



RANCANGAN PEMULIHAN KLIEN: ASAS DAN APLIKASI UNTUK PROFESIONAL PEMULIHAN

Mohd Rafidi b. Jusoh¹

ABSTRAK

Kertas ini bertujuan untuk memberi maklumat dan pendedahan mengenai rancangan pemulihan klien kepada profesional pemulihan dadah, dan bagaimana pengetahuan ini boleh diaplikasikan dalam memberi perkhidmatan rawatan dan pemulihan dadah secara lebih efektif. Fokus utama kertas ini ialah bagaimana untuk membina rancangan pemulihan klien, berasaskan tiga langkah penting iaitu penilaian kes, membina dan menulis rancangan pemulihan. Isu berkaitan kepentingan rancangan pemulihan juga disentuh dengan memetik pandangan sarjana yang relevan dalam bidang ini.

ABSTRACT

The aim of this paper is to give relevant information and some exposure pertaining to client treatment plan to drug rehabilitation professionals and the way this knowledge can be applied in providing a more effective drug treatment and rehabilitation. The main focus of this paper is building a client treatment plan based on three main steps which are case evaluation, building and writing treatment plan. Issues related to the importance of treatment plan as reflected to expert opinions were also discussed in the paper.

¹ Komandan, Pusat Pemulihan Penagihan Narkotik (PUSPEN) Agensi Antidadah Kebangsaan, Raub, Pahang Darul Makmur

PENGENALAN

Rancangan Pemulihan (*Treatment Plan*) ialah satu istilah yang boleh memberi makna yang berbeza kepada orang yang berbeza. Pada satu keadaan, rancangan pemulihan boleh didefinisikan sebagai satu “usaha konseptual yang tersusun untuk merekabentuk satu rangka program akan datang mengenai langkah-langkah spesifik yang akan digunakan oleh profesional pemulihan untuk membantu pesakit/klien pulih daripada keadaan ketidakfungsian yang dihadapinya” (Makeover, 1992). Dalam satu keadaan lain pula, rancangan pemulihan boleh dihuraikan sebagai “satu proses yang kompleks melibatkan keputusan-keputusan yang berurutan, yang mengambil kira maklumat diperolehi mengenai sifat klien, konteks rawatan, pembolehubah hubungan, dan strategi-strategi dan teknik-teknik rawatan” (Clarkin & Kendall, 1992).

Agensi Antidadah Kebangsaan (2004) pula melihat rancangan pemulihan sebagai “satu rancangan yang dirangka khusus untuk memulihkan setiap klien berasaskan kepada perkara, isu atau masalah yang berkaitan dengan penagihan, matlamat yang hendak dicapai bagi setiap masalah tersebut, strategi intervensi atau teknik terapi yang digunakan untuk mencapai matlamat yang ditentukan dan jangka masa pencapaian bagi setiap matlamat yang ditetapkan”.

Ramai sarjana mengakui rancangan pemulihan merupakan satu bahagian yang penting dalam proses rawatan dan pemulihan klien. Sebagai contoh, Naglieri & Pfeiffer (1999) dan Seligman (1993), menjelaskan bahawa rancangan pemulihan menyediakan satu pelan tindakan atau peta jalan yang memandu proses rawatan, sesuatu yang membantu profesional mengekalkan tindakan atau intervensi berdasarkan matlamat yang telah dipersetujui.

Maruish (2002) menggariskan enam sebab utama kenapa sesuatu rancangan pemulihan itu penting. Pertama, untuk mengesahkan fokus rawatan. Sifat asas rancangan pemulihan ialah ia mesti menentukan apakah jenis rawatan yang akan dijalankan dan strategi-strategi intervensi yang perlu dilakukan untuk mencapai matlamat yang ditetapkan. Pada peringkat awal rawatan, ia boleh dilihat sebagai satu alat untuk memastikan kedua-dua profesional



pemulihan dan klien bersetuju ke atas matlamat yang mereka ingin capai dan bagaimana akan mereka lakukan untuk mencapainya. Semasa proses rawatan, ia boleh bertindak sebagai rangka rujuk yang membolehkan kedua-dua pihak berunding bagi memastikan proses rawatan berada pada landasan yang betul, khususnya apabila berlaku perubahan fokus rawatan. Fokus rawatan yang dipersetujui sebelum ini boleh berubah apabila profesional pemulihan atau klien atau kedua-duanya mendapat maklumat-maklumat baru, atau keadaan kehidupan klien berubah (berlaku perubahan positif atau negatif kepada klien semasa proses rawatan). Dalam hal ini, tindakan penambahbaikan atau kajian semula rancangan pemulihan perlu dilakukan.

Kedua ialah untuk menetapkan jangkaan realistik terhadap rawatan. Kebanyakan klien yang datang mendapatkan rawatan mempunyai pelbagai jangkaan, sebahagian besar tertumpu kepada isu berkaitan rawatan antaranya, pada tahap mana mereka akan pulih daripada simptom atau masalah yang memaksa mereka mendapatkan rawatan; pendekatan yang digunakan oleh profesional pemulihan dan penglibatannya; pada tahap mana mereka perlu terlibat untuk mendapatkan kesan yang lebih baik; dan keperluan untuk melibatkan orang yang penting (pasangan, rakan dan keluarga). Rancangan pemulihan boleh membantu klien memahami apa proses rawatan yang akan dilalui, apa yang boleh dijangkakan secara realistik yang akan berlaku sepanjang proses rawatan dan apakah yang patut dicapai pada akhir rawatan. Rancangan pemulihan berperanan menjelaskan kepada klien mengenai peranan-peranan yang perlu dimainkan kedua-dua pihak, penetapan peraturan asas dalam terapi dan penetapan matlamat yang boleh dicapai, sebelum sesi rawatan dijalankan bagi meminimalkan kemungkinan klien kecewa sama ada semasa atau selepas tamat rawatan.

Ketiga, untuk menentukan tahap kemajuan pemulihan. Adalah amat sukar untuk menentukan adakah klien mencapai kemajuan atau sejauh mana kemajuan telah dicapai oleh klien hasil proses rawatan. Melalui pembentukan rancangan pemulihan, penilaian sebegini boleh dilakukan. Rancangan pemulihan yang dipersetujui bersama mengandungi kriteria-kriteria tertentu menjelaskan bagaimana sesuatu matlamat yang ditetapkan itu tercapai.



Keempat ialah untuk memaklumkan kepada ahli profesional lain yang terlibat dalam rawatan klien mengenai cara pemulihan dilakukan serta kemajuan klien. Rancangan pemulihan boleh menjadi alat komunikasi penting kepada profesional lain yang terlibat secara langsung dalam proses rawatan klien – mewujudkan keselarasan kepada kepulihan menyeluruh klien, melibatkan pelbagai modul pemulihan yang berlainan, sebagai contoh penyelarasan dengan modul agama, kesihatan, fizikal dan integrasi masyarakat, begitu juga perundingan dan rujukan pihak pakar daripada luar.

Kelima, ia bertindak sebagai dokumen rekod kualiti perkhidmatan. Rancangan pemulihan berfungsi sebagai satu dokumen rasmi mengenai perkhidmatan yang ditawarkan kepada klien. Ia boleh diperiksa/disemak oleh kumpulan pakar yang dilantik (audit) bagi menentukan adakah perkhidmatan yang ditawarkan sesuai atau berkesan, dijadikan panduan bertulis yang boleh digunakan untuk tujuan rujukan dan latihan dan menjadi tanda aras kepada mutu perkhidmatan yang dijanjikan.

Keenam, ia bertindak sebagai alat komunikasi dengan pakar luar, kerana rancangan pemulihan yang disediakan boleh dirujuk oleh pakar luar jika perkhidmatan mereka diperlukan bagi membantu proses kepulihan klien, untuk tujuan mengetahui latarbelakang kes dan kemajuan dalam rawatan yang dilalui klien. Begitu juga bagi tujuan pelesenan dan akreditasi amalan kaunseling, rancangan pemulihan digunakan sebagai rujukan bukti bagi menentukan tahap kepakaran seseorang profesional pemulihan.

MEMBINA RANCANGAN PEMULIHAN

Maruish (2002) menjelaskan terdapat tiga langkah penting yang perlu dilakukan oleh profesional pemulihan untuk membina rancangan pemulihan iaitu penilaian kes, pembinaan dan penulisan rancangan pemulihan.

a. Penilaian Kes

Dalam menyediakan perkhidmatan yang berkesan kepada penagih-penagih dadah, profesional pemulihan mesti memahami ciri-ciri



khusus seorang penagih dadah atau populasi penagih dadah. Penagih-penagih dadah bukan satu kumpulan homogeneous (sama) tetapi secara individu mempunyai perbezaan sama ada dari segi personaliti, corak penggunaan bahan, status kesihatan, sosialisasi, pendidikan, keluarga, latihan kerja/kemahiran, pengaruh persekitaran dan kefungsiian mental. Mereka terbahagi kepada kelompok individu yang mempunyai masalah anti-sosial yang serius sehinggalah kepada individu yang lebih pro-sosial dan mempunyai sokongan keluarga dan masyarakat. Menurut Center for Substance Abuse Treatment (CSAT, 1995), faktor ini menjadikan isu penyaringan dan penilaian suatu proses yang kritikal dan perlu diberi keutamaan dalam menentukan kesesuaian rawatan dan pemulihan yang ingin ditawarkan dan dijadikan rujukan dalam membina perancangan pemulihan.

Apa yang dimaksudkan dengan penilaian? Penilaian melibatkan pengumpulan maklumat yang relevan mengenai klien dan persekitarannya, masalahnya, dan apa yang mereka harap untuk dicapai melalui intervensi terapeutik. Maklumat-maklumat yang diperolehi daripada proses ini akan mampu menjawab persoalan berikut:-

- i. Apakah masalah-masalah yang membuatkan klien datang mendapatkan bantuan?
- ii. Bagaimana masalah-masalah ini memberi kesan kepada kehidupan klien?
- iii. Apa yang menyebabkan masalah ini berterusan?
- iv. Apa yang klien harap untuk dicapai daripada rawatan?

Manakala menurut Makeover (1992) pula, pada akhir sesi penilaian profesional pemulihan akan mampu menjawab persoalan berikut:-

- i. Kenapa klien datang mendapatkan rawatan?
- ii. Kenapa klien datang sekarang?
- iii. Apa yang klien mahukan?

Bagi merungkai jawapan kepada persoalan-persoalan di atas, Maruish (2002) dan Beutler (1995) mencadangkan skop atau isi penilaian ideal seperti berikut dalam setiap penilaian yang dilakukan.

- i. Masalah atau aduan semasa. Maklumat pertama yang perlu diperolehi ialah apakah masalah yang sedang dihadapi oleh klien yang membawanya mendapatkan rawatan. Soalan biasa yang digunakan ialah “apa yang menyebabkan anda datang ke sini?” atau “kenapa anda rasa anda perlu mendapatkan rawatan?” Jawapan yang diberi oleh klien selain memberi maklumat kenapa klien datang, ia juga boleh memberi klu sejauhmana teruknya masalah yang dihadapi klien, sama ada klien datang secara sukarela atau tidak, sejauhmana tahap motivasi klien dan apakah jangkaan klien pada rawatan.
- ii. Sejarah permasalahan. Pengetahuan dan pemahaman yang jelas mengenai sejarah masalah yang dihadapi klien memudahkan proses rawatan, antaranya ialah bila klien mula mengalami masalah ini, persepsi klien mengenai punca atau sebab kepada masalah ini, kejadian-kejadian signifikan yang berlaku pada masa berkenaan, penentu dan pencetus kepada masalah, apa yang menyebabkannya berterusan, perkembangannya, bagaimana masalah ini memberi kesan kepada keupayaan klien untuk berfungsi, apa yang pernah dan telah dilakukan oleh klien untuk menangani masalah ini dan apakah usaha yang berjaya dan tidak membantu menyelesaikannya. Maklumat-maklumat yang diperolehi dicadang untuk disemak dengan pihak ketiga seperti keluarga atau orang yang penting, semakan rekod rawatan klien terdahulu dan sebagainya.
- iii. Sejarah keluarga dan sosial. Profesional pemulihan perlu mengetahui dari mana klien datang dan hubungan klien dengan dunia bagi membantunya membina perancangan yang baik untuk membantu klien. Aspek penting sejarah keluarga yang perlu ditumpukan ialah pekerjaan dan taraf pendidikan ibu bapa, bilangan adik-beradik dan kedudukan klien, kualiti hubungan klien dengan ibu bapa,



adik-beradik dan saudara signifikan terdekat, pendekatan ibu bapa dalam membesarkan anak-anak (punitif, kasih sayang, deraan dll.), harapan ibu bapa terhadap klien dari segi pendidikan, pekerjaan dan memenuhi tuntutan sosial dan juga persekitaran fizikal (jenis perumahan dan kejiranan) keluarga. Manakala sejarah sosial klien pula melibatkan hubungan klien dengan rakan-rakan/persahabatan, penyertaan dalam aktiviti seperti sukan, hiburan dan aktiviti sosial lain, perwatakan sebagai pemimpin atau pengikut dan penglibatan dalam aktiviti keagamaan atau politik.

- iv. Sejarah pendidikan. Maklumat mengenai latarbelakang taraf pendidikan klien dapat membantu profesional pemulihan mengetahui taraf kecerdasan klien, strategi intervensi yang sesuai dengan klien, keupayaan klien untuk melalui proses pembelajaran, aspirasi dan matlamat klien dan kesediaan klien untuk membuat komitmen. Begitu juga dengan maklumat mengenai kegiatan luar dan ko-kurikulum yang diikuti klien semasa persekolahan.
- v. Sejarah pekerjaan. Maklumat yang diperlukan termasuk jenis pekerjaan dan posisi klien, hubungan dengan ketua dan rakan sekerja dan latihan/kemahiran yang pernah diikuti – boleh membantu profesional pemulihan memahami perwatakan dan sikap klien terutama dari segi penerimaan arahan ketua, cita-cita atau aspirasi kerjaya dan keupayaan klien menjalankan peranan dan tanggungjawab.
- vi. Sejarah kesihatan mental dan penyalahgunaan bahan. Maklumat yang diperlukan termasuk pernah atau tidak klien mengikuti program pemulihan akibat masalah mental atau penyalahgunaan dadah (pusat serenti/ swasta, jagaan lanjutan, pengawasan, hospital dll.), rekod-rekod berkaitan termasuk ujian psikologi – banyak membantu profesional pemulihan menentukan sama ada ia mempunyai kaitan dengan masalah dihadapi sekarang, perkembangan kepada masalah sekarang, apakah modaliti atau pendekatan rawatan dahulu berkesan atau tidak

berkesan dan kesediaan klien untuk mengikuti intervensi terapeutik.

- vii. Sejarah perubatan. Maklumat yang penting termasuk adakah klien pernah mengalami masalah kesihatan yang signifikan atau pernah dimasukkan ke hospital, penyakit fizikal sekarang atau terdahulu (spt. kanser atau masalah jantung), penyakit kronik (spt. diabetes, asma atau migrain), kecederaan atau kecelaruan kepada sistem saraf pusat (spt. kecederaan kepala, strok) dan penggunaan ubat secara preskripsi terdahulu atau sekarang – membantu profesional pemulihan menentukan kaitan dengan simptom atau masalah yang dihadapi sekarang dan keperluan untuk merujuk kepada pakar psikiatrik atau perubatan.
- viii. Sifat penting klien. Maklumat berikut perlu diperolehi bagi membantu pemahaman profesional pemulihan terhadap klien. Pertama, adakah terdapat kecacatan fungsional pada klien. Petunjuk kecacatan fungsional yang boleh dilihat antaranya ialah pengaruh masalah ke atas kefungsiian klien semasa sedang dinilai/temuduga, klien tidak dapat memberi fokus kepada tugas penilaian, klien terganggu walaupun dengan kejadian kecil, klien seperti lemah dan sukar berfungsi akibat masalah yang dihadapi, klien menghadapi kesukaran berinteraksi akibat daripada keparahan masalah dan klien menunjukkan banyak kecacatan prestasi dalam kehidupan sehariannya. Kedua, sejauhmana kesediaan klien untuk berubah. Terdapat lima tahap perubahan yang perlu dikenalpasti dominan kepada klien: *precontemplation* (tiada niat untuk berubah), *contemplation* (ingin berubah), *preparation* (bersedia untuk berubah), *action* (mengambil tindakan untuk berubah) dan *maintenance* (mengekalakan perubahan). Penilaian boleh dibuat menggunakan Skala Tahap-tahap Perubahan (terjemahan kepada alat URICA). Ketiga ialah adakah klien mempunyai potensi untuk menentang (resist). Dua jenis penentangan yang biasa ditunjukkan oleh klien iaitu penentangan secara tidak langsung seperti tidak akur kepada cadangan atau arahan dan penentangan



ekstrem atau keras iaitu apabila klien merasa kebebasan atau kawalan diri telah dicabar oleh pihak lain. Manakala keempat pula ialah maklumat mengenai tahap sokongan sosial klien. Ia boleh dinilai daripada sumber-sumber bukti luar termasuk perkahwinan, hubungan dengan saudara mara, hubungan dengan rakan, keahlian dalam organisasi sosial dan penglibatan dalam aktiviti keagamaan. Akhir sekali gaya daya tindak klien, iaitu satu keadaan bagaimana cara klien bertindak kepada ancaman, sama secara *internalization* (hukum-diri, penafian, meminima, penarikan sosial, dll.) atau *externalization* (memberontak, reaksi paranoid, menyalahkan diri/orang lain, projeksi, dll).

- ix. Kekuatan klien. Profesional pemulihan perlu tumpukan kepada kekuatan klien yang boleh digunakan untuk membantunya – menjadi nilai terapeutik. Ia boleh membina semula keyakinan diri dan harga diri klien. Contoh soalan penilaian yang boleh digunakan ialah “Pada masa ini, terdapat sesuatu dalam diri anda yang menghalang anda daripada melakukan sesuatu yang lebih buruk, apakah perkara itu?” atau “Saya selalu mendengar perkara buruk mengenai anda, sekarang saya mahu imbanginya. Apakah perkara terbaik pernah anda lakukan?”
- x. Risiko untuk memudaratkan diri dan orang lain. Ia merupakan aspek penting yang perlu diambilkira dan tidak boleh diabaikan oleh profesional pemulihan. Soalan yang mudah boleh ditanya, seperti “Adakah anda pernah terfikir untuk mencederakan diri anda atau orang lain?” Jika ya, punca-punca mengapa keadaan ini berlaku, berapa lama ia telah berlaku, berapa kerap berlaku, kemungkinan untuk klien untuk bertindak dan sebagainya perlu diselidik.
- xi. Matlamat rawatan. Terdapat dua jenis matlamat yang perlu dinilai dan diketahui oleh profesional pemulihan. Pertama, matlamat ditentukan klien. Soalan yang mungkin membantu untuk mengenalpasti matlamat rawatan klien ialah antaranya “apa yang anda lihat masalah terbesar

anda?”, “apakah perbezaan yang anda mahu lihat dalam diri anda di akhir proses rawatan ini?” atau “bagaimana anda tahu apabila anda telah mencapai matlamat anda?” Matlamat kedua ialah matlamat pihak ketiga, iaitu matlamat yang diinginkan oleh pihak ketiga seperti matlamat yang ditetapkan atau diharapkan oleh ibubapa, pasangan, orang yang penting, majikan atau kerajaan itu sendiri.

- xii. Motivasi untuk berubah. Soalan yang paling mudah yang boleh digunakan untuk menilai motivasi klien ialah “apakah yang anda sedia lakukan untuk menyelesaikan masalah anda?” Terdapat tujuh faktor yang boleh dijadikan petunjuk dalam menilai tahap motivasi klien, iaitu kesediaan klien untuk mengambil bahagian dalam penilaian diagnostik; kejujuran klien memberi maklumat mengenai diri dan kesukarannya; keupayaan klien untuk mengenali simptom-simptom yang dialami; klien mempunyai sifat ingin tahu mengenai tingkahlaku dan motifnya; klien terbuka kepada idea-idea baru, dengan bersedia untuk menimbang-nimbang sikap yang berbeza; klien mempunyai jangkaan atau harapan yang realistik dalam rawatan; dan klien bersedia untuk berkorban dalam mencapai hasil yang diinginkan.

b. Pembinaan Rancangan Pemulihan

Dalam proses pembinaan rancangan pemulihan, tiga isu perlu diberi perhatian oleh profesional pemulihan iaitu pertimbangan awal, menentukan unsur-unsur asas dalam rancangan pemulihan dan apa yang perlu ada dalam rancangan pemulihan.

- i. Pertimbangan Awal. Isu-isu yang perlu dipertimbangkan oleh profesional pemulihan, tanpa mengira siapa klien atau tahap masalahnya ialah *pertama*, apa tujuan rancangan pemulihan dibina. Kedua-dua pihak perlu tahu tujuan rancangan pemulihan adalah untuk merancang rawatan khusus untuk klien. Bagi mencapainya, kedua-dua pihak tahu kedudukan masalah sekarang, ke mana harus di bawa, mengenal pasti cara yang paling berkesan untuk



mencapainya, mengenal pasti halangan-halangan yang bakal dihadapi dan jangkaan masa untuk mencapainya – sebagai panduan/peta yang boleh dijadikan rujukan. Rancangan pemulihan juga dibina untuk tujuan memenuhi keperluan pihak ketiga, sama ada bagi mendapatkan kelulusan ketua/jabatan sebelum ia dilaksanakan ataupun bagi tujuan pemantauan oleh pakar. *Kedua*, mengenalpasti pengguna rancangan pemulihan ini. Pihak pertama yang menggunakan rancangan ini ialah profesional pemulihan itu sendiri, iaitu sebagai peta/ panduan dalam mengendalikan rawatan kepada klien, memastikan rawatan berada pada landasan yang betul dan melaksanakan tanggungjawab bagi menyediakan keperluan rawatan yang diperlukan klien. Manakala pihak kedua pula ialah klien itu sendiri. Ia akan bertindak sebagai kontrak rawatan, jaminan, tanggungjawab dan peranan yang perlu dimainkan oleh kedua-dua pihak. Pihak ketiga ialah pihak yang berkepentingan kepada klien iaitu ketua, majikan atau pihak lain yang dirasakan perlu. Manakala pertimbangan *ketiga* ialah penglibatan klien. Klien perlu diperjelaskan dan memahami tahap penglibatannya supaya tidak timbul persoalan atau keengganan klien untuk melakukan sesuatu tugas/aktiviti. Klien perlu diberi pengetahuan/maklumat berkenaan pilihan rawatan dan hasil yang berkaitan dalam cara yang membolehkan klien membuat keputusan bagaimana untuk meneruskan proses rawatan.

- ii. Unsur asas dalam rancangan pemulihan. Terdapat tiga unsur asas yang perlu ada dalam rancangan pemulihan iaitu identifikasi masalah, matlamat dan objektif, dan strategi intervensi. Jongsma & Peterson (1999) menegaskan terdapat dua aspek penting dalam identifikasi masalah. Pertama, kemungkinan klien datang dengan membawa pelbagai masalah, oleh itu kedua-dua pihak perlu mengenal pasti dan membuat senarai keutamaan masalah yang paling penting yang perlu ditumpukan dalam rawatan. Kedua, masalah mesti didefinisikan dalam cara yang dapat ditentukan sebagaimana masalah dipaparkan dalam diri klien. Ia dapat membantu kedua-dua pihak

mengekalkan tumpuan rawatan dan menetapkan kriteria kejayaan sesuatu rawatan. Rawatan yang disediakan perlu sentiasa terarah kepada pencapaian sesuatu untuk diri klien, dinamakan objektif, iaitu sebahagian (*subordinate*) daripada matlamat atau satu daripada komponen yang diperlukan untuk mencapai matlamat, manakala matlamat pula ialah satu hasil keseluruhan yang diinginkan sepanjang tempoh terapi. Pelbagai objektif diperlukan untuk mencapai matlamat rawatan. Matlamat perlu spesifik, boleh dicapai dan memerlukan usaha untuk dicapai. Unsur ketiga ialah strategi intervensi iaitu proses atau pendekatan yang akan digunakan oleh profesional pemulihan untuk mencapai objektif dan matlamat rawatan. Strategi intervensi yang dipilih tidak semestinya menghadkan pilihan teknik-teknik lain yang perlu dan sesuai untuk klien, boleh diubah mengikut perkembangan semasa klien dan boleh dilaksanakan secara kombinasi (tidak terhad kepada sesuatu strategi sahaja).

- iii. Apa yang perlu ada dalam rancangan pemulihan. Kandungan yang perlu ada dalam rancangan pemulihan, yang dibincangkan secara ringkas di bawah, hendaklah dianggap sebagai suatu kandungan yang ideal. Dalam pengertian yang lain, kandungan ini secara realitinya mungkin tidak diperlukan untuk semua kes atau keadaan. Walau bagaimanapun, secara keseluruhan semua maklumat ini amat penting dan berkesan dalam membantu kedua-dua pihak profesional pemulihan dan klien dalam mencapai objektif dan matlamat rawatan.
- Sumber rujukan dan sebab dirujuk – mengetahui siapa dan mengapa klien dirujuk amat membantu dalam penyediaan rancangan pemulihan. Dua keadaan sumber rujukan dan sebab dirujuk, pertama, klien datang secara sukarela, mempunyai motivasi yang tinggi untuk berubah; dan kedua, dirujuk oleh orang lain seperti mahkamah, ibu bapa, majikan atau rakan (termasuk NGO).



- Masalah semasa – maklumat kedua ialah masalah apa yang membuatkan klien datang untuk mendapatkan rawatan. Sebolehnya masalah yang dinyatakan dalam bahasa atau perkataan yang diluahkan oleh klien, bukannya dibuat mengikut bahasa profesional pemulihan. Contoh: “Isteri saya mendesak saya datang ke sini. Kehidupan terlalu sukar, saya rasa saya tidak mampu melaluinya walaupun untuk mencuba. Semuanya seperti tidak berbaloi lagi”. Berbanding masalah yang akan ditulis oleh profesional pemulihan, “Klien menderita akibat kemurungan”.

- Senarai masalah – penilaian lengkap yang dilakukan akan mendedahkan banyak masalah yang dihadapi oleh klien. Semua senarai masalah ini hendaklah dinyatakan secara jelas dan tidak kabur. Contoh, “masalah di tempat kerja” agak kabur berbanding “masalah ponteng kerja”, “mengalami gangguan tumpuan semasa kerja” atau “produktiviti menurun”. Penyenaian masalah hendaklah berpunca daripada sumber klien sendiri, perujuk dan yang dikenal pasti oleh profesional pemulihan sendiri. Masalah-masalah yang disenaraikan (senarai masalah) hendaklah memenuhi kriteria berikut; pertama, difahami dan dinyatakan dalam bahasa yang jelas; kedua, mempunyai kesan yang signifikan dalam mempengaruhi kehidupan klien; dan ketiga, boleh diurus melalui intervensi psikologi, psikiatrik atau yang berkaitan. Sebaik sahaja semua masalah dikenal pasti dan disenaraikan, tugas profesional pemulihan seterusnya ialah membuat senarai keutamaan (*prioritization*) masalah, yang mana perlu diberi keutamaan untuk diselesaikan dan diletakkan dalam rancangan pemulihan. Dalam menentukan keutamaan ini, faktor berikut perlu diberi pertimbangan, iaitu pertama, sejauhmana masalah ini memberi kesan kepada kehidupan klien; kedua, masalah mana yang perlu diselesaikan dahulu (masalah kecil) bagi membantu penyelesaian masalah yang lebih besar

yang dikenal pasti oleh profesional pemulihan; ketiga, secara relatifnya mudah diselesaikan bagi memberi dorongan dan semangat kepada klien untuk mencapai matlamat yang lebih besar; dan keempat, masalah yang dinyatakan oleh klien penting bagi dirinya.

Timbul satu isu lain iaitu senarai atau bilangan masalah klien yang terlalu banyak – dan atas sebab-sebab yang tidak dielakkan seperti kekangan masa, tugasan lain profesional pemulihan dan sebagainya, profesional pemulihan dibenarkan menghadkan jumlah masalah mengikut kepentingan dan senarai keutamaan yang diputuskan bagi memastikan rancangan pemulihan kekal realistik dan konsisten dengan matlamat yang telah ditetapkan.

- Diagnosis – dalam kebanyakan kes, penggunaan alat DSM-IV-TR adalah dicadangkan kerana penggunaannya yang meluas dan menjadi kebiasaan (*familiar*).
- Matlamat dan objektif – antara sifat-sifat matlamat dan objektif yang penting ialah boleh dicapai, realistik, boleh diukur dan dinyatakan secara positif.
- Rawatan – antara isu yang perlu dijelaskan ialah pendekatan rawatan yang ingin digunakan iaitu bagaimana profesional akan membantu klien menyelesaikan masalahnya dan mencapai matlamat rawatan. Pertimbangan dalam memilih kaedah rawatan yang sesuai perlu berlandaskan kepada, pertama, adakah intervensi yang ingin dilaksanakan membolehkan klien mencapai semua atau sebahagian besar matlamatnya; kedua, adakah profesional pemulihan mempunyai kemahiran mencukupi untuk melaksanakan intervensi yang dirancangkan; ketiga, adakah profesional pemulihan mampu menjangkakan masa yang munasabah untuk melaksanakan intervensi



ini sehingga selesai; dan adakah terdapat intervensi lain yang boleh mendatangkan kesan yang sama dan kenapa ia tidak dipilih. Jenis rawatan juga perlu dinyatakan, sama ada psikoterapi, psikofarmakologi, perubatan, pendidikan atau sebagainya. Begitu juga dengan faktor kesediaan klien untuk berubah – pada tahap mana klien bersedia melibatkan diri secara aktif dalam rawatan berdasarkan tahap kesediaannya untuk berubah dan strategi-strategi intervensi yang sesuai dengan tahap perubahannya; fasiliti rawatan yang sesuai untuk klien – pesakit luar (pengawasan, jagaan lanjutan, dll.) atau pusat pemulihan; dan kekerapan sesi intervensi dan tempoh rawatan.

- Kekuatan klien – kekuatan klien dari segi kemahiran daya tindak, sifat dan personaliti – mampu memberi pilihan kepada profesional pemulihan untuk menentukan strategi intervensi yang sesuai kepada klien.
- Halangan-halangan kepada rawatan – sebarang halangan kepada pelaksanaan rancangan pemulihan sama ada ia benar-benar wujud atau berpotensi untuk wujud perlu diberi perhatian dan dinyatakan dengan jelas, bersama dengan kaedah mengatasinya – bagi mengelak gangguan kepada kelancaran pelaksanaan rancangan pemulihan. Antara halangan-halangan yang mungkin ialah halangan yang ada pada diri klien (seperti tahap motivasi, kesihatan, dll.); halangan persekitaran (seperti kurang sokongan keluarga, majikan, pasangan, rakan, dll. secara fizikal atau sosial); sumber-sumber terhad (seperti perkhidmatan sokongan, masa, dll.); dan sumber rujukan (seperti perubatan, psikiatrik, dll.).
- Kriteria untuk penamatan rawatan atau rujukan luar – tiada rancangan pemulihan yang akan selesai jika tiada kriteria ditetapkan untuk menentukan kejayaan rawatan. Kriteria yang ditentukan mestilah objektif dan boleh diukur.

- Tarikh semakan rancangan pemulihan – masa untuk membuat semakan terhadap rancangan rawatan perlu dinyatakan, dengan mengambil kira faktor keparahan masalah klien, tempoh masa pencapaian matlamat dan objektif yang ditetapkan dan jangkamasa klien berada dalam program rawatan. Walau bagaimanapun masa semakan yang dicadangkan ialah setiap tiga bulan.

d. Penulisan rancangan pemulihan

Proses terakhir yang perlu dilakukan ialah menterjemahkan segala maklumat yang diperolehi daripada penilaian yang dibuat ke dalam format dokumen rancangan pemulihan. Kandungan yang disyorkan untuk dimuat dalam rancangan pemulihan seperti yang dibincangkan sebelum ini (lapan perkara di atas) adalah digalakkan dan ideal. Namun begitu, kandungan asas yang mesti ada mestilah meliputi isu atau masalah yang perlu diberi perhatian, objektif dan matlamat yang ingin dicapai, strategi-strategi intervensi yang akan digunakan dan tempoh pencapaian.

Dalam hal ini, Agensi Antidadah Kebangsaan (2004) telah menetapkan standard penulisan rancangan pemulihan perlu meliputi kandungan berikut, iaitu isu atau masalah, objektif, strategi intervensi, kesan yang diharapkan dan tempoh masa. Semua profesional pemulihan yang bertugas di pusat-pusat pemulihan dan daerah di bawah Agensi Antidadah Kebangsaan adalah tertakluk kepada standard ini.

RUMUSAN

Rancangan Pemulihan yang dibina menggambarkan satu produk akhir yang ingin diusahakan oleh profesional pemulihan. Ia juga menunjukkan sejauhmana seseorang profesional pemulihan itu berusaha memahami seseorang klien, masalah yang dihadapi oleh klien dan keperluan-keperluan rawatan dan pemulihan yang sesuai dan perlu kepada klien. Nadi sebenar kepada sesuatu rancangan pemulihan ialah proses penilaian, kemudiannya diterjemahkan kepada pencapaian matlamat berasaskan objektif, matlamat dan strategi intervensi yang dicadangkan.



RUJUKAN

- Agensi Antidadah Kebangsaan. (2004). *Perintah Tetap Ketua Pengarah Bil. 2 Tahun 1998: Kurikulum/Kaedah Pelaksanaan Aktiviti Kaunseling di Pusat Serenti*. Putrajaya: Agensi Antidadah Kebangsaan.
- Beutler, L.E. (1995). The clinical interview. In L.E. Beutler & M.R. Berren (Eds.), *Integrative Assessment of Adulth Personality*. New York: Guilford Press.
- CSAT (Center for Substance Abuse Treatment). 1995. Planning for Alcohol and Other Drug Abuse Treatment for Adults in Criminal Justice System. U.S. Department of Health and Human Services.
- Clarkin, J.F., & Kendall, P.C. (1992). Comorbidity and treatment plan: Summary and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60: 904 – 908.
- Jongsma, A.E., & Peterson, L.M. (1999). *The Complete Adulth Psychotherapy Treatment Planner*. (2nd. Ed.). New York: Wiley.
- Makeover, R.B. (1992). Training psychotherapists in hierarchical treatment planning. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 1: 337 – 350.
- Maruish, E.M. (2002). *Essential of Treatment Planning*. New York: John Wiley & Sons.
- Naglieri, J.A. & Pfeiffer, S.L (1999). Use of the Devereux Scales of Mental Disorders for diagnosis, treatment planning and outcomes assessment. Dalam M.E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (2nd. Ed.) Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Seligman, L. (1993). Teaching treatment planning. *Counselor Education and Supervision*, 32: 287 – 297.

