specify)		

V128	<input type="checkbox"/>	155
V129	<input type="checkbox"/>	156
V130	<input type="checkbox"/>	157
V131	<input type="checkbox"/>	158
V132	<input type="checkbox"/>	159
V133	<input type="checkbox"/>	160
V134	<input type="checkbox"/>	161
V135	<input type="checkbox"/>	162
V136	<input type="checkbox"/>	163
V137	<input type="checkbox"/>	164
V138	<input type="checkbox"/>	165
V139	<input type="checkbox"/>	166-167

SECTION 4 PERSONALITY PROFILE

4.1 How would you describe yourself as a person in general?
Use the the following scale to indicate the frequency of each of the following behaviour patterns.

- 1 = Seldom
- 2 = Sometimes
- 3 = Frequently

	Seldom	Sometimes	Frequently
Verbally explosively accentuate key words	1	2	3
Increase the speed of the last few words of a sentence	1	2	3
Move, walk and eat rapidly	1	2	3
Try to hurry speech of others	1	2	3
Finish sentences for others	1	2	3

V140	<input type="checkbox"/>	168
V141	<input type="checkbox"/>	169
V142	<input type="checkbox"/>	170
V143	<input type="checkbox"/>	171
V144	<input type="checkbox"/>	172



	Seldom	Sometimes	Frequently			
Get unduly irritated in slow traffic	1	2	3	V145	<input type="checkbox"/>	173
Become unnerved by having to wait in line	1	2	3	V146	<input type="checkbox"/>	174
Get impatient when watching others work too slowly	1	2	3	V147	<input type="checkbox"/>	175
Become impatient with routine tasks	1	2	3	V148	<input type="checkbox"/>	176
Hurry reading (skip to summaries)	1	2	3	V149	<input type="checkbox"/>	177
Think about or do two things simultaneously	1	2	3	V150	<input type="checkbox"/>	178
Think about one thing while doing another	1	2	3	V151	<input type="checkbox"/>	179
Steer conversations around own interests	1	2	3	V152	<input type="checkbox"/>	180
Pretend to listen but remain pre-occupied	1	2	3	V153	<input type="checkbox"/>	181
Feel guilty when relaxing	1	2	3	V154	<input type="checkbox"/>	182
Move too quickly to see/enjoy flowers, rainbows, etc.	1	2	3	V155	<input type="checkbox"/>	183
Can't remember seeing trees, flowers, etc.	1	2	3	V156	<input type="checkbox"/>	184
Strive for material possessions	1	2	3	V157	<input type="checkbox"/>	185
Go about daily activities without reflection	1	2	3	V158	<input type="checkbox"/>	186
Feel constant need for more time in schedule	1	2	3	V159	<input type="checkbox"/>	187
Rush from place to place	1	2	3	V160	<input type="checkbox"/>	188
Argue frequently	1	2	3	V161	<input type="checkbox"/>	189
Seldom feel compassion for others	1	2	3	V162	<input type="checkbox"/>	190
Try to dominate conversation, activities, etc.	1	2	3	V163	<input type="checkbox"/>	191
Clench fists or fiddle with hands	1	2	3	V164	<input type="checkbox"/>	192



	Seldom	Sometimes	Frequently		
Clench jaw, grind teeth or have tic	1	2	3	V165	<input type="checkbox"/>
Must always compete and do things faster than others	1	2	3	V166	<input type="checkbox"/>
Unable to slow down; must be first	1	2	3	V167	<input type="checkbox"/>
Translate everything into how many, how much	1	2	3	V168	<input type="checkbox"/>
Emphasize quantity rather quality	1	2	3	V169	<input type="checkbox"/>

4.2 To what degree do you experience occupational satisfaction?

Never	1	Seldom	2	Often	3	Always	4	V170	<input type="checkbox"/>	198
-------	---	--------	---	-------	---	--------	---	------	--------------------------	-----

4.3 Was your dependency problem known to the Health Professions Council?

Yes	1	No	2	V171	<input type="checkbox"/>	199
-----	---	----	---	------	--------------------------	-----

4.4 If you have answered Yes to 4.3, how did the Health Professions Council get to know about your dependency problem?

Self-reporting	1	V172	<input type="checkbox"/>	200
Patients	2			
Colleagues	3			
Family	4			
Friends	5			
Unknown	6			
Other (specify)				

4.5 Did the Health Professions Council propose any restrictions to practise?

Yes	1	No	2	V173	<input type="checkbox"/>	201
-----	---	----	---	------	--------------------------	-----



4.6 How did you feel about the fact that your dependency problem was reported to the Health Professions Council?

	V174		202
	V175		203
	V176		204

END OF QUESTIONNAIRE
THANK YOU FOR YOUR CO-OPERATION



BYLAE 2



Bylae 2

SEMI-GESTRUKTUREERDE ONDERHOUDSKEDULE:

1. Naam van persoon of nommer van respondent indien anoniem:

Vir Kantoorgebruik

V1

1-2

2. Datum en tyd van die onderhoud:



3. Die respondent voldoen aan die volgende kriteria:
- * die respondent is 'n geneesheer;
 - * die respondent het 'n substansafhanklikheidsprobleem gehad;
 - * die respondent het aan die kwantitatiewe ondersoek deelgeneem;
 - * die respondent is bereid om vrywillig aan die navorsing deel te neem;
 - * die respondent is maklik bereikbaar vir 'n onderhoud.
4. Die respondent is bereid om 'n onderhoud van ongeveer 60 minute toe te staan ten einde sy/haar belewenisse meer in diepte te eksploreer na aanleiding van die kantitatiewe navorsingsondersoek.
5. Die respondent word verseker van vertroulikheid en anonimiteit met aanvang van die onderhoud.

ONDERHOUD

AFDELING 1: BIOGRAFIESE GEGEWENS EN AGTERGRONDSGESKIEDENIS

1. Geslag

Manlik	1
Vrolik	2

2. Huidige ouderdom

<input type="text"/>	jaar
----------------------	------

V2 3

V3 4-5

3. In watter provinsie in die RSA is u tans woonagtig?

Noord-Kaap	1	Gauteng	4	Kwa Zulu Natal	7
Oos-Kaap	2	Noorwes Provinsie	5	Mpumalanga	8
Vrystaat	3	Noordelike Provinsie	6	Wes-Kaap	9

V4 6

1.4 Aan watter bevolkingsgroep behoort u?

Afrikaans	1	Zoeloe	2	Tswana	3
Engels	4	Xhosa	5		
Ander (spesifiseer)					

V5 7

1.5 Praktiseer u tans as 'n geregistreerde geneesheer?

Ja	1	Nee	2
----	---	-----	---

V6 8

1.6 Indien u ja geantwoord het op vraag 1.5, dui asseblief aan in watter hoedanigheid u tans as geneesheer praktiseer?

Algemene Praktisyn	1	Spesialis	2
Tipe spesialiteit			

V7 9

V8 10-11

1.7 Indien u ouers/versorgers enigins 'n alkoholprobleem gehad het, hoe het dit u beïnvloed?

V9 12-13

1.8 Wat was vir u uitstaande aspekte in u verhouding met u ouers/versorgers tydens u kinderjare?

V10			14-15
V11			16-17
V12			18-19

1.9 Watter emosionele belewenisse wat verband gehou het met u studierigting was vir u uitstaande tydens u universiteitsopleiding?

V13			20-21
V14			22-23
V15			24-25

1.10. Hoe het u u stres en spanning verbonde aan u studierigting hanteer?

V16			26-27
V17			28-29
V18			30-31

1.11 Is daar gedurende u studietydperk enigsins gefokus op die hantering van u eie emosionele belewenisse van al die stresfaktore van u beroepskeuse?

V19			32-33
V20			34-35
V21			36-37



1.12 Wat sal u reaksie wees op 'n stelling dat daar binne u beroepsrigting tydens opleiding slegs klem gelê word op akademiese prestasie en dat daar nie aandag gegee word aan enige vaardigheidsontwikkeling om emosionele problematiek aan te spreek nie?

V22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38-39
V23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40-41
V24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42-43

AFDELING 2: AFHANKLIKHEIDSGESKIEDENIS

2.1 Watter positiewe gevoel het die substans waarvan u van afhanklik was aan u verskaf?

--

2.2 Tot watter mate het u beroep en die eise van u beroep verband gehou met u substansafhanklikheid?

--

V25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44-45
V26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46-47
V27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48-49

V28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50-51
V29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52-53
V30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	54-55

2.3 Watter faktore dra daartoe by dat kollegas nie betrokke raak wanneer hulle beseft of vermoed 'n kollega het 'n substansafhanklikheid nie?

--

V31	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			56-57
V32	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			58-59
V33	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			60-61

2.4 Wat was u vrese toe u beseft het u het 'n substansafhanklikheidsprobleem?

--

V34	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			62-63
V35	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			64-65
V36	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			66-67

2.5 Is u van mening dat 'n geneesheer wat 'n afhanklikheidsprobleem het (steeds substans misbruik) en praktiseer 'n risiko kan inhou vir pasiënte? (motiveer).

--

V37	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			68-69
V38	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			70-71
V39	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			72-73

2.6 Hoe het u gevoel om self in die rol van pasiënt geplaas te word?

--

V40	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			74-75
V41	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			76-77
V42	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			78-79

2.7 Kon u u rol as geneesheer skei van ander rolle soos vader, eggenoot, vriend wat u in u lewe vervul?

V43	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			80
V44	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			81-82
V45	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			83-84

2.8 Skep die verwagting en eise wat deur die gemeenskap, kollegas en pasiënte aan geneeshere gestel word 'n onrealistiese beeld van wie die geneesheer moet wees?

Ja	1	Nee	2
----	---	-----	---

V46	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>		85



2.9 Indien ja, motiveer.

 Ja Nee

V47	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	86-87
V48	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88-89
V49	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	90-91

2.10 Watter aspekte wat eie is aan u beroepsgroepering sou volgens u mening uiters belangrik wees om in terapie aan te spreek?

V50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	92-93
V51	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	94-95
V52	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	96-97

2.11 Enige verdere opmerkings?

V53	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	89-99
V54	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100-101

U samewerking word waardeer.

ELCA ERLANK



SEMI-STRUCTURED SCHEDULE FOR INTERVIEW

1. Name of person or number of respondent if anonymous.

For office use

V1

1-2

2. Date and time of interview

3. The respondent meets the following criteria:

- * the respondent is a medical practitioner;
- * The respondent had a substance dependency problem;
- * the respondent participated in a quantitative investigation;
- * the respondent is willing to participate voluntarily in the research;
- * the respondent is available for an interview.

4. The respondent is willing to grant an interview of approximately 60 minutes to explore his/her experiences in depth prompted by the quantitative research investigation.

5. At the start of the interview the respondent is assured of confidentiality and anonymity.

INTERVIEW

SECTION 1: BIOGRAPHICAL DETAILS AND BACKGROUND HISTORY

1.1 Gender

Male	1
Female	2

1.2 Current age

Year

	V2	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 40px; height: 20px;"></td> </tr> </table>		3	
	V3	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 40px; height: 20px;"></td> <td style="width: 40px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			4-5



1.3 In which province in the RSA are you currently residing?

Northern Cape	1	Gauteng	4	Kwa Zulu Natal Natal	7
Eastern Cape	2	North-West Province	5	Mpumalanga	8
Free State	3	Northern Province	6	Western Cape	9

V4 6

1.4 To which population group do you belong?

Afrikaans	1	Zulu	2	Tswana	3
English	4	Xhosa	5		
Other (specify)					

V5 7

1.5 Are you currently practising as a registered medical practitioner?

Yes	1	No	2
-----	---	----	---

V6 8

1.6 If you have answered yes to question 1.5, please indicate in which capacity you are currently practising as a medical practitioner?

General practitioner	1	Physician	2
Type of speciality			

V7 9

V8 10-11

1.7 If your parents/guardians had an alcohol problem in any way, how did it influence you?

V9 12-13



1.8 What was the outstanding aspects in your relationship with your parents/guardians during your childhood?

V10	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			14-15
V11	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			16-17
V12	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			18-19

1.9 During your university career, what emotional experiences were outstanding with relevance to your field of study?

V13	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			20-21
V14	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			22-23
V15	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			24-25

1.10 How did you cope with stress and tension related to your field of study?

V16	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			26-27
V17	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			28-29
V18	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			30-31

1.11 During your period of study, was there in any way focussed on the handling of your own emotional experiences of all the stress factors of your choice of career?

V19	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			32-33
V20	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			34-35
V21	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			36-37



1.12 What would your reaction be on a statement that, in your vocational direction, emphasis is placed on academy and achievement only and that no attention is given to any development of skills to address the emotional problems of students?

V22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38-39
V23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40-41
V24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42-43

SECTION 2: HISTORY OF DEPENDENCY

2.1 What positive emotion did the substance on which you were dependent give you?

V25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44-45
V26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46-47
V27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48-49

2.2 To what degree did your occupation and the demands of your occupation have relevance to your substance dependency?

V28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50-51
V29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52-53
V30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	54-55



2.3 Which factors contribute to the non-involvement of colleagues when they realise or suspect that a colleague is substance dependent?

V31	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			56-57
V32	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			58-59
V33	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			60-61

2.4 What were your fears when you realised that you have a substance dependency problem?

V34	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			62-63
V35	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			64-65
V36	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			66-67

2.5 Are you of the opinion that a medical practitioner what has a substance dependency problem (is currently abusing substances) and is practising can pose a risk to patients? Motivate.

V37	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			68-69
V38	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			70-71
V39	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			72-73

2.6 How did you feel in the role of patient?

V40	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			74-75
V41	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			76-77
V42	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			78-79



2.7 Could you separate your role as medical practitioner from the other roles like father, husband, friend that you perform in your life?

V43	<input type="checkbox"/>	80
V44	<input type="checkbox"/>	81-82
V45	<input type="checkbox"/>	83-84

2.8 Do the expectations and demands from the community, colleagues and patients create a false image of who the medical practitioner should be?

Yes	1	No	2
-----	---	----	---

V46	<input type="checkbox"/>	85
-----	--------------------------	----

2.9 If yes, motivate why.

V47	<input type="checkbox"/>	86-87
V48	<input type="checkbox"/>	88-89
V49	<input type="checkbox"/>	90-91

2.10 Which aspects inherent to your occupational grouping are, in your opinion extremely important to address?

V50	<input type="checkbox"/>	92-93
V51	<input type="checkbox"/>	94-95
V52	<input type="checkbox"/>	96-97



2.11 Any further remarks?

V53	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					98-99
V54	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					100-101

Your co-operation is appreciated.

ELCA ERLANK



BYLAE 3



Posbus 32797
GLENSTANTIA
0010

Navorsers: Elca Erlank

Geagte Respondent

INGELIGTE TOESTEMMING VIR NAVORSINGDOELEINDES

Ek is 'n geregistreerde maatskaplike werker wat werksaam is by Staanvas Sentrum, Pretoria. Staanvas Sentrum is 'n sentrum vir die behandeling van substansafhanklikheid en is by COHSASA (The Council for Health Services Accreditation of Southern Africa) geakkrediteer. Ek is ook 'n geregistreerde D. Phil. (Maatskaplike Werk) student by die Universiteit van Pretoria, onder leiding van Prof. M.S.W. du Preez, hoof van die Departement Maatskaplike Werk. Die navorsingsprojek wat onderneem word se titel is: **"Die substansafhanklike geneesheer – 'n maatskaplikewerkperspektief"**.

Die **doel** van die studie is om 'n profiel van die substansafhanklike geneesheer saam te stel ten einde aanbevelings vir behandeling en voorkomingstrategieë te maak.

Die **prosedure** van die navorsing is die voer van 'n gestruktureerde onderhoud met 'n semi-gestruktureerde onderhoudskedule. U **anonimiteit** word verseker en alle inligting word **vertroulik** hanteer. Die onderhoud sal ongeveer 40 minute van u tyd in beslag neem. U is ook welkom om die kopie van die onderhoudskedule deur te blaai. As u toestem tot die onderhoud kan u my enige tyd stop om 'n verduideliking van 'n vraag te vra of om te weier om 'n vraag te antwoord. Om volledige besonderhede van u antwoorde te bekom sal 'n bandopnamemasjien gebruik word. Alleenlik die navorser sal na die bandopname luister.

Daar word gaan **mediese risiko's** of ongemak, geassosieer met die navorsing nie. U as respondent wat deelneem aan die studie sal ook geen **persoonlike voordeel** uit die studie verkry nie, behalwe dat die **resultate** van die studie ander navorsers en terapeute 'n beter begrip van die behoeftes en behandeling van die substansafhanklike geneesheer kan gee.

U kan ter eniger tyd van die studie onttrek. **Geen finansiële** uitgawes sal van u verwag word met die projek nie.

Die **resultate** van studie mag moontlik gepubliseer word in professionele tydskrifte en op professionele konferensies voorgelê word. **Geen dokumente of identiteite** van die respondente sal egter bekend gemaak word nie, alleenlik as deur wetgewing versoek. Indien u enige navrae het kan u die volgende telefoonnommer 012-3337702 gedurende die dag kontak.

Ek verstaan my regte as 'n respondent in hierdie navorsingsstudie en gee vrywillig toestemming om deel te neem aan die studie. Ek verstaan die doel van die studie en waarom dit gedoen word. Ek sal 'n getekende kopie van die ingeligte toestemmingsvorm ontvang.

_____ (Respondent se handtekening) _____ (Datum)

_____ (Navorser se handtekening)



P O Box 32797
GLENSTANTIA
0010

Principal Investigator: Elca Erlank

Dear Respondent

INFORMED CONSENT FOR RESEARCH PURPOSES

I am a registered social worker employed by Staanvas Centre, Pretoria, and a centre for the treatment of substance dependency and accredited at COHSASA (Council for Health Services Accreditation of Southern Africa). I am also registered as a D.Phil. (Social Work) student at the University of Pretoria and the research is undertaken under the guidance of Prof. M.S.E. du Preez, head of the Department of Social Work. The title of the study undertaken is **“Die substansafhanklike geneesheer – ‘n maatskaplikewerkperspektief”**.

The **purpose** of the research is to compile a profile of the substance dependent medical practitioner with the aim to recommend treatment and preventative strategies.

The **procedures** of the research is the completion of a questionnaire. The questionnaire is completed **anonymously** and all information will be treated as **confidential**. The completion of the questionnaire will take approximately 20 minutes.

There are no known medical **risks or discomforts** associated with this research. There are also no known personal **benefits** to you for participating in this study, but the results of the study may help researchers and counselors gain a better understanding of the needs and treatment of the medical practitioner with substance dependency. You may **withdraw** from participating in the study at any time by not completing the questionnaire. **No financial expenses** will be expected from you. A prepaid envelope will be enclosed with the questionnaire.

The **results** of this study may be published in professional journals or presented at professional conferences but the records or identity will not be revealed unless required by law. If you have any questions or concerns you can call Tel.: 012-3337702 any time during the day.

I understand my rights as a research subject, and I voluntarily consent to participation in this study. I understand what the study is about and how and why it is being done. I will receive a signed copy of this consent form.

_____ (Subject's signature) _____ (Date)

_____ (Signature of Investigator)