

## 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 psigiatriese 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 psigiatriese 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**

<b>Benaderings in behandeling</b>	<b>Beskrywing van die benadering en die effektiwiteit</b>
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 &amp; 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 &amp; Al-Hedha in Fleming &amp; 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 &amp; 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 &amp; Al-Hedha in Fleming &amp; 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.

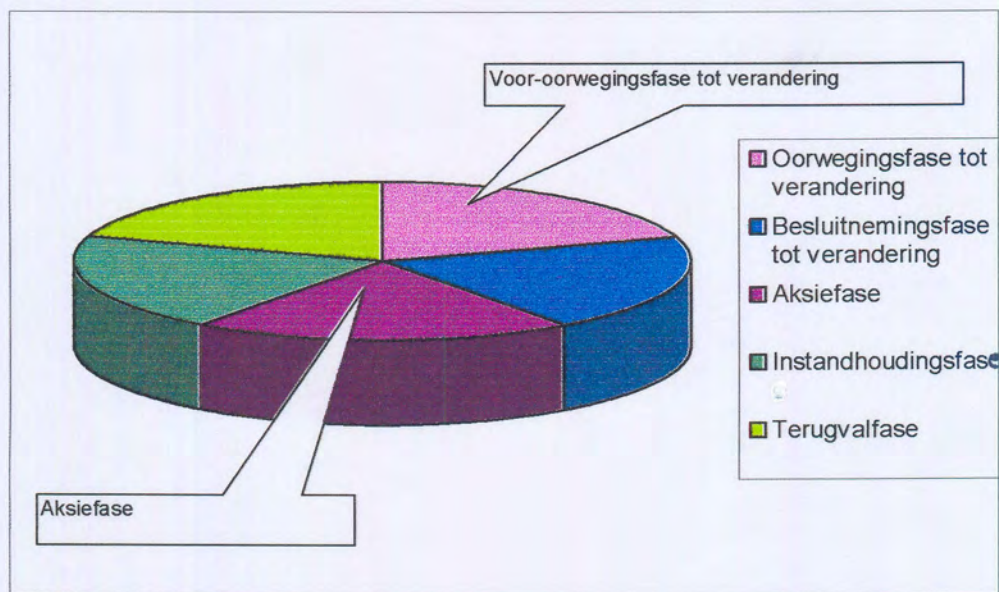
**Tabel 5: Die fases van gereedheid vir verandering volgens Prochaska en Di Clementi (soos aangepas uit Fleming & Murray, 2001:6).**

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

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

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 substansafhanklike 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):**

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

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.

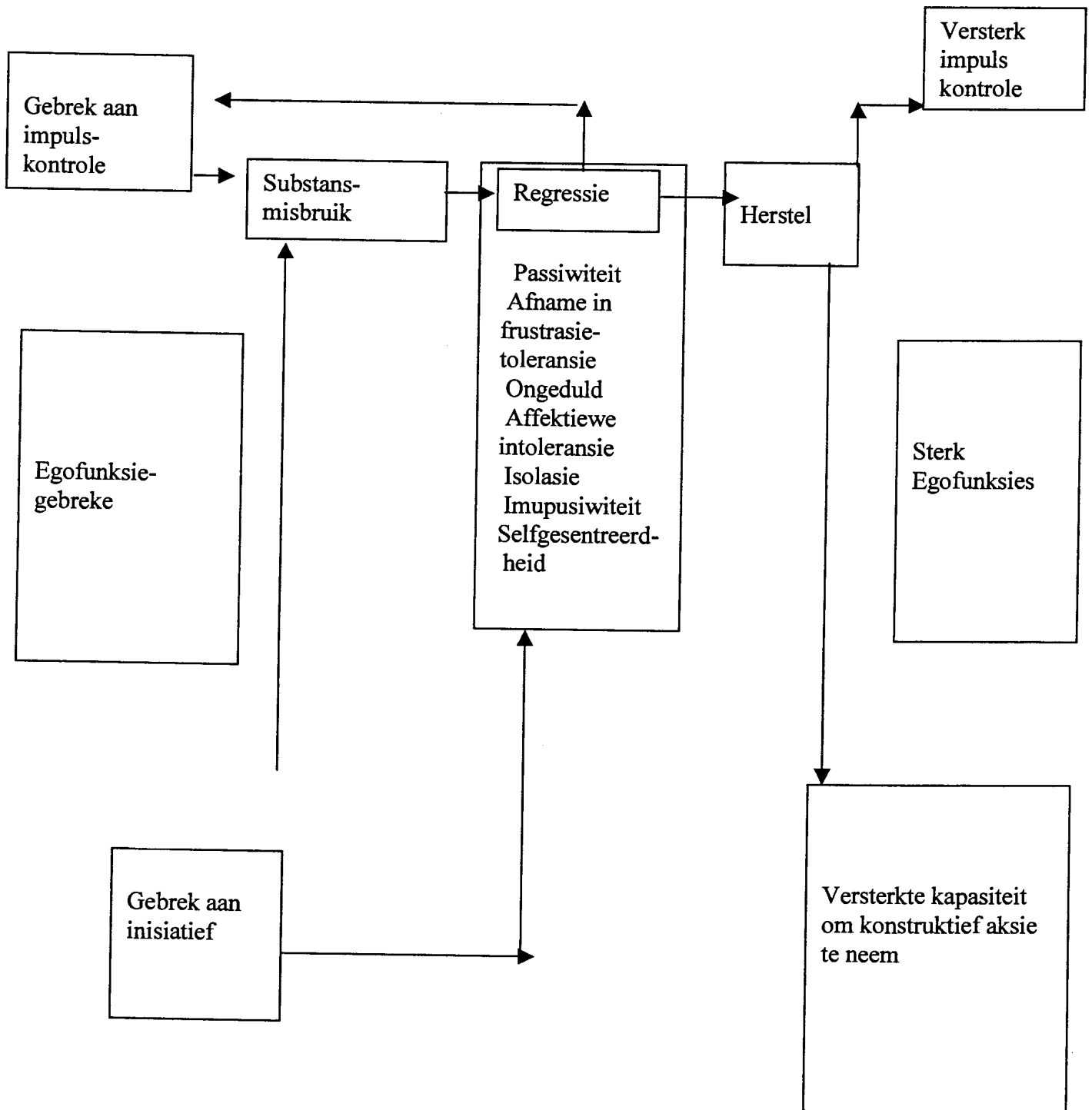
Tekortkominge in emosionele selfversorging en –bestuur kom algemeen voor onder professionele persone soos geneeshere, en dit word duidelik geïllustreer deur die min aandag wat aan tekens van stres in hulle lewenstyl gegee word (Nace, 1995:139).

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

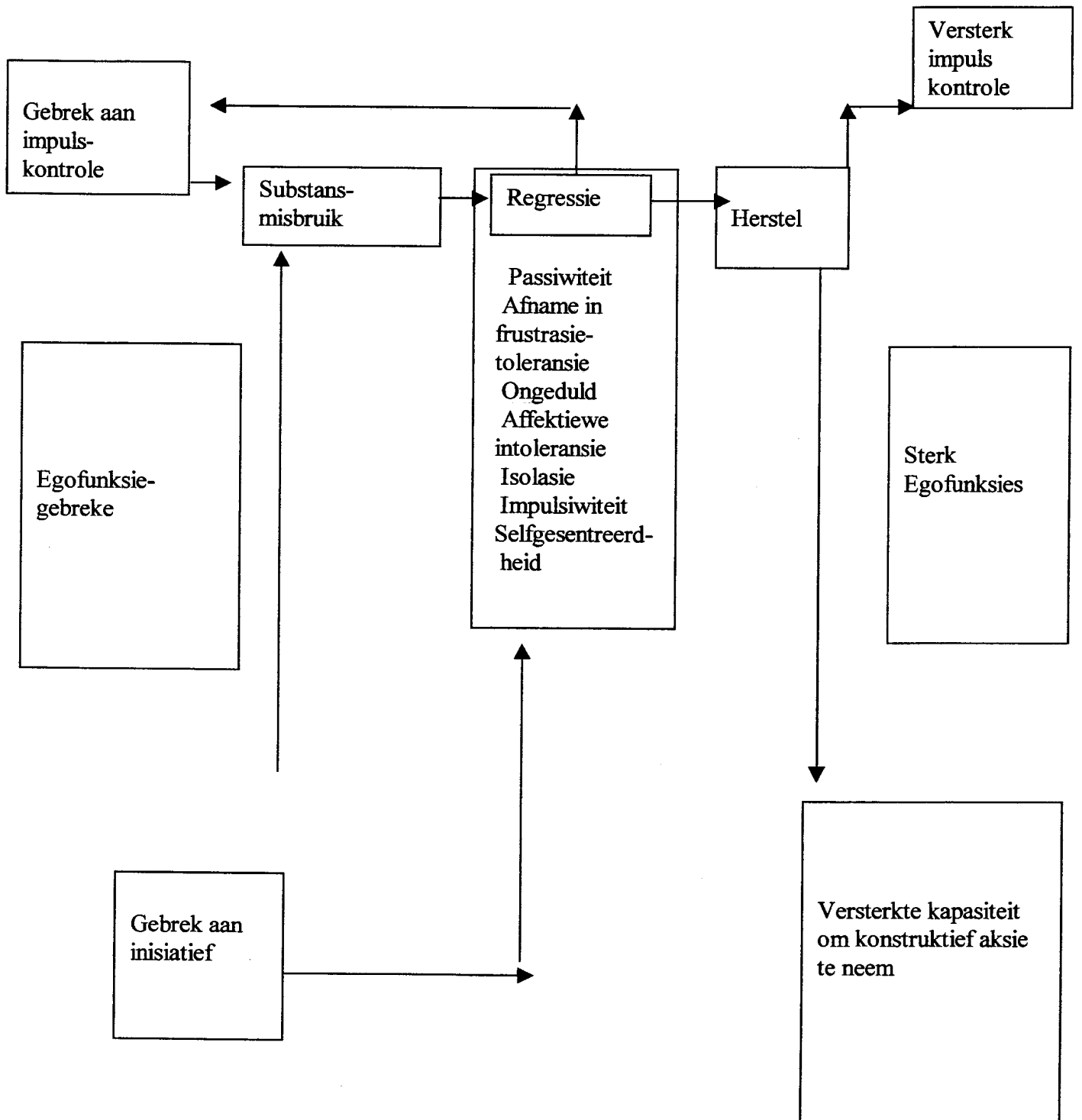
daaropvolgende weke `n afspraak by `n psigiater vir opvolg behandeling te reël nie. Nace (1995:139) merk die volgende verder op oor die verband tussen selfversorgingsgebreke en verantwoordelikheid: "Lack of initiative contains elements of passivity, dependency, and a relative inability to experience 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):**

<b>Eienskappe teenwoordig wat sal baat by groepterapie</b>	<b>Eienskappe teenwoordig wat nie by groepterapie sal baat nie</b>
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**

<b>Gemengde groep</b>	<b>Homogene groep</b>
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**

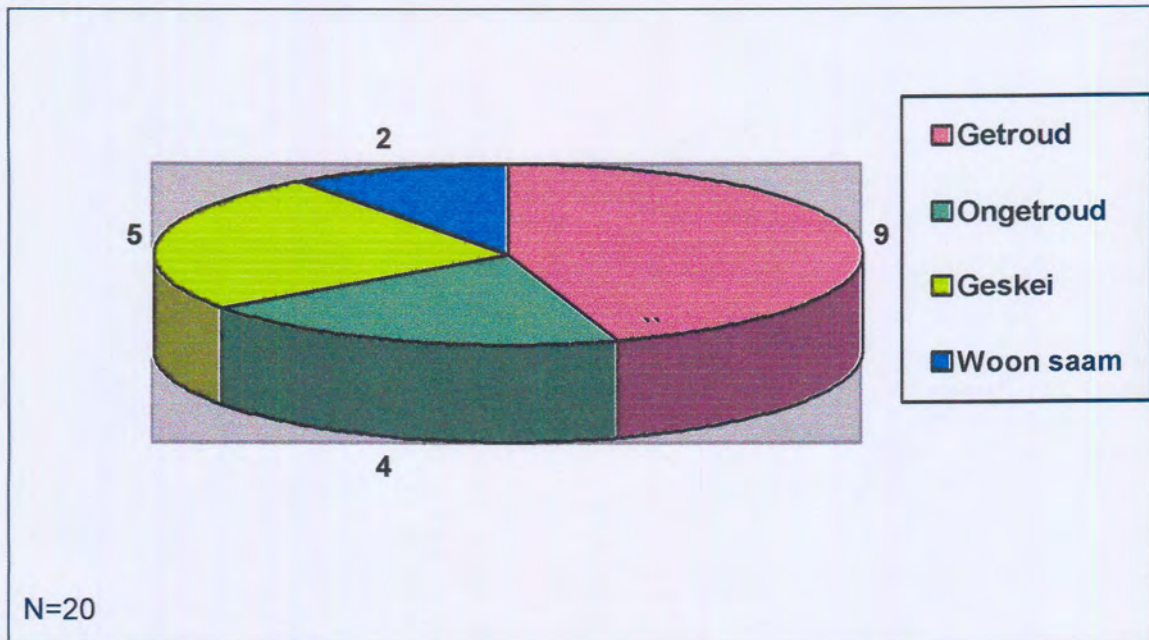
### **6.2.1.1 Geslag van respondente**

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**

<b>Provinsie</b>	<b>Frekwensie</b>	<b>Persentasie</b>
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

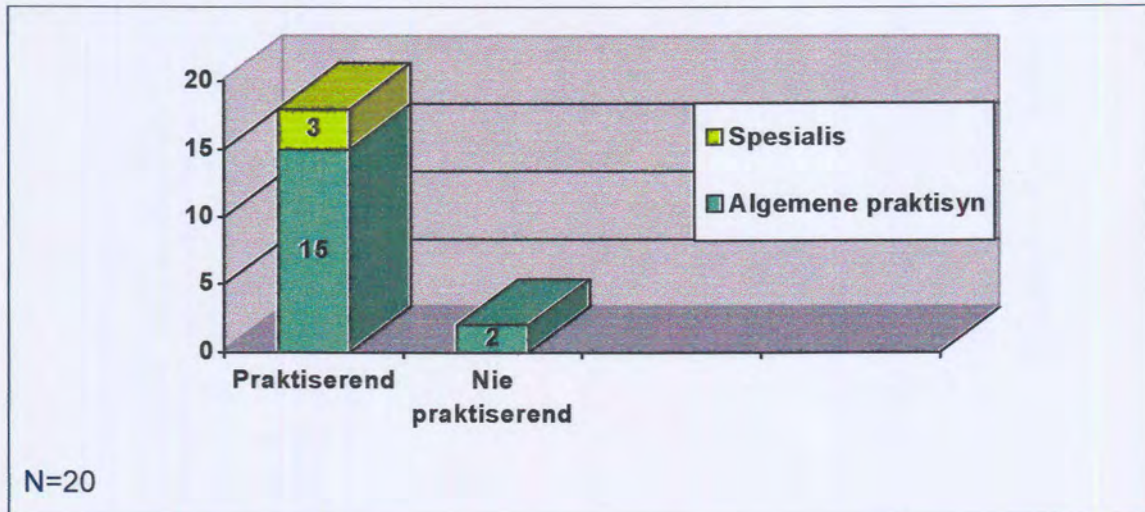
**Tabel 12:                   Verteenwoordiging van respondente uit verskillende kultuurgroepe**

<b>Kultuurgroep</b>	<b>Frekwensie</b>	<b>Persentasie</b>
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

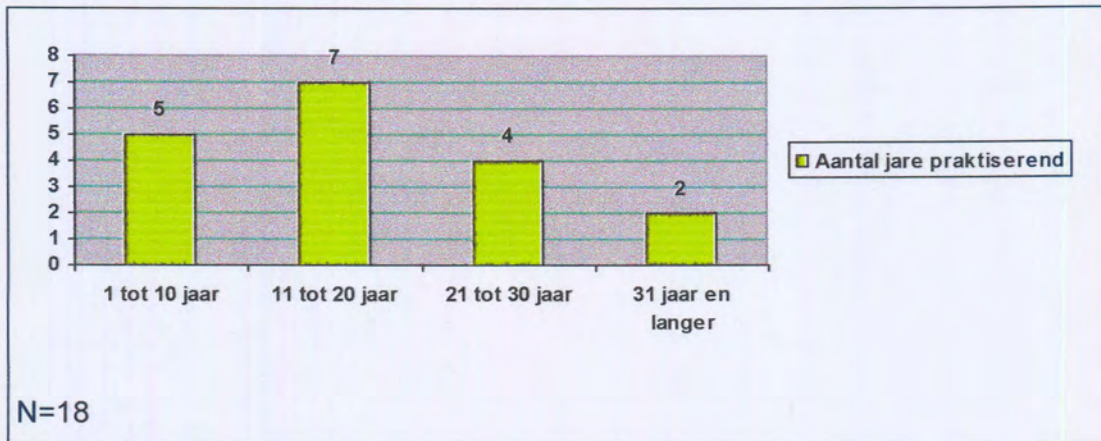
**Figuur 7: Praktiserende en nie-praktiserende geneeshere en die tipe spesialiteitesrigtings**



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 praktisyne 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 praktisyne en narkotiseurs die grootste tendens vir die ontwikkeling van afhanklikheid toon. Hierdie tendens blyk ook duidelik uit hierdie ondersoek waar die algemene praktisyne die meerderheid is. Nace (1995:57) meen dat algemene praktisyne 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**

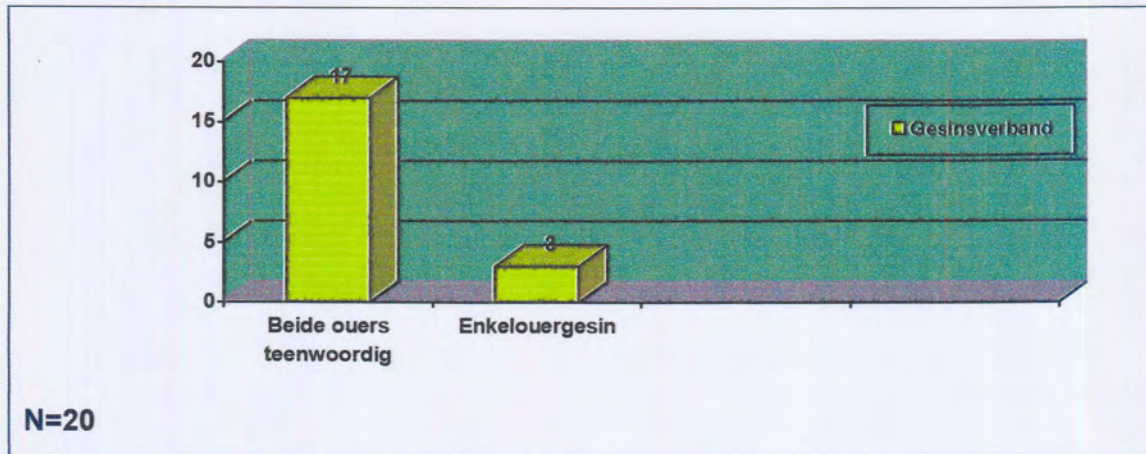


Vyf respondente praktiseer korter as 10 jaar as geneeshere, sewe tussen 11 en 20 jaar, vier tussen 21 en 30 jaar en twee vir 31 jaar en langer. Die meerderheid van respondente, 13 (72,2%) praktiseer al langer as 10 jaar, as geneeshere wat met die ouderdomsverspreiding korreleer, naamlik dat die meeste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

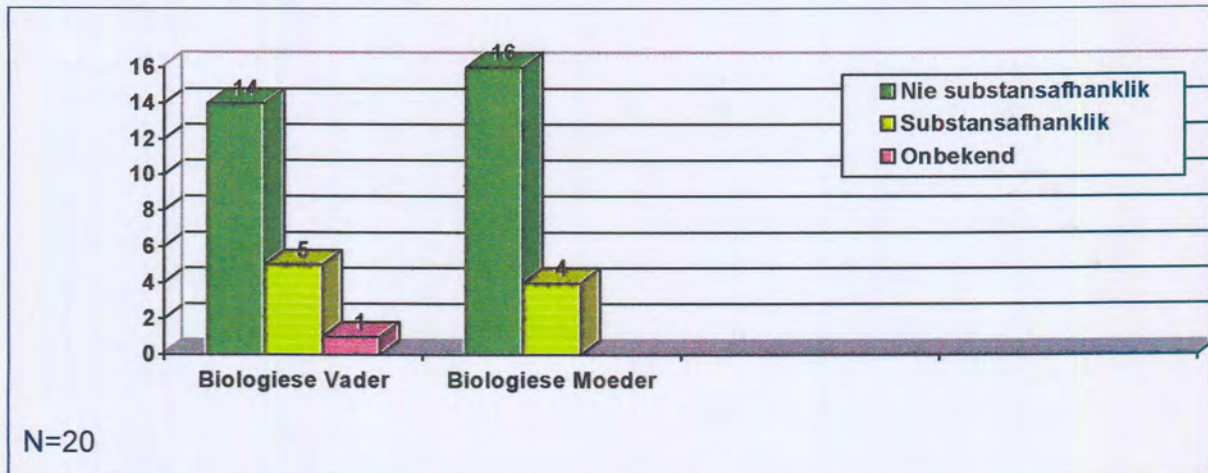
**Figuur 9: Volledigheid van gesin van herkoms**



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 karaktereienskappe 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.

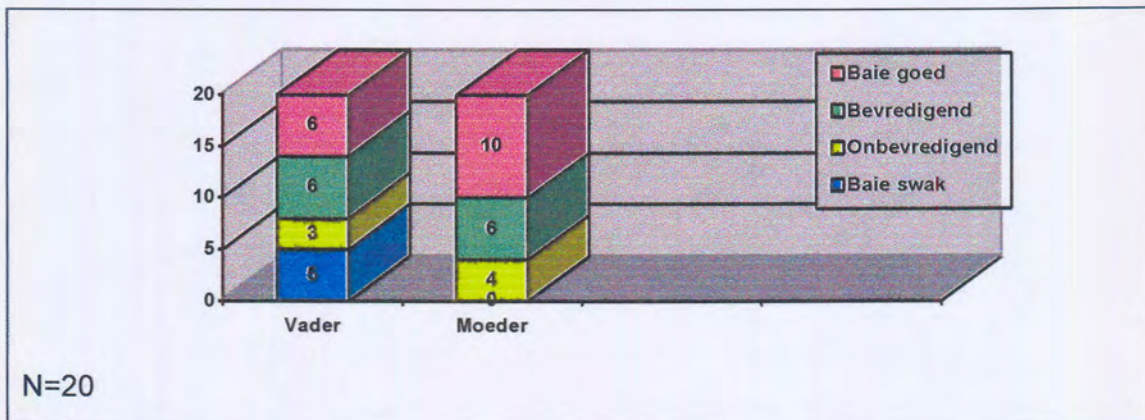
Johnson & Connely (in Nace 1995:69) het in `n ondersoek onder substansafhanklike geneeshere bevind dat 72% ouerlike deprivasie beleef het.

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

<b>Komponente van gesinsverhoudinge</b>	<b>Frekwensie (%) van respondente</b>
<b>Oop en betekenisvolle kommunikasie</b>	10 (50%)
<b>Openheid om emosies uit te druk</b>	11 (55%)
<b>Atmosfeer waarin positiewe selfbeeld en selfvertroue kan ontwikkel</b>	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 sosialiseringprobleme, 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 sosialiseringprobleme, '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.

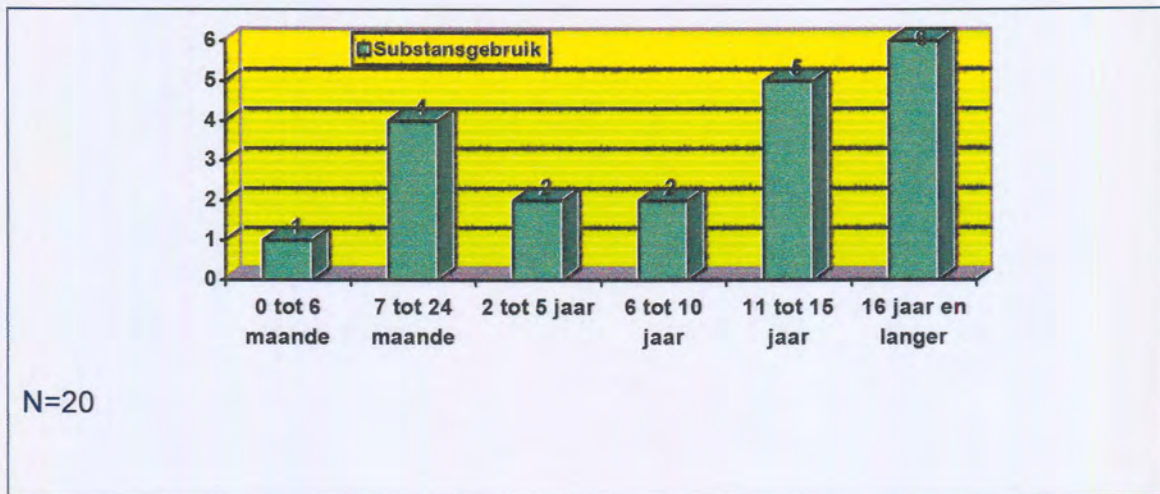
Uitstaande akademiese prestasie speel `n prominente rol in die seleksie van mediese studente, en dit word ook bevestig deur verskeie outeurs (Rosenthal, 1995:2 en Nace 1995:42).

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**

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

<b>Tekens van substansafhanklikheid/al dan nie</b>	<b>Frekwensie N= 20</b>	<b>Persentasie respondente</b>
<b>Tekens van substansafhanklikheid</b>	7	35
<b>Geen tekens van substansafhanklikheid</b>	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 substans**

Die respondente kon veelvuldige wat die positiewe effekte van substans 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.

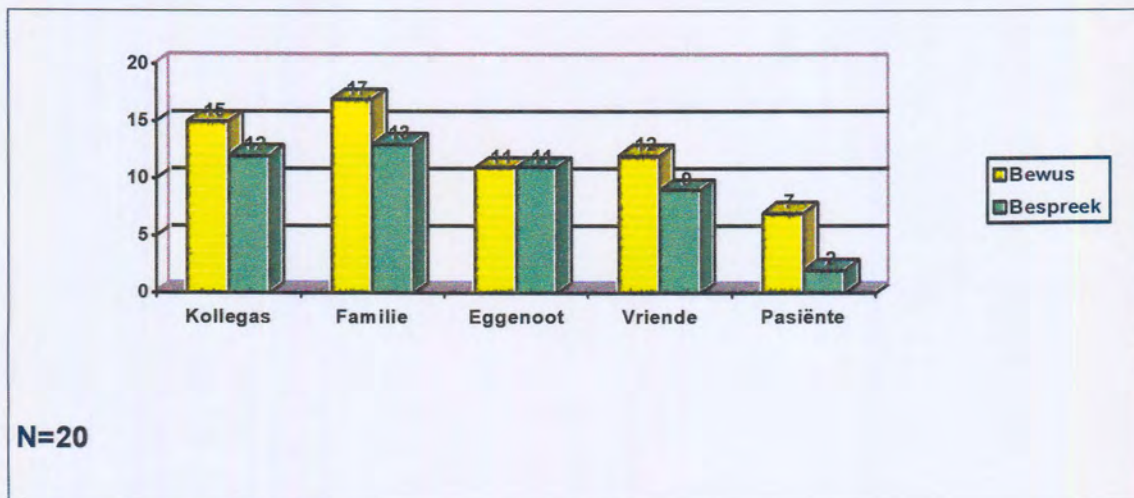
Die misbruik van substans het veelvuldige behoeftes in die respondente se funksionering bevredig, wat intrapsigies en interpersoonlik van aard is. Intrapsigiese redes vir die misbruik van substans was grootliks die verligting van depressie en angs. In navorsing oor substansafhanklike geneeshere en depressie, 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.

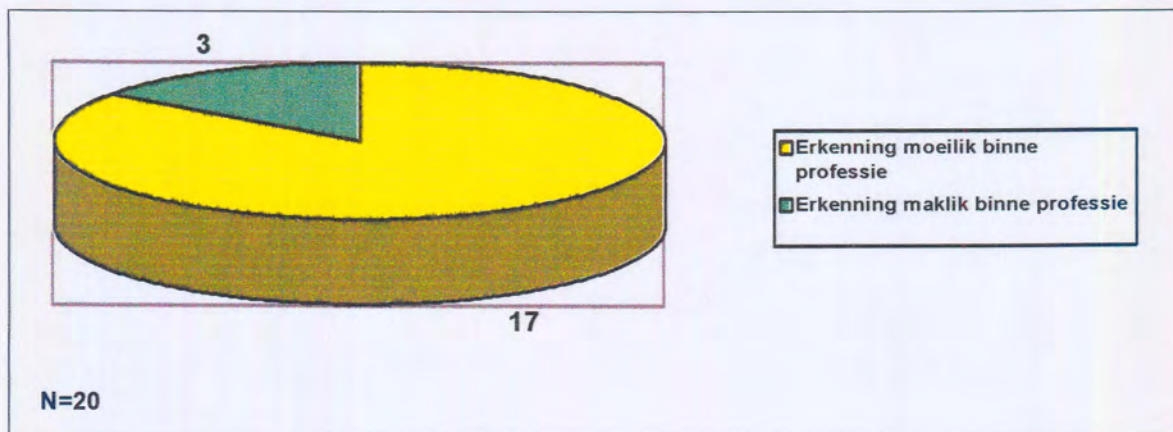
Nace (1995:58) wys daarop dat die eggenote en familielede gewoonlik eerste die impak van die geneesheer se substansafhanklikheid beleef. Baie keer word die substansafhanklikheid van die geneesheer deur familie en gesinne op 'n ekstreme wyse geheim gehou. Die familie se reputasie en finansiële status 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
<b>Sielkundige sessies</b>	12	8	60	40
<b>Psigiatriese sessies</b>	14	6	70	30
<b>Binne-pasiënte in `n kliniek vir substansafhanklikheid</b>	18	2	90	10
<b>Binnepasiënte in `n psigiatriese kliniek</b>	10	10	50	50
<b>Buitepasiënte by `n kliniek vir substansafhanklikheid</b>	9	11	45	55
<b>Buitepasiënte by `n psigiatriese kliniek</b>	8	12	40	60
<b>Inskakeling by ondersteuningsgroepe (NA, AA)</b>	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.

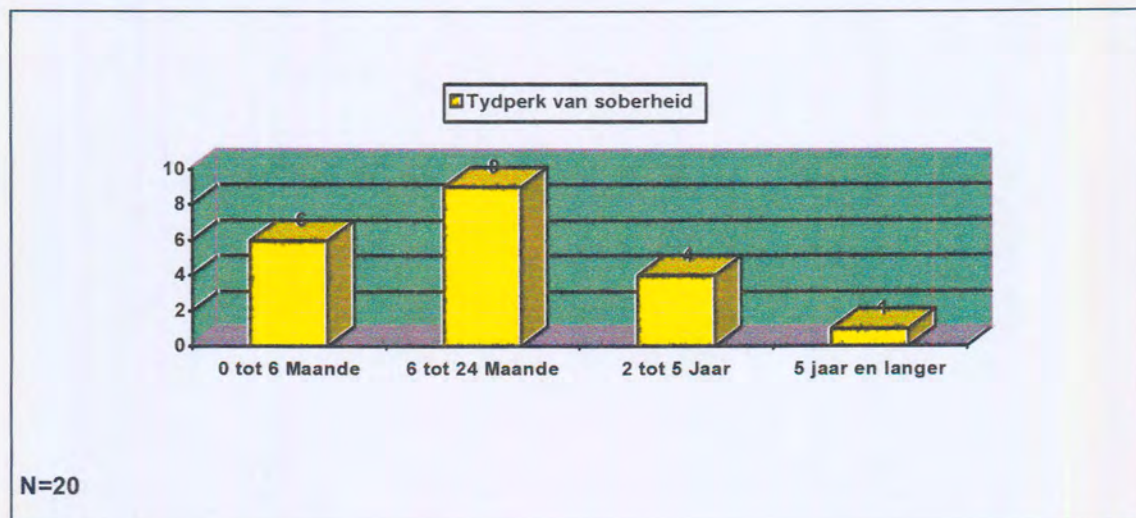
Navorsing toon dat die voorkoms van depressie en angsversteurings tot selfs 60% by substansafhanklikes kan wees (Rotgers, Keller & Morgenstein, 1996:13).

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 ongereelde 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 ongereelde 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.

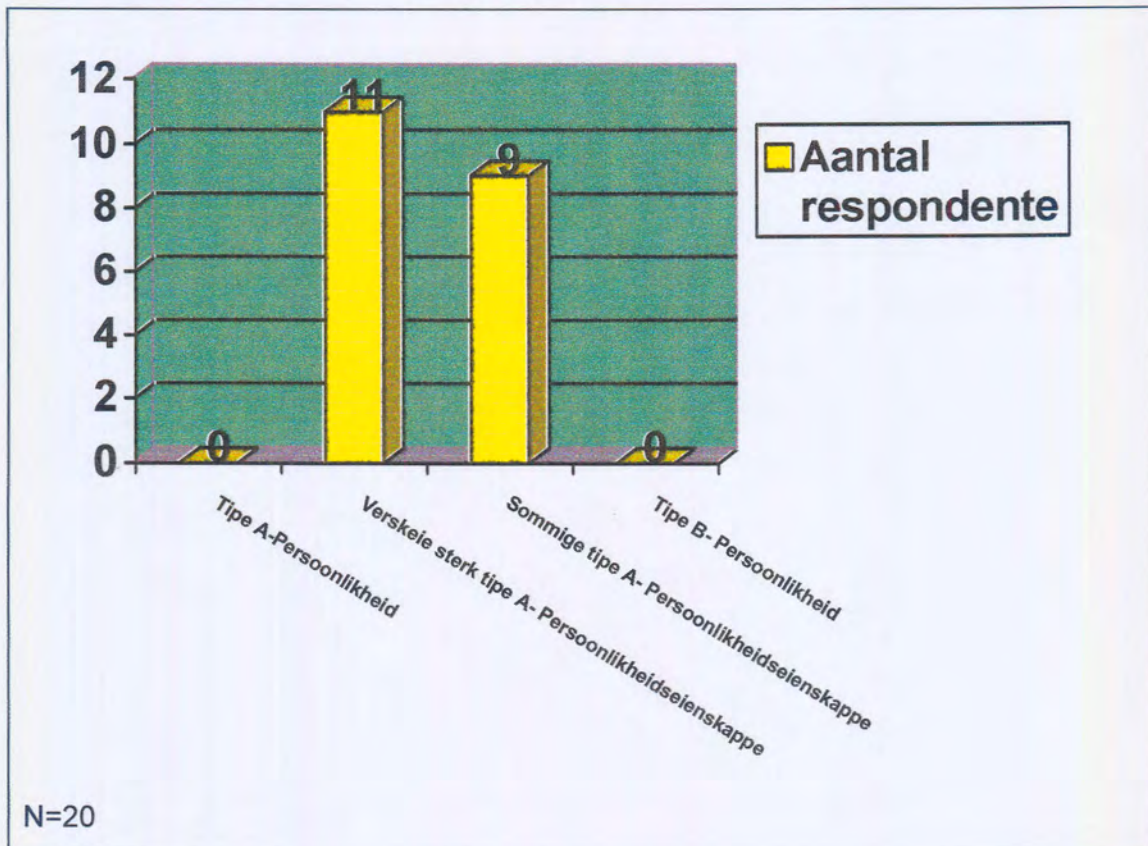
Ander faktore wat deur 7 (53,85%) respondente genoem is, is min persoonlike tyd en tyd vir gesinsontspanning, wat korreleer met 7 (53,85%) respondente wat die belewenis van emosionele stres om beroep en gesinslewe te balanseer, as `n faktor noem. Ses (46,2%) respondente het die eise en bestuur van `n 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).

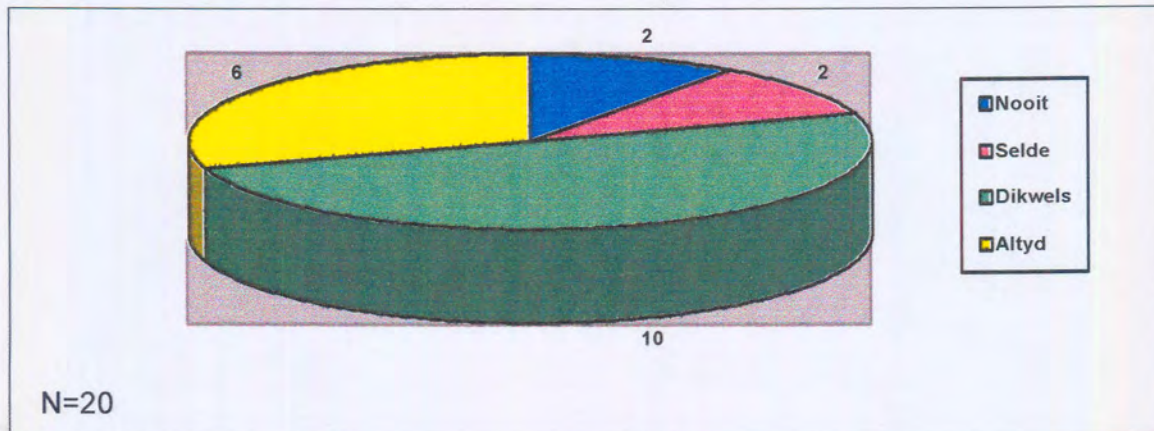
In hierdie ondersoek is dit duidelik dat al die respondente oor tipe A-persoonlikheidseienskappe beskik en stres dus meer intens beleef. Archer (1991:150) maak die stelling dat die tipe A-persoonlikheidseienskappe eerder 'n tendens is waarvolgens persone reageer in verskillende situasies. Onlangse navorsing 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**

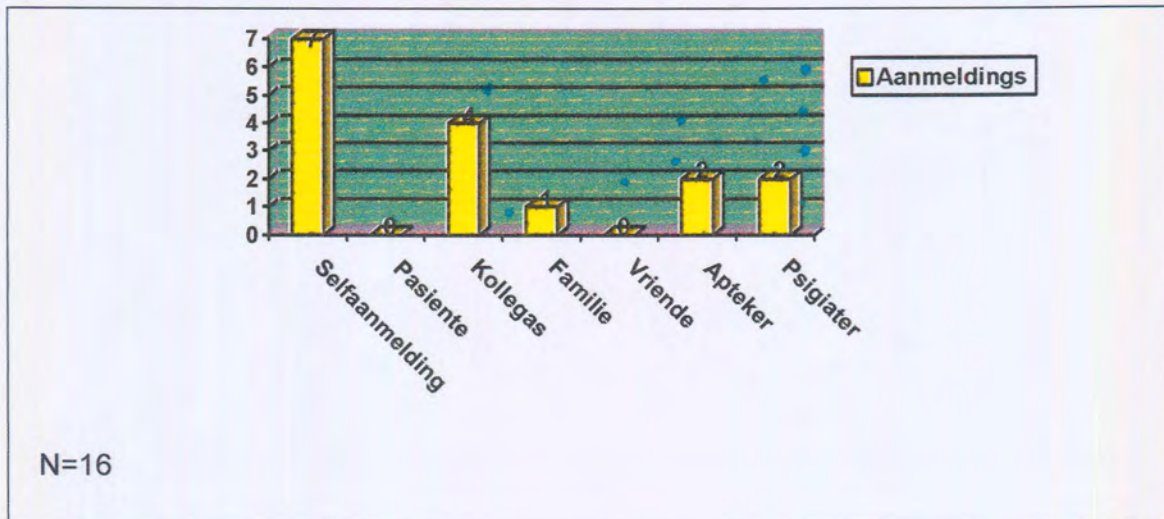


Slegs 2 (20%) respondente beleef nie beroepsbevrediging nie, 10 (50%) respondente beleef dikwels beroepsbevrediging en 6 (30%) beleef altyd beroepsbevrediging. Die meeste respondente, 16 (80%), beleef beroepsbevrediging in die algemeen. Dit is dus duidelik dat die respondente se belewenis van beroepsbevrediging 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.**

<b>Kategorieë</b>	<b>Temas</b>	<b>Subkategorieë</b>
’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 roidentifisering met die vaderfiguur.
’n Beskermende en ondersteunende moederfiguur.	Emosionele afhanklikheid van die moederfiguur.	Sterk roidentifisering 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.

<b>Kategorieë</b>	<b>Temas</b>	<b>Subkategorieë</b>
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 waartoe 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:



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 substans.	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:



- *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> <b>`n Substansafhanklike geneesheer, nog afhanklike van substans, hou `n risiko in vir pasiënte.</b> </p>	<p> <b>Foute met pasiënte kan binne die werkplek begaan word. Indien die geneesheer nog substansafhanklik is, kan dit lewensgevaarlik vir die pasiënt wees.</b> </p>	<p> <b>Swak oordeelsvermoë wat lei tot die maak van foute.</b>  <b>Swak konsentrasie wat lei tot die maak van foute.</b>  <b>Die neem van verkeerde besluite oor die pasiënt se behandeling.</b>  <b>Verkeerde diagnoses kan gemaak word.</b>  <b>Toediening van verkeerde medikasie.</b> </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 agtergekam 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 sedatives" 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 geneesheer 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: Belewenisse van respondente in die rol as pasiënt**

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

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 difficult, 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.**

<b>Kategorieë</b>	<b>Temas</b>
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. Belewens van respondente met betrekking tot onrealistiese verwagtinge en eise van pasiënte**

Kategorieë, temas en subkategorieë van die vyf respondente met betrekking tot hulle belewens 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**

<b>Kategorieë</b>	<b>Temas</b>	<b>Subkategorieë</b>
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 geneeshere 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**

<b>Kategorieë</b>	<b>Temas</b>	<b>Subkategorieë</b>
<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 standaarde 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 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. 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 geneeshere 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 gesinsisteem 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 geneesheer 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 Tandheekkundige 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 erkenning van `n substansprobleem by `n geneesheer.
- `n Verdere realiteit is dat `n geneesheer gestigmatiseer kan word deur die publiek en kollegas indien dit bekend word dat hy/sy `n substansprobleem het. Verwysings kan gestaak word of pasiënte 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 dië 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 geneesher. 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 geneesher 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 geneesheer 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 substansie. 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, streshanteringsvaardighede 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 binnepasiënte-program 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 lewensvaardigheds 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 vertrouwe. 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 tansdie 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