



# KEBERKESANAN PROGRAM RAWATAN METADON DI AGENSI ANTIDADAH KEBANGSAAN (AADK)

## PENGENALAN

Penyalahgunaan dadah di Malaysia khususnya dan dunia amnya bukan sahaja memberi kesan negatif dan kemudaratan kepada penagih. Malah ia turut membawa bencana dengan wujudnya pelbagai jenis penyakit berjangkit kesan daripada penyalahgunaan dadah ini. Antaranya yang ketara ialah penyakit *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) atau Sindrom Kurang Daya Tahan Melawan Penyakit yang wujud akibat aktiviti perkongsian jarum suntikan semasa penagihan, melalui pertalian darah dan seks rambang. Penularan penyakit AIDS akibat daripada perkongsian jarum suntikan semasa mengambil dadah membawa kepada kesan besar kepada negara. Ini kerana negara terpaksa berhadapan pula dengan ancaman penyakit AIDS kesan daripada perkongsian jarum suntikan di kalangan penagih. Penyakit AIDS ini disebabkan sejenis virus iaitu "Human Immunodeficiency Virus" (HIV), dimana ia dikaitkan dengan penyalahgunaan dadah secara suntikan di kalangan penagih (IVDUs) yang mengejutkan kerajaan dan orang awam kerana ia merupakan satu situasi yang sangat serius. Peningkatan secara mendadak bagi pesakit HIV-positif di Malaysia dilaporkan sehingga kini.

## PERNYATAAN MASALAH

Protokol pelaksanaan MMT telah didokumenkan dengan baik dan telah digunakan sebagai garis panduan untuk dilaksanakan. Walau bagaimanapun, isu-isu seperti saringan, perkembangan pengkelakan, daleri rawatan, kaunseling individu, kaunseling kelompok dan kaunseling keluarga perlu diberi perhatian untuk memastikan bahawa program ini dilaksanakan mengikut protokol. Isu pembangunan fungsi psikologi dan sosial dalam kalangan penagih dadah yang menjalani MMT menekankan kefahaman dan penghayatan yang kritikal. Menurut Payte, Smith dan Woods (2001), tiada sebarang laporan mengenai seseorang yang mengalami alahan kepada metadon. Metadon mungkin salah satu ubat yang paling selamat diketahui dan ianya menghasilkan sedikit kesan sampingan, yang biasanya reda selepas penstabilan atau pelarasan dos pada tahun pertama rawatan.

Selain itu, semasa program ini berjalan adalah sangat penting untuk memahami isu-isu dan cabaran program dari segi mekanisme pelaksanaannya serta kesan terhadap pesakit, pelanggan atau penagih. Ini merupakan antara fokus utama kajian untuk mendedahkan isu-isu pengembalian dalam kalangan pesakit yang menjalani program MMT tersebut. Hasil kajian yang akan mendedahkan isu-isu pengkelakan dan alihan akan memberikan pemahaman yang lebih baik bagi pengurusan program MMT.

## OBJEKTIF KAJIAN

1. Mengetahui kadar pengkelakan responden dalam program metadon (retention rate)
2. Mengkaji kefungsi sosio-ekonomi responden yang berada dalam program metadon;
3. Mengetahui halangan dan cabaran pelaksanaan program metadon menurut persektif responden dan penyedia perkhidmatan;
4. Mengkaji implementasi dan pelaksanaan protokol MMT oleh penyedia perkhidmatan;
5. Mengkaji pengurusan responden semasa dan selepas rawatan program MMT;
6. Memeriksa aplikasi yang menyokong kepada pemulihan responden yang menjalani MMT;
7. Mengkaji profil *psychological functioning*, *social functioning*, *treatment motivation*, *treatment process* dan kesediaan berubah (readiness of change; ROC) berdasarkan responden *in patient* dan *out patient*;
8. Mengkaji hubungan di antara kesediaan berubah dengan *psychological functioning* dan *social functioning* responden bawah MMT;
9. Mengkaji hubungan di antara kesediaan berubah dengan *treatment process* dan *treatment motivation* responden bawah MMT; dan
10. Mengkaji hubungan di antara dimensi TCU dengan *quality of life* responden *in patient* dan *out patient*.

## REKA BENTUK KAJIAN

Kajian ini menggunakan reka bentuk keratan rentas melalui pemerhatian semi turut serta di lapangan lokasi CCSC dan C&C. Dalam reka bentuk ini, pengumpulan data menggunakan kaedah interview secara semi berstruktur dengan responden bagi mencapai objektif kajian. Data dikumpul menggunakan soal selidik, temuduga penyedia perkhidmatan dan juga responden dan dokumentasi protokol. Survey dijalankan dalam tiga kaedah iaitu protokol survey MMT, kesan MMT dan program selepas MMT (*aftercare*).

## KEBOLEHPERCAYAAN SOAL SELIDIK

Kebolehpercayaan ketekalan dalaman soal selidik diuji dengan menggunakan pekali kebolehpercayaan (reliability coefficient) yang dikira dengan formula alfa Cronbach. Data yang diperolehi mempunyai kebolehpercayaan ketekalan dalaman yang tinggi dan memuaskan dengan pekali alfa = 0.878 untuk instrument ROC, pekali alfa = 0.965 bagi instrumen TCU dan nilai kebolehpercayaan = 0.902 untuk *quality of life* (WHOQOL-BREF). Justeru itu, maklumat yang dibentangkan dalam kajian ini boleh dipercayai, sah dan boleh dipertanggungjawabkan.

## HASIL DAPATAN KAJIAN

Dapatan yang dianalisis melalui pertanyaan di mana responden mempunyai keyakinan bahawa dalam masa 3 bulan daripada sekarang mereka tidak perlu mengambil metadon, berhenti mengambil dadah lain dan mengekalkan kepulihan sepanjang hayat menunjukkan seramai 319 orang (61.1%) menyatakan mereka tidak mempunyai keyakinan untuk tidak mengambil metadon dan tidak mengambil dadah lain. Walaupun seramai 203 orang (38.9%) responden mempunyai keyakinan yang mereka tidak perlu mengambil metadon, boleh berhenti mengambil dadah lain dalam masa 3 bulan dari sekarang dan kekal kepulihan sepanjang hayat. Namun begitu, bilangan ini rendah dibandingkan dengan mereka yang tidak boleh berhenti mengambil metadon dan akan mengambil dadah lain.

Dari segi kadar pengkelakan responden mengambil metadon mendapati mereka yang kekal masa 3 bulan seramai 125 orang (24.1%), masa 6 bulan seramai 147 orang (28.4%) dan kekal dalam masa 1 tahun seramai 246 orang (47.5%). Penemuan kajian mendapati responden yang boleh berhenti sekarang iaitu dalam masa 1 bulan seramai 47 orang (8.7%), berhenti masa 3 bulan dari sekarang seramai 75 orang (13.9%) dan berhenti masa 6 bulan seramai 99 orang (18.3%). Selanjutnya, seramai 165 orang (30.6%) boleh berhenti tetapi memerlukan masa 1 tahun lagi dari sekarang. Kadar pengkelakan responden yang dibandingkan antara *in patient* dan *out patient*. Dapatan menunjukkan responden *in patient* menyatakan boleh kekal masa 1 tahun seramai 65 orang (52.8%), kekal masa 6 bulan seramai 36 orang (29.3%) dan kekal dalam masa 3 bulan seramai 22 orang (17.9%). Responden *out patient* pula menunjukkan kekal masa 1 tahun paling ramai iaitu 181 orang (45.8%), diikuti seramai 111 orang (28.1%) kekal masa 6 bulan dan seramai 103 orang (26.1%) kekal dalam masa 1 tahun.

Cabaran utama dihadapi responden ialah mendapatkan sokongan keluarga dan cabaran dalam bentuk lemah dengan pengaruh kawan. Responden menyatakan perkhidmatan kaunseling seramai 257 orang (50.1%) tidak disediakan dan seramai 256 orang (49.9%) responden tidak bersetuju dengan kenyataan ini. Seramai 308 orang (63.0%) responden bersetuju perkhidmatan kaunseling disediakan secepat ada, secepat tiada. Sistem sokongan daripada keluarga yang menyeluruh paling ramai dinyatakan responden seramai 415 orang (79.8%). Sistem sokongan kedua paling daripada penyedia perkhidmatan iaitu seramai 398 orang (81.1%). Sokongan menyeluruh daripada masyarakat sekeliling memperlihatkan mereka tidak mendapat sokongan juga ramai iaitu seramai 193 orang (33.9%).

Kajian ini turut membina norma TCU dan *Quality of life* Responden (N=570). Dapatan deskriptif norma TCU dimensi *psychological functioning* (min = 87.8; s.p = 7.7), *social functioning* (min = 72.9; s.p = 7.9), dimensi *treatment motivation* (min = 66.4; s.p = 5.3), dan *treatment process* (min = 127.3; s.p = 18.0). *Quality of life* pula (min = 88.0; s.p = 12.4). Dapat dirumuskan bahawa pencapaian purata TCU responden *in patient* menunjukkan dimensi *treatment motivation*, *treatment process* dan *quality of life* lebih tinggi dan baik dibandingkan min norma umum TCU. Ini bermakna responden mempunyai motivasi dalam menjalani rawatan yang disediakan dan boleh mengikuti program dengan baik. Penilaian responden ini mempunyai hubungan dengan proses Rawatan yang diterima mereka di mana pegawai telah memberikan perkhidmatan terbaik seperti perkhidmatan bantuan psikologi, mengambil berat dan prihatin terhadap mereka. Situasi yang dialami responden ini mendorong kepada penghasilan *quality of life* yang lebih baik dan lebih terurus di kalangan responden. Bagi responden *out patient* memperlihatkan norma TCU lebih tinggi untuk dimensi *psychological functioning* dan *social functioning*, sebaliknya *treatment motivation* memaparkan min lebih rendah sedikit dengan norma umum TCU dan *treatment process* juga rendah min dengan min norma umum TCU. Bagi *quality of life* pula memaparkan rendah sedikit dengan min norma umum TCU. Dapatan ini dapat dirumuskan bahawa *social functioning*, *treatment motivation*, *treatment process* dan *quality of life* secara puratanya lebih tinggi dan baik dibandingkan dengan min norma umum TCU dan *quality of life*.

Keputusan kajian mendapati wujud hubungan signifikan positif dan sederhana rendah di antara tahap ROC *pre contemplation* dengan *psychological functioning* ( $r = 0.380, p < 0.05$ ) dan *social functioning* ( $r = 0.378, p < 0.05$ ). *Contemplation* dengan *psychological functioning* ( $r = 0.217, p < 0.05$ ) dan *social functioning* ( $r = 0.250, p < 0.05$ ), *action* dengan *psychological functioning* ( $r = 0.223, p < 0.05$ ) dan *social functioning* ( $r = 0.225, p < 0.05$ ). *Maintenance* dengan *psychological functioning* ( $r = 0.304, p < 0.05$ ) dan *social functioning* ( $r = 0.349, p < 0.05$ ). Keputusan kajian menunjukkan wujud hubungan signifikan dan positif yang sederhana rendah di antara *contemplation* dengan *treatment motivation* ( $r = 0.329, p < 0.05$ ) dan *treatment process* ( $r = 0.635, p < 0.05$ ). Begitu juga *action* dengan *treatment motivation* ( $r = 0.328, p < 0.05$ ) dan *treatment process* ( $r = 0.626, p < 0.05$ ). Motivasi *maintenance* dengan *treatment motivation* ( $r = 0.218, p < 0.05$ ) dan *treatment process* ( $r = 0.581, p < 0.05$ ). Keputusan ini menunjukkan bahawa *psychological functioning* dan *social functioning* dipengaruhi kesediaan berubah ROC responden yang berada di tahap *pre contemplation*, *contemplation*, *action* dan *maintenance*. Ini bermakna responden yang berada di tahap *pre contemplation*, keempat-empat dimensi TCU perlu diberi fokus utama semasa responden mendapatkan Rawatan metadon. Bagi dimensi *treatment motivation* dan *treatment process* pula dipengaruhi secara signifikan dengan kesediaan berubah *contemplation* sahaja. Untuk membolehkan motivasi responden bergerak daripada *pre contemplation* kepada *contemplation*, maka dimensi *treatment motivation* dan *treatment process* perlu diberi fokus utama. Begitu juga dengan kesediaan berubah *action* dan *maintenance* perlu diberi penekanan kepada *treatment motivation* dan *treatment process* untuk memastikan tahap motivasi responden bergerak ke tahap seterusnya.

Hasil kajian mendapati bagi responden *in patient* yang berada di motivasi *pre contemplation*, *contemplation*, *action* dan *maintenance* mempunyai hubungan signifikan dengan dimensi TCU. Responden *out patient* mendapati wujud hubungan ROC dengan dimensi TCU menghasilkan keputusan yang mempunyai hubungan signifikan keseluruhannya, kecuali dengan dimensi *treatment process*. Dapatan ini menunjukkan dimensi *treatment process* sama ada dinilai oleh *in patient* dan *out patient* menunjukkan proses rawatan yang baik dan tersusun yang diberikan oleh penyedia perkhidmatan kepada responden. Keputusan kajian mendapati bahawa wujud hubungan positif dan signifikan di antara *treatment motivation* ( $r = 0.471, p < 0.05$ ) dan *treatment process* ( $r = 0.499, p < 0.05$ ) dengan *quality of life* bagi responden *in patient*. Namun begitu, dimensi *psychological functioning* ( $r = -0.053, p > 0.05$ ) dan *social functioning* ( $r = -0.162, p > 0.05$ ) didapati wujud hubungan negatif rendah yang tidak signifikan dengan *quality of life*.

Bagi responden *out patient* pula memperlihatkan dimensi TCU ke semuanya wujud hubungan yang positif dan signifikan di antara *psychological functioning*, *social functioning*, *treatment motivation* dan *treatment process* dengan *quality of life* responden.



Dato' Dr. Abd Halim Mohd Hussin  
Dr Rafidi Jusoh  
Dr. Mohamad Isa Amat  
Nordin Yusoff  
Ami Haji Patola

Ketua Pengarah  
Agensi Antidadah Kebangsaan  
Kementerian Dalam Negeri  
Jalan Maktab Perguruan Islam  
43000 Kajang, Malaysia  
Tel : +603-8911 2200  
Faks: +603-8926 2055  
Web: <http://www.adk.gov.my>