DIE DWELMMIDDELAFHANKLIKE PASIËNT SE BELEWENIS VAN SY HERSTELPROSES NA ONTSLAG EN VOLTOOIING VAN 'n HERSTELPROGRAM

Marinda Overbeeck
D.Cur, Randse Afrikaanse Universiteit

Marie Poggenpoel
Professor, Verpleegkunde, Randse Afrikaanse Universiteit

Antoinette Gmeiner
Mede-professor, Verpleegkunde, Randse Afrikaanse Universiteit
Korresponderende outeur: acg@edcur.rau.ac.za

Sleutelwoorde: Dwelmmiddelafhanklike pasiënt; terugval; herstelprogramme; dwelmmiddel-afhanklikheid; psigiatriese verpleegkundige
Keywords: Drug dependent patient; relapse; recovery programme, drug dependency; psychiatric nurse

OPSOMMING

Dwelmmiddelafhanklikheid word wêreldwyd beskou as een van die hoof geestesgesondheidsprobleme. Dit blyk dat dwelmmiddelafhanklike pasiënte verskeie struikelblokke ervaar in hul strewe na geestesgesondheid. Geestesgesondheid vereis 'n verskuiwing vanaf rigiede gedrag en die daarmee gepaardgaande intellektuele prosesse, na interne prosesse wat saamvloei met 'n verandering in innerlike belewenisse. Die doel van hierdie navorsing is die verkenning en beskrywing van die dwelmmiddelafhanklike persoon se herstelproses ná ontslag en met voltooiing van 'n herstelprogram binne 'n spesifieke privaat rehabilitasiesentrum. Die navorsing was kwalitatief, verkennend, beskrywend en kontekstueel van aard waar van in-diepte, fenomenologiese onderhoude; asook fokus enkelonderhoude gebruik gemaak is om data in te samel. Data is geanaliseer deur die toepassing van Tesch se beskrywende metode waar al die data in agt stappe geanaliseer is. Veldnotas is ook geneem en saam met die data geanaliseer. Daarna is 'n literatuurkontrole uitgevoer om data te valideer en te rekontekstualiseer. Guba en Lincoln se vertrouenswaardigheidsmodel is nagevolg om die vertrouenswaardigheid van die navorsing te verseker en daar is ook voldoen aan streng etiese maatreëls, aangesien dit 'n baie sensitiewe navorsingsonderwerp behels. Die temas wat geïdentifiseer is, dui daarop dat daar struikelblokke sowel as fasiliterende elemente bestaan in die dwelmmiddelafhanklike pasiënte se belewenis van hul herstelproses en dat die struikelblokke aangespreek moet word deur die mobilisering van hulpbronne in hierdie herstelproses. Dit dra weer by tot die fasilitering van lewenslange onthouding.

SUMMARY

Drug dependency is acknowledged worldwide as one of the major mental health problems. It seems that drug dependent patients experience various obstacles in striving after mental health. The recovery process requires a shift from the rigid behaviour and intellectual processes that accompany them, to internal processes accompanied by a change in inner experiences. The objective of this research was to explore and describe the drug dependent person's recovery process after discharge, and the completion of a recovery programme within a specific private rehabilitation centre. The research design was qualitative, explorative, descriptive and contextual in nature. In-depth, phenomenological interviews, as well as focused individual interviews, were conducted to gather data. Data was analysed using Tesch's descriptive method, where all the data were analysed in eight steps. Field notes were taken and analysed together with the data. A literature control was then done to validate and recontextualise the data. Guba and Lincoln's model for trustworthiness was applied to ensure the trustworthiness of the research and strict ethical measures were adhered to, since the research addressed a very sensi-

tive topic. The themes identified indicate obstacles, as well as facilitating elements, in the drug dependent patients' experience of their recovery processes and these obstacles should be addressed by mobilising resources during the recovery process. This could facilitate life-long abstinence.

AGTERGROND EN RASIONAAL

Dwelmmiddelafhanklikheid word wêreldwyd beskou as een van die hoof geestesgesondheidsprobleme (Stoppard, 2000:6-7). Met die integrasie van verskillende bevolkingsgroepe, verskillende kulturele waardes en opvallende verskille in sosio-ekonomiese ontwikkeling, toon die Suid-Afrikaanse samelewing selfs 'n meer komplekse patroon as die meeste ander lande. Dwemmiddelafhanklikheid binne die Suid-Afrikaanse konteks is 'n komplekse en omvangryke probleem (De Miranda, 1987:12).

Frankl (1967:17; 1979:34) koppel gebrek aan sin in die individu se subjektiewe ervaring van lewe aan hoë vlakke van interne frustrasie en dit lei gevolglik tot struikelblokke in so 'n persoon se strewe na heelheid. Sekere individue kan dan dwelmmiddels as 'n maklike uitweg beskou om die struikelblokke aan te spreek, en die intense ervaring van frustrasie kan gevolglik lei tot die komplekse proses van dwelmmiddelafhanklikheid.

Dit blyk dat die dwelmmiddelafhanklike pasiënt nie daartoe in staat is om doelwitte te bepaal en te bereik nie, wat moontlik verband hou met 'n vrees vir mislukking en aanvaarding. Daar is dus 'n gevoel van verlies aan beheer (Steyn, 1991:65). Deur die misbruik van dwelmmiddels word die gevoel van gebrek aan beheer versterk. Die dwelmmiddelafhanklike pasiënt beskou hom-/haarself nie as 'n unieke individu nie, maar slegs as deel van 'n persoonlike onvoltooide lewensproses (Steyn 1991:98). Hierdie subjektiewe ervaring van 'n onvoltooide lewensproses staan moontlik in noue verband met die ervaring van struikelblokke in die strewe na heelheid (Steyn, 1991:99).

Daar is verskeie teoretiese beskouings ten opsigte van dwelmmiddelafhanklikheid as verskynsel waar die mediese model gebaseer is op die aanname dat afhanklike gedragspatrone gerig word op 'n onderliggende fisiese afhanklikheid (Rivers & Bae, 1998:183-185).Fokus word gerig op die predisponerende fisiologie wat as geneties oordraagbaar aanvaar word. Hierdie siening ontneem egter die dwelmmiddelafhanklike persoon van die aanvaarding van persoonlike verantwoordelikheid en morele bewustheid.

Daarenteen beskryf die sosiale leerperspektief afhanklike gedrag as die verteenwoordiging van slegte gewoontes. Afhanklike gedrag word gesien as aangeleerde gewoontes wat geanaliseer en gewysig kan word (Rivers & Bae, 1998:184). Die aanleer van vaardighede en kognitiewe strategieë kan die proses van afhanklikheid verander in gedrag wat beheer kan word deur hoër kognitiewe prosesse wat bewustheid en verantwoordelike probleemoplossings-metodes insluit.

Die herstelproses vereis 'n verskuiwing vanaf rigiede gedrag en die daarmee gepaardgaande intellektuele prosesse, na interne prosesse wat saamvloei met 'n verandering van innerlike belewenisse. Die mobilisering van interne, sowel as eksterne hulpbronne tydens die dwelmmiddelafhanklike pasiënt se interaksie met sy interne en eksterne omgewings vind moontlik minder effektief plaas tydens binnehospitaalbehandeling, en word gevolglik nie effektief deurgevoer na ontslag nie. Die gebrek aan die daarstelling van 'n basis vir doeltreffende nasorg blokkeer moontlik die dwelmmiddelafhanklike pasiënt se strewe na heelheid. Dit is dus belangrik dat die dwelmmiddelafhanklike pasiënt se belewenis van sy herstelproses na ontslag verken en beskryf word. Sodoende kan hulpbronne in hierdie herstelproses gemobiliseer word.

PROBLEEMSTELLING

Die navorser het in die praktyk opgemerk dat alhoewel daar verskeie binnehospitaalprogramme vir dwelmmiddelafhanklike pasiënte bestaan, die sukses van hierdie programme ten opsigte van die individu se strewe na fisieke-, psigiese- en geestelike heelheid, bevraagteken word. Die mobilisering van hulpbronne tydens die dwelmmiddelafhanklike pasiënt se interaksie met sy interne en eksterne omgewings vind oënskynlik nie genoegsaam plaas ten einde na ontslag deurgevoer te word nie.

Doeltreffende opvolg en nasorg is nie beskikbaar vir pasiënte nie. Terugval is 'n algemene verskynsel.

Gevolglik het die volgende navorsingsvraag vir hierdie projek ontstaan: Hoe beleef die dwelmmiddelafhanklike sy/haar herstelproses na ontslag en met voltooing van 'n herstelprogram?

DOELSTELLING

Die verkenning en beskrywing van die dwelmmiddelafhanklike pasiënt se belewenis van sy herstelproses na ontslag en met voltooiing van 'n herstelprogram.

PARADIGMA EN DEFINISIES VAN TOEPASSING

Hierdie navorsing is binne die konteks van Verpleegkunde uitgevoer. Gevolglik is die Verplegingsteorie vir Mensheelheid as oorkoepelende verpleegteorie gekies (Randse Afrikaanse Universiteit, 2000:1-36). Die teorie reflekteer die individu as heelpersoon: liggaam, psige en gees, in sy/haar voortdurende strewe na heelheid (geestesgesondheid). Die dwelmmiddelafhanklike pasiënt is dus 'n geestelike wese wat op 'n geïntegreerde biopsigososiale wyse funksioneer ten einde sy strewe na heelheid te verwesenlik. Hy/sy tree as geheel met sy interne en eksterne omgewings in interaksie (Randse Afrikaanse Universiteit, 2000:1-36). Die interne omgewing is liggaamlik, psigies en geestelik van aard, terwyl die eksterne omgewing fisiek, sosiaal en geestelik is.

Vervolgens word die belangrikste konsepte waarna in hierdie navorsing verwys word, gedefinieer:

Psigiatriese verpleegkundige

Die psigiatriese verpleegkundige is 'n professionele individu wat opgelei is ten einde hom/haar in staat te stel om op 'n doelgerigte wyse in interaksie te tree met 'n pasiënt om hom/haar te help om sy/haar omgewingshulpbronne te fasiliteer in sy/haar strewe na geestesgesondheid as integrale deel van gesondheid (heelheid) (Poggenpoel, 1992:13).

Sinbelewenis

Sinbelewenis is die ervaring van betekenisvolheid van lewe ten opsigte van uniekheid. Sinbelewenis is spesifiek tot elke individu en word deur die individu ontdek as transendentale entiteit. Die aanvaarding van verantwoordelikheid om waarde en betekenis in optredes te aktualiseer, is betekenisvolle elemente binne hierdie begrip. Sinbelewenis behels die afwesigheid van 'n eksistensiële vakuum en lê in die betekenis wat die individu aan die lewe toeskryf en nie soseer in wat die lewe aan die individu bied nie (Frankl, 1989:35).

Die pasiënt sinoniem aan die dwelmmiddelafhanklike pasiënt

In hierdie navorsing is die pasiënt die individu wat 'n gebrek aan hulpbronne ervaar in sy strewe na heelheid. Die pasiënt poog om sin in die lewe te ervaar deur dwelmmiddels as hulpbron, en benodig behandeling vir die mobilisering van effektiewe hulpbronne.

Herstel

In hierdie navorsing verwys herstel na die proses waardeur struikelblokke oorkom en hulpbronne gemobiliseer word in die pasiënt se strewe na heelheid. Vir die doel van hierdie navorsing word rehabilitasie, tersiêre voorkoming en herstel as sinonieme gebruik.

Terugval

Terugval verwys na die pasiënt se onvermoë om struikelblokke in sy strewe na heelheid te oorkom, moontlik as gevolg van die gebrek aan sinvolle mobilisering van hulpbronne. Die pasiënt keer terug na die gebruik van dwelmmiddels as hanteringsmeganisme in die afwesigheid van effektiewe hulpbronne.

Belewenis

In die navorsing verwys belewenis na 'n ervaring van 'n besondere aard wat die totale leefwêreld van 'n persoon insluit.

Herstelprogramme

Herstelprogramme verwys na gestruktureerde interaksie wat as hulpmiddel toegepas word in rehabilitasiesentra ten einde die dwelmmiddelafhanklike pasiënt se funksionering op interne en eksterne vlakke te mobiliseer in sy strewe na heelheid.

Hulpbronne

Hulpbronne verwys na wyses fasiliterend tot die bevordering, handhawing en herstel van die dwelmmiddelafhanklike pasiënt se geestesgesondheid as integrale deel van sy strewe na heelheid. Interne hulpbronne verwys na die dwelmmiddelafhanklike pasiënt se moontlike liggaamlike-, psigiese- en geestelike ondersteuning, terwyl eksterne hulpbronne moontlik fisiek, sosiaal en geestelik kan wees.

Fasilitering

Fasilitering verwys na die proses waar die psigiatriese verpleegkundige 'n klimaat skep vir die dwelmmiddelafhanklike pasiënt vir die identifisering en mobilisering van sy/haar hulpbronne tydens sy/haar herstelproses van geestesgesondheid as integrale deel van sy/haar strewe na heelheid.

Dwelmmiddelafhanklikheid

Bine die konteks van hierdie navorsing is dwelmmiddelafhanklikheid die groepering van faktore wat die individu, gesin of gemeenskap se funksionering op fisieke-, psigiese-, geestelike- en sosiale vlakke belemmer, en gevolglik sy strewe na heelheid blokkeer. Die afwesigheid van hulpbronne tydens die dwelmmiddelafhanklike pasiënt se interaksie met stresfaktore tydens sy strewe na heelheid, het belemmerende kontrole van psigo-aktiewe substansgebruik tot gevolg (Overbeeck, 1995:19).

NAVORSINGSONTWERP EN –METODE

Die navorsing is kwalitatief, verkennend, beskrywend en kontekstueel (Mouton & Marais, 1992:45, 175; Mouton, 1996:103-169) en daar is van in-diepte fenomenologiese en fokus enkelonderhoude gebruik gemaak om data in te samel. Sodoende word insig verkry in die dwelmmiddelafhanklike pasiënt se belewenis van sy herstelproses na ontslag met die voltooiing van 'n herstelprogram, asook die dwelmmiddelafhanklike pasiënt se opinie van fasiliterende elemente en struikelblokke ná ontslag uit 'n rehabilitasiesentrum.

Vervolgens sal steekproeftrekking, data-insameling, data-analise en literatuurkontrole bespreek word. Maatreëls vir vertrouenswaardigheid, asook etiese maatreëls sal kortliks bespreek word.

Steekproef

Die steekproef is doelgerig geneem (Burns & Grove, 1994:56) vanuit 'n populasie van dwelmmiddelafhanklike pasiënte binne 'n spesifieke privaat dwelmmiddelrehabilitasiesentrum binne Gauteng. Die deelnemers het almal aan die volgende steekproefkriteria voldoen:

- Almal was dwelmmiddelafhanklike pasiënte wat reeds die rehabilitasieprogram as binnehospitaalpasiënte by 'n geregistreerde rehabilitasiesentrum voltooi het. Al hierdie pasiënte was tydens die uitvoer van hierdie navorsing beskikbaar en het toestemming gegee tot deelname. Hulle was almal reeds uit die rehabilitasiesentrum ontslaan. (Een tot twee weke).
- Al die deelnemers het skriftelik toestemming ter bevestiging van hul deelname aan die navorsing onderteken.
- Manlike, sowel as vroulike pasiënte ouer as agtien jaar was by die seleksie ingesluit.
- Steekproef het as volg daaruit gesien: Die deelnemers was drie manlike pasiënte en drie vroulike pasiënte, tussen die ouderdom van twintig en drie-en-vyftig (53) jaar wat vrywillig aan die navorsing deelgeneem het. Al die deelnemers het die dwelmrehabilitasie program as binne-pasiënte binne die spesifieke kliniek voltooi. Twee deelnemers is getroud, een is geskei, die ander een is midde in 'n skeiproses, een is enkel en die ander een 'n weduwee. Vier deelnemers handhaaf 'n gemiddelde sosio-ekonomiese status en die ander ervaar finansiële probleme.

Data-insameling

Data is ingesamel deur middel van fenomenologiese onderhoude (Kvale, 1996:81-107) waarin die belewenis van die dwelmmiddelafhanklike pasiënt van sy herstelproses ná ontslag uit die rehabilitasiesentrum beskryf is.

Een sentrale vraag is gestel, naamlik: "Beskryf u belewenis van u herstelproses na u ontslag uit die rehabilitasiesentrum in al die dimensies van u menswees."

Die navorser het 'n konteks daargestel waar deelnemers spontaan en vrylik hul belewenisse kon deel. Nie-direktiewe kommunikasietegnieke is gebruik, soos opklaring, minimale verbale respons, parafrasering, ondersoek, opsomming en nie-verbale response (Wilson & Kneisl, 1996:110-131).

Gedurende die onderhoude het die navorser ook van "bracketing" en "intuiting" gebruik gemaak waar die navorser enige vooropgestelde idees eenkant geplaas het en slegs gefokus het op die belewenis van die respondente. Onderhoude is gevoer totdat data versadig was deurdat herhalende temas na vore gekom het. In kwalitatiewe navorsing word data versadiging aangedui deur temas wat herhaal en níé die grootte van die steekproef nie (Polit & Hungler, 1995:198).

Fokus enkelonderhoude is ook met elk van die deelnemers gevoer om hulle mening te verken ten opsigte van fasiliterende elemente en struikelblokke na ontslag uit die rehabilitasiesentrum. Die volgende vrae is tydens die onderhoude gevra:

- "Watter positiewe aspekte het u tydens u herstelproses na ontslag uit die rehabilitasiesentrum beleef?"
- "Watter probleme het u na ontslag ondervind?"

Alle onderhoude is op oudioband opgeneem en so gou moontlik getranskribeer vir analise. Veldnotas is na afloop van elke onderhoud geneem, en het betrekking op nie-verbale kommunikasie, die gemak waarmee die onderhoud gevoer is en die navorser se subjektiewe indrukke ten opsigte van die onderhoud. Die veldnotas sluit ook die navorser se ervaring van elke onderhoud in (Wilson, 1989:436-438).

Data-analise

Al die data van die fenomenologiese, sowel as die fokus enkelonderhoude, is geanaliseer deur van Tesch (in Creswell, 1994:154-156) se metode van beskrywende data-analise gebruik te maak. 'n Onafhanklike kodeerder, wat 'n kenner op die gebied van kwalitatiewe data-analise is, het die data onafhanklik gekodeer (Creswell, 1994:158; Krefting, 1991:216). Konsensusgesprekke is gevoer totdat geïdentifiseerde temas gefinaliseer is. 'n Literatuurkontrole is hierna uitgevoer om resultate te verifieer en te rekontekstualiseer (Morse & Field, 1996:106).

Vertrouenswaardigheid

Guba se strategieë (Lincoln & Guba, 1985:290-327) om vertrouenswaardigheid in kwalitatiewe navorsing te verseker, is gebruik. Dit sluit in geloofwaardigheid, oordraagbaarheid, vertroubaarheid en bevestigbaarheid. Strategieë om geloofwaardigheid te verseker, het ingesluit verlengde betrokkenheid in die veld, die neem van veldnotas, verskillende data-insamelingsmetodes, die outoriteit van die navorser, triangulasie, verifiëring van data en strukturele koherensie. Oordraagbaarheid is verseker deur 'n digte/ryk beskrywing van die data, sowel as doelgerigte steekproefneming. Vertroubaarheid is verseker deur 'n digte beskrywing van die metode van data-insameling, data-analise en data-interpretasie. Laastens is bevestigbaarheid verseker deur die hele navorsingsproses, eksterne kodeerder, refleksiewe analise en triangulering te ouditeer.

Etiese maatreëls

Daar is streng aan die etiese maatreëls voldoen soos gestel deur DENOSA (Demokratiese Verplegings-vereniging van Suid-Afrika). Dit sluit in die streng standaarde ten opsigte van kwaliteit navorsing, ingeligde toestemming en anonimiteit van alle deelnemers, konfidensialiteit van alle inligting, beskerming van alle deelnemers teen skade en die verskaffing van terugvoer aangaande resultate aan alle deelnemers (DENOSA, 1998:1-8).

BESPREKING VAN RESULTATE

Data was versadig ná in-diepte fenomenologiese en fokus enkelonderhoude met ses dwelmmiddel-afhanklike deelnemers.

Die resultate is bespreek aan die hand van tabel 1, waar die kategorieë en subkategorieë duidelik uiteengesit word, met direkte aanhalings van deelnemers. Daarna word 'n literatuurkontrole, met gebruik van klassieke bronne, geïntegreer.

Tabel 1: Dwelmmiddelafhanklike pasiënte se belewenis van hul herstelproses

1. Belewenis van herstelproses.	**Positiewe belewenisse** • Positiewe fisiese belewenis tydens herstelproses. • Herstelproses lei tot insig en interne lokus van beheer. • Verligting rondom die feit dat verslawing binne beheer is. • Sinbelewing rondom geestelike verryking. • Positiewe gesinsverhoudinge as uitvloeisel van herstelproses.
	Negatiewe belewenisse • Vrees vir mislukking rondom gebrek aan lewensvaardighede. • Gevoelens van angs en onsekerheid veroorsaak interne konflik. • Onvermoë om persoonlike verantwoordelikheid te aanvaar lei tot verlies aan beheer. • Onvermoë om realistiese verwagtings te stel lei tot vrees vir mislukking.
2. Dwelmmiddelafhanklike pasiënte se mening aangaande fasiliterende elemente sowel as struikelblokke ná ontslag.	**Fasiliterende elemente** • Positiewe gevoelens. • Aanleer van meer effektiewe hanterings-meganismes en aanvaarding van verant-woordelikheid. • Interne motivering. • Geestelike verryking. • Uitbreiding van sosiale netwerke en onder-steuningstelsels. • Dwelmvrye leefomgewing.
	Struikelblokke • Eksterne druk en onrealistiese verwagtings na ontslag. • Gebrek aan genoegsame ondersteuning.

BELEWENIS VAN HERSTELPROSES

Die deelnemers se belewenis van hul herstelproses blyk hoofsaaklik intern gefokus te wees. Daar is soms ambivalente gevoelens wat wissel tussen positief en die bevraagtekening van eie vermoëns. Vervolgens sal die positiewe, gevolg deur die negatiewe belewenisse bespreek word:

Positiewe belewenisse

Positiewe fisiese belewenisse

Deelnemers beskryf 'n gevoel van fisiese bevryding en dat hulle op fisiese vlak meer ontspanne en in kontak met hul liggame voel. Fisieke welsyn is 'n belangrike komponent van die herstelproses. *"Ek wil definitief volgende maand by die gym aansluit". "… as mens ook liggaamlik gesond voel, sal dit bydra, daai ekstra, om my beter te laat voel".*

Gerstein en Lewin (1990:844) en Heck en Volite (1998:128) bevestig dat die herstelproses gepaardgaan met fisieke welstand wat gesonde voedingspatrone en fisiese aktiwiteite insluit en dat hierdie aspekte beslis aangespreek moet word tydens, en as deel van, die herstelproses.

Herstelproses lei tot insig en lokus van beheer

Deelnemers beskryf 'n proses waardeur hulle gaan en hulle begin verantwoordelikheid aanvaar vir die feit dat hulle dwelmmiddelafhanklikheid nie ekstern kan blameer nie. Hulle ervaar die herstelproses as 'n dinamiese groeiproses. *"Ek wou nie dat drank my beveel nie… nou het ek nie meer die behoefte nie. Ek kan sonder dit klaarkom". "Ek is nou in beheer daarvan… ek verwerp die aanname: Eenmaal 'n alkoholis, altyd 'n alkoholis… ek moet die wortel soek, die redes, en ek wil vir myself sê: "I maintain there is a reason." As ek die rede kan help wegvat, sal ek gesond wees, dis waaraan ek werk".*

Wing (1998:198) beskryf dat die effektiwiteit van behandeling bepaal kan word deur die beheer wat die persoon self kan neem. Dit is beheer tot verandering in gedrag, leefwyse en kwaliteit van lewe na aanleiding van wat elke dwelmmiddelafhanklike pasiënt as belangrik ag in sy/haar eie herstelproses.

Herstel van die potensiaal begin wanneer die eerste tekens van hoop dat die lewe "anders" kan wees ontstaan. So sien die dwelmmiddelafhanklike dat daar sin en betekenis in sy lewe is en dat daar 'n doel met sy/haar bestaan is. Dit is nóú gekoppel aan interne lokus van beheer (Burling, Reilly, Moltzen & Ziff, 1989:354).

Verligting rondom die feit dat die verslawing binne beheer is

Die ervaring van 'n gevoel van verligting word herhaaldelik deur deelnemers beskryf. Verligting word ervaar wanneer hul insig ten opsigte van dwelmmiddelafhanklikheid verdiep. Dit verskaf ook toenemende deursettingsvermoë in die proses. Die besef dat hulle oor die vermoë beskik tot interne lokus van beheer, laat 'n gevoel van intense verligting en blydskap. *"Ek is baie bly dat ek besluit het dit sal nie weer met my gebeur nie, ek is nou in beheer."*

'n Positiewe verhouding met die self word as 'n belangrike aspek tydens die herstelproses ervaar. Hoe meer positief die dwelmmiddelafhanklike persoon, hoe makliker voel hulle "in beheer" (Taylor & Del Pilar, 1992:897). Haines (1987:108) sluit aan by die ervaring van positiewe gevoelens deur te beskryf hoe die dwelmmiddelafhanklike pasiënt bewus word van sy/haar denkprosesse wanneer hy/sy hom-/haarself in hierdie situasie bevind. Hy/sy moet leer om besluite te oorweeg en te neem. Verder meen Heck en Volite (1998:125-127) dat die hele herstelproses 'n groeiproses is waardeur betekenis en positiewe gevoelens bekom word.

Sinsbelewing rondom geestelike verryking

Deelnemers beskryf 'n ervaring van geestelike verdieping en verryking. Dit word ook gekoppel aan die feit dat totale onthouding verband hou met hul verhouding met God. Hierdie verhouding gee aan hulle sin en betekenis in hul lewe en help hulle deur die herstelproses. *"Dit is slegs deur God se genade dat ek aanvanklik die probleem kon identifiseer en kon sê ek is 'n alkoholis… die* ***enigste*** *ding wat my weer sal laat drink, is as ek my God-mens verbintenis breek."*

Die aanvaarding van verantwoordelikheid vir eie dade is 'n basiese Christelike beginsel. Die mees vervulde mens is die individu wat interafhanklik lewe en wat bevredigend binne sy/haar omgewing as geheel funksioneer, met die klem op verhoudings van wedersydse gee en neem (Pott, 1990:67). Hierdie sinsbelewenis is ook direk gekoppel aan selfbeeld en Burling *et al.* (1989:354) het in hul studie gevind dat dwelmmiddelafhanklike pasiënte, wat 'n positiewe selfdoeltreffendheid ervaar, uiteindelik tot 'n meerdere mate in staat is tot selfonthouding. Die dwelmmiddelafhanklike pasiënt ervaar dat hy/sy nie die bron van eie krag is nie, maar aanvaar 'n Hoër Mag as bron van eie krag wat die kwaliteit van sy/haar herstel verryk.

Positiewe gesinsverhoudinge as uitvloeisel van herstelproses

Die intense geestelike belewenis van baie van die respondente is nou gekoppel aan die belewenis dat hulle baie harder werk aan die instandhouding van positiewe gesinsverhoudinge. Hierdie positiewe verhouding blyk 'n uitdaging en motivering te wees tydens die herstelproses. *"My verhouding, na baie harde werk, is nou baie lekkerder". "Iets wat my baie na aan die hart lê is my kinders se ondersteuning. Die begrip, ondersteuning en insig van ander in my werksomgewing is belangrik vir my herstel".*

Gerstein en Lewin (1990:847) is van mening dat probleme wat dwelmmiddelafhanklikheid voorafgaan, of wat as 'n oorsaak aanvaar word, met verwysing na disintegrasie van die gesin of gebrek aan wettige beroepsvaardighede, voortgesit word tensy spesifieke dienste verskaf word om hierdie probleemareas te herstel. Faktore soos 'n ondersteunende gesin, sal hierdie ingrepe tot 'n mindere mate benodig en indien gesinsondersteuning sterker is, is die moontlikheid van terugval ook minder. Schnoll en Karan (1990:2682) sluit hierby aan deur te sê dat gesinne wat ondersteunend is, bydra tot 'n suksesvolle herstelproses. Ufema (1992:26) sê spesifiek dat hierdie herstelproses sekere strukture en perke binne gesinsverband stel en dat intieme gesinsverhoudinge verbeter.

Negatiewe belewenisse

Vervolgens word die negatiewe belewenisse van die dwelmmiddelafhanklike pasiënte bespreek.

Vrees vir mislukking met betrekking tot 'n gebrek aan lewensvaardighede

Dwelmmiddelafhanklike pasiënte ervaar 'n vrees vir mislukking omdat hulle gebrekkige vertroue in eie vermoëns het. Hulle ervaar 'n groeiende bewuswording van gebrek aan effektiewe lewensvaardighede, omdat hulle besef dat hulle dwelmmiddels as probleemoplossingsmetode gebruik het. *"I feel lost. People put so much nonsense in your head, you don't know who the hell you are anymore. I find it difficult to cope with the outside world. I can't relate to the outside world and social standards – everything society has built". "It's been hell, staying away from alcohol, I've been holding on for dear life".*

Gevoelens van angs en onsekerheid veroorsaak interne konflik

Die belewenis van die herstelproses word beskryf in terme van die vrees en angs wat onsekerheid tot gevolg het. Hulle voel bang en desperaat oor die totale afwesigheid van dwelmmiddels in die onmiddelike leefomgewing en weet nie of hulle dit sal kan hanteer nie. Dit sluit nou aan by die vorige subkategorie, waar gevoelens van onsekerheid moontlik die gevolg is van 'n gebrek aan effektiewe lewensvaardighede. Hierdie pasiënte is angstig om buite die hospitaal te funksioneer, moontlik omdat daar steeds 'n dringende behoefte aan dwelmmiddels bestaan. *"Daar's nie baie om te sê nie… dis vir my moeilik daarbuite, moeilik om te cope".*

In 'n studie gedoen deur Taylor en Del Pilar (1992:897) is die verhouding tussen selfbeeld, angs en vrees en dwelmmiddelafhanklikheid ondersoek. Daar is 'n positiewe verband tussen vrees en angs en dwelmmiddelafhanklikheid. Hierdie navorsers meen dat die bevindinge effektief gebruik kan word ten einde rigting te gee aan pogings tydens herstel, met spesifieke verwysing na meer effektiewe streshantering en lewensvaardighede. Logan (1993:291) is van mening dat vrees as struikelblok beskou kan word ten opsigte van doelwitbereiking tydens die herstelproses. Hierdie vrees sluit vrees vir mislukking in.

Interne konflik word ervaar as gevolg van gevoelens van skuld en skaamte, en dit is ook 'n bedreiging en struikelblok vir volgehoue onthouding (Haines,

1987:106). Allgulander, Borg en Vikander (1984:1581) het in 'n studie bevind dat simptome van angs, onsekerheid, depressie en skuldgevoelens nadelig is vir die herstelproses en pro-aktief aangespreek moet word.

Onvermoë om persoonlike verantwoordelikheid te aanvaar lei tot verlies aan beheer

Dwelmmiddelafhanklike pasiënte ervaar ambivalente gevoelens rondom beheer. Aan die een kant is daar die ervaring van "in beheer wees" en aan die ander kant "verlies aan beheer". Dit dra ook by tot angs en onsekerheid. Soms gebeur dit dat hulle voel dat hulle in beheer is van hulle dwelmmiddelafhanklikheid en die volgende dag of oomblik ervaar hulle weer totale verlies aan beheer. Die verlies aan beheer en onvermoë om persoonlike verantwoordelikheid te aanvaar, veroorsaak ook 'n mate van afhanklikheid. *"I bought a cake, then dropped it, then I … oh… you know, everything just fell apart again… I'm just off track completely. It's hard for me when I do stupid things".* "*I've been picking myself up again and again, and then somebody comes along and sweeps the carpet out from under my feet".*

Chiauzzi (1989:18) en Craig en Olson (1992:198-199) beskryf die onvermoë van die dwelmmiddelafhanklike persoon om verantwoordelikheid te aanvaar deurdat hulle weerstand bied teen reëls en norme, en hulle poog om beheer uit te oefen in interpersoonlike verhoudinge deur manipulerende en aggressiewe gedrag.

Voordat hulle nie persoonlik kan leer om wel verantwoordelikheid vir hul aksies te aanvaar nie, sal dit die sukses van 'n herstelprogram negatief beïnvloed.

Onvermoë om realistiese verwagtinge te stel lei tot vrees vir mislukking

Die bewuswording van gebrek aan lewensvaardighede en voldoende hanteringsmeganismes versterk 'n negatiewe selfkonsep en dit versterk vrees vir mislukking. *"I'm scared… it's hell to stay away from alcohol and I do not want to fail again…" "They don't know what this is all about. There are these expectations on me. I don't want to … and I am not sure I can live up to it".*

Die volgende hoofkategorie sal vervolgens bespreek word.

DWELMMIDDELAFHANKLIKE PASIËNTE SE MENING TEN OPSIGTE VAN FASILITERENDE ELEMENTE SOWEL AS STRUIKELBLOKKE NÁ ONTSLAG

Fasiliterende elemente

Daar word verskeie fasiliterende elemente deur deelnemers beskryf wat aspekte in die interne omgewing, psigiese dimensies, hulle totale leefomgewing, wat ook insluit hul verhouding met God, omsluit.

Positiewe gevoelens

Op emosionele vlak is die ervaring van positiewe gevoelens baie belangrik, en dit hou verband met deelnemers se positiewe siening ten opsigte van die herstelproses ná ontslag. *"Ek het nog nooit soveel in my lewe gelag as na my ontslag nie". "I feel positive and glad… I feed the birds in the morning, I see them eat… but the contentment!"*

Aanleer van meer effektiewe hanteringsmeganismes en aanvaarding van verantwoordelikheid

Op intellektuele vlak kan deelnemers terugkyk nadat hulle ontslaan is, en beskryf hoe hulle meer effektiewe hanteringsmeganismes aangeleer het en ook meer verantwoordelikheid vir hul eie lewens en toekoms aanvaar. *"Ek is gewapen. Ek is nie bang vir die ou wat na jou afkyk en self 'n probleem het nie. As die ou vir jou sê jy het 'n drankprobleem, sê ja, maar ek het iets daaraan gedoen!"*

Interne motivering

Lokus van beheer kan skuif en deelnemers beskryf dat hulle ná ontslag besef dat deur die behandelingsprogram, lokus van beheer na hul interne wêreld geskuif het, al bestaan daar soms nog twyfel. Hulle besef dat dwelmmiddelafhanklikheid 'n unieke, maar ook 'n universele probleem is. *"Die besef – daar's ander mense wat probleme het, wat dit kan doen, wat nie skaam is nie, maar hulle het dit hanteer omdat hulle wil. Dit het my maak sê: 'Ek wil nie 'n alkoholis bly nie, ek wil nie met die ding leef nie, ek wil vry wees'"*.

Geestelike verryking

Deelnemers beskryf 'n verdieping in hulle geestelike lewe tydens en ná die herstelproses. 'n Positiewe verhouding met God hou direkte verband met 'n positiewe verhouding met die self. *"God en godsdiens het 'n groot verskil gemaak – 'n reuse verskil. Die Christelike lewe is 'n goeie lewe – dit het my 'n ander mens laat voel". "Sonder God sal ek soberheid amper nie kan sien nie. Daar sal vir my 'n gemis wees, 'n groot gemis. Godsdiens het 'n groot invloed op my herstel. Dit gee my antwoorde – 'n goeie gevoel!"*

Uitbreiding van sosiale netwerke en ondersteuningstelsels

In terme van die eksterne leefomgewing blyk sosiale hulpbronne die mees positiewe aspek te wees ten opsigte van die dwelmmiddelafhanklike pasiënt se herstelproses ná ontslag. Dit sluit organisasies, familie, vriende en kollegas in. *"Ek het baie ondersteuning van familie, vriende en kollegas. Dit het dit soveel makliker gemaak om aan te sluit by die algemene- en werksgemeenskap". "I'm not involved with the same old crowd – that is what recovery is about, changing things and changing me!"*

Dwelmvrye leefomgewing

Hoe meer dwelmvry die eksterne leefomgewing, hoe makliker is dit vir deelnemers om te fokus op hul herstelproses. Dit beteken ook dat van die deelnemers doelbewus in ander en nuwe sosiale kringe beweeg. *"There is no alcohol in the environment. I'm still sober – at least I'm sober!" "I feel needed and wanted. I realised that I have a responsibility towards myself and other people in my environment. To do this, I must stay sober".*

Literatuur is baie gefokus op die negatiewe ervarings, asook struikelblokke in die lewe van die dwelmmiddelafhanklike pasiënt en sy/haar herstelproses, en daar is nie veel inligting beskikbaar oor fasiliterende elemente nie - die positiewe gevoelens van verligting sodra die dwelmmiddelafhanklike pasiënt besef dat hy/sy wel oor die vermoë beskik om te herstel en die verslawing te oorkom (Haines, 1987:10). Daar word ook klem gelê op hantering en vermindering van negatiewe emosies soos vrees, angs, skuldgevoelens, interne konflik en depressie (Logan, 1993:291).

Vervolgens word die struikelblokke ná ontslag bespreek.

Struikelblokke

Eksterne druk en onrealistiese verwagtings ná ontslag

Deelnemers voel soms dat die druk en onrealistiese verwagtings van ander hulle angstig en onseker laat voel. Hulle begin dan ook twyfel in hulle eie vermoëns en voel dat daar nie genoegsame en begripvolle ondersteuning en aanvaarding is nie. *"People don't really care or understand. People have too many different ideas. I don't get to hear what I want to hear. To try and live a life that's right in the eyes of everyone else – that's hard and confusing. I'm still scared and fragile".*

Gebrek aan genoegsame ondersteuning

Alhoewel deelnemers beskryf dat hulle wel ondersteun word, kan hulle nie genoeg klem lê op die belang van genoegsame ondersteuning en onvoorwaardelike aanvaarding as 'n essensiële element ná ontslag nie. Dit sluit individuele terapie, groepsterapie en selfs gesinsterapie in. *"Jy **moet** iemand op 'n gereelde basis spreek. As jy na ontslag nog twyfelagtig of bang is, moet jy hulp en ondersteuning hiervoor kry". "Insight in the problem is as important - that's where support and therapy can help. Without that I don't think I could ever recover".*

Negatiewe toekomsverwagtinge rondom vrees dat gebeure hulself kan herhaal

Deelnemers ervaar vrees en angs ten opsigte van die moontlike herhaling van lewensgebeurlikhede. Dit is ook hoekom hulle die behoefte uitspreek om verlengde professionele ondersteuning ná ontslag te ontvang. Hierdie vrees dien as 'n blokkasie in positiewe verwagtings en totale onthouding. *"My backgrount left me with anxiety and fear and uncertainty about accidents and things that were a cause of previous painful experiences. This discomfort causes the thought of alcohol…"*

Die druk en onrealistiese verwagtings ná ontslag, hou volgens Chiauzzi (1989:18) verband met vrees, 'n negatiewe selfkonsep en die neem van risiko's ten opsigte van emosionele funksionering.

Dwelmmiddelafhanklike pasiënte het 'n beperkte siening van die herstelproses en dit is 'n struikelblok in hul herstel. Szalay, Bovasso, Vilov en Williams (1992:408) beweer dat die persoon wat met sosiale verwydering geassosieer is en hom-/haarself onttrek, ook hierdie eksterne druk ervaar.

Positiewe ondersteuning word direk gekoppel aan die sukses van die herstel-proses (Szalay *et al.* 1992:412). Waar 'n gebrek aan ondersteuningshulpbronne ervaar word, soos byvoorbeeld gesinsbande, vriende en beroepsondersteuning, is die behandeling van die dwelmmiddelafhanklike baie moeiliker (Schnoll & Karan, 1990:2682). De Miranda (1987:15) sien die funksionaliteit van sosiale hulpbronne as 'n integrale komponent van suksesvolle rehabilitasie. Dit sluit hulpbronne soos die gesin, die kerk en ondersteuningsgroepe soos Alkoholiste Anoniem in. Selfgesentreerde isolasie is 'n negatiewe indikasie vir herstel (Engel, 1973:36). Wing (1993:202) sluit hierby aan deur te sê dat die mate van sukses van behandeling verband hou met die dwelmmiddelafhanklike pasiënt se persoonlike hulpbronne.

SLOTSOM EN TEKORTKOMINGE

Dwelmmiddelafhanklikheid gaan gepaard met statiese, rigiede en negatiewe gedrag. Resultate dui daarop dat dwelmmiddelafhanklike pasiënte meer 'n eksterne lokus van beheer/kontrole het en daarom is dit noodsaaklik dat hulpbronne gemobiliseer moet word sodat hulle meer verantwoordelikheid vir "self" kan neem. Tydens binnehospitaalbehandeling word daar gepoog om 'n verskuiwing van dwelmmiddelafhanklikheid as eksterne lokus van beheer te bewerkstellig, deur die pasiënt kognitief toe te rus met vaardighede, kennis en hanteringsmeganismes om hierdie uitdagings die hoof te bied en verantwoordelikheid vir eie gevoelens, denke en aksies te neem.

Tekortkominge van die navorsing is dat die gestelde riglyne (nie in detail in hierdie artikel aangespreek nie) nog nie in die praktyk ge-operasionaliseer is nie en die bruikbaarheid nog nie nagevors is nie. Die oordraagbaarheid van die resultate moet nog ook bepaal word.

AANBEVELINGS

Riglyne is deur Overbeeck (1995:195-213) beskryf vir die mobilisering van hulpbronne vir die fasilitering van heelheid van die dwelmmiddelafhanklike pasiënt. In hierdie artikel sal slegs kortliks daarna verwys word.

Fase een:
'n Logiese verduideliking van die proses van afhanklikheid en die herstelproses verseker 'n kognitiewe begrip van totale onthouding en die aanvaarding van potensiële terugval. Hierdie begrip bevorder die dwelmmiddelafhanklike pasiënt se erkenning en aanvaarding dat hy/sy afhanklik is van dwelmmiddels.

Terapeutiese gesprekvoering vind aanvanklik twee keer per week plaas en daarna een keer per week sodra die pasiënt 'n meerdere mate van interne lokus van beheer reflekteer. Dit verminder potensiaal van terugval.

Fase twee:
Met die klem op aanvaarding van verantwoordelikheid en die eise gestel aan die herstelproses, word die pasiënt nou bewus van veranderinge in aksies en denke as 'n vereiste vir die herstelproses. Tydens hierdie fase gaan dit oor bewuswording van eksterne waardes en norme wat die pasiët se vertroue in die betekenisvolheid van waarde - en normesisteme versterk. Emosionele pyn word aanvaar as deel van die groeiproses. Energie wat lei tot kompulsiewe gedrag (dwelmmiddelmisbruik) vereis interne wil en motivering tot herkanalisering. Daar is 'n kognitiewe skuif na bewuswording van bronne binne die self, die medemens en God, sodat hantering van probleemsituasies makliker word met tyd.

Fase drie:
In fase drie begin integrasie plaasvind deur verkenning van interpersoonlike verhoudinge in terme van verbetering van kommunikasie en die vermoë om self te handhaaf. Die pasiënt aanvaar verantwoordelikheid in terme van selfontwikkeling en selfbeheer. Hierdie integrasieproses word aanvaar as energiebron in die strewe na totale onthouding. Die dwelmmiddelafhanklike se gedrag, ekspressie en toepassing van vaardighede is 'n aanduiding van hoe effektief hy/sy van fasiliterende elemente in hul omgewing gebruik

maak.

BIBLIOGRAFIE

ALLGULANDER, C; BORG, S & VIKANDER, B 1984: A 4-6 year follow-up of 50 patients with primary dependence on sedative and hypnotic drugs. **American Journal of Psychiatry**, 141(12), December:1579-1582.

BURLING, TA; REILLY, PM; MOLTZEN, JO & ZIFF, DC 1989: Self-efficacy and relapse among inpatient drug and alcohol abusers: A predictor of outcome. **Journal of Studies on Alcohol**, 50(4), September:354-359.

BURNS, N & GROVÉ, SK, 1994: The practice of nursing research, conduct, critique and utilization. Philadelphia: Saunders.

CHIAUZZI, E 1989: Breaking the patterns that lead to relapse. **Psychology Today**, 23, December:18-19.

CRAIG, RJ & OLSON, R 1992: MMPI subtypes for cocaine abusers. **American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, 18, June:197-205.

CRESWELL, JW 1994: Research design: Qualitative and quantitative approaches. Thousand Oaks, California: Sage.

DE MIRANDA, S 1982: Alcoholism: The incidence, treatment and rehabilitation – The South African perspective (Unpublished article).

DE MIRANDA, S 1987: Dwelms en dwelmmisbruik in Suider-Afrika. Pretoria: Sigma Pers.

DEMOCRATIC NURSING ASSOCIATION OF SOUTH AFRICA 1998: Ethical standards for nurse researchers. Pretoria: DENOSA.

ENGEL, SW 1973: Existentialistic treatment of a German "drug clan". Stuttgart: Enke.

FRANKL, VE 1967: Psychodrama and existentialism. New York: Washington Square Press.

FRANKL, VE 1979: Sê ja vir die lewe. Kaapstad: Tafelberg.

GERSTEIN, DR & LEWIN, LS 1990: Treating drug problems. **The New England Journal of Medicine**, 232, 20 September 1990:844-848.

HAINES, PE 1987: Logotherapeutic intervention for families in early chemical dependency recovery. **International Forum for Logotherapy**, 10(2), Winter:105-109.

HECK, RH & VOLITE, RC 1998: Background, psycho-social factors and substance abuse: their effects on high school senior's perceptions of their education. **International Journal of Educational Management,** 12(3):120–132.

KREFTING, L 1991: Rigor in qualitative research: The assessment of trustworthiness. **American Journal of Occupational Therapy**, 45(3):214-22.

KVALE, S 1996: The qualitative research interview. **Journal of Phenomenological Psychology**, 14:171-196.

LINCOLN, YS & GUBA, EG 1985: Naturalistic enquiry. London: Sage Publications.

LOGAN, FA 1993: Animal learning and motivation and addictive drugs. **Psychological Reports**, 73, August :291-306.

MORSE, JM & FIELD, PA 1996: Nursing research: The application of qualitative approaches. Chapman & Hall: London.

MOUTON, J & MARAIS, HC 1992: Metodologie van die geesteswetenskappe: Basiese begrippe. Pretoria: Raad vir Geesteswetenskaplike Navorsing.

MOUTON, J 1996: Understanding social research. Pretoria: JL van Schaik Publishers.

OVERBEECK, M 1995: 'n model vir psigiatriese verpleging gedurende die dwelmmiddelafhanklike se herstelproses. Randse Afrikaanse Universiteit: Aucklandpark. (Ongepubliseerde verhandeling - D.Cur.).

POGGENPOEL, M 1992: Psychiatric nurse-patient interaction facilitating mental health. Unpublished article. Aucklandpark: Rand Afrikaans University.

POLIT, DF & HUNGLER, BP 1995: Nursing Research: Principles and methods; 5th edition. Philadelphia: JP Lippincott Company.

POTT, DL 1990: Counselling the drug abuser: A Christian approach. Sheffield: Presbyterian and Reform Publications.

RANDSE AFRIKAANSE UNIVERSITEIT 2000: Departement Verpleegkunde paradigma. Johannesburg, RAU 1-16.

RIVERS, PA & BAE, S 1998: Substance abuse and dependence in physicians: detection and treatment.**Health Manpower Management,** 24(5):283-187

SCHNOLL, SH & KARAN, LD 1990: Substance abuse. **The Journal of the American Medical Association**, 263, 16 May 1990:683-684.

STEYN, MC 1991: Sinbelewenis van die dwelmmiddelafhanklike pasiënt. Aucklandpark: Randse Afrikaanse Universiteit. (M-Cur.-skripsie).

STOPPARD, M 2000: Dwelm info leêr - van alkohol & tabak tot Ecstasy & heröiene. Dorling Kindersley Limited: London. (Afrikaanse vertaling).

SZALAY, L; BOVASSO, G; VILOV, S & WILLIAMS, RE 1992: Assessing treatment effects through changes in perceptions and cognitive organisation. **American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, 18, December:407-428.

TAYLOR, DN & DEL PILAR, J 1992: Self-esteem, anxiety and drug use. **Psychological Reports**, 71, December:896-898.

UFEMA, J 1992: Recovering addict: Benefit of the doubt. **Nursing**, 22, October:24.

WILSON, HS & KNEISL, CR 1996: Psychiatric nursing; 5th edition. California: Addison-Wesley.

WILSON, HS 1989: Research in nursing; 2nd edition. Redwood City, California: Addison-Wesley.

WING, DM 1998: Applying the "model of recovering alcoholics' behaviour stages and goal setting" to nursing practice. **Archives of Psychiatric Nursing,** 7(4), August:197-202.