

## ARTIKEL JURNAL

### PENGESANAN BEKAS PESERTA PROGRAM RAWATAN, PERUBATAN DAN PEMULIHAN DI KLINIK *CURE AND CARE 1* MALAYSIA

Amin Al Haadi Bin Shafie, Abd. Halim Bin Mohd. Husin, Mohd. Rushdan Bin Mohd. Jailani, Mohamad Isa Bin Amat, Khairunneezam Bin Mohd. Noor, Zainol Abidin Bin Ahmad, Mohd. Rafidi Bin Jusoh & Adam Fariz Bin Mohd. Zain

#### Abstrak

Kajian ini dijalankan bertujuan untuk mengesan bekas peserta program rawatan, perubatan dan pemulihan di Klinik *Cure and Care 1* Malaysia (C&C1M) di semenanjung Malaysia. Kajian ini berbentuk deskriptif yang melihat kesan rawatan terhadap tahap kesihatan mental dan spiritual, kualiti hidup, tempoh kekal pulih dan peringkat-peringkat perubahan dalam diri responden. Kajian ini dijalankan di 10 buah Klinik C&C1M di semenanjung Malaysia. Seramai 473 orang responden telah terlibat dalam kajian ini di seluruh negara. Pengkaji menggunakan soal selidik profil responden dan tiga buah alat ukur psikologi untuk mendapatkan data daripada responden. Penyelidik menggunakan soal selidik profil yang diperolehi daripada pihak AADK yang mempunyai soalan mengenai maklumat diri, tempoh kekal pulih dan jenis dadah yang digunakan apabila berhadapan dengan situasi relaps. Alat ukur *the Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale-Asian Centre for Research on Drug Abuse (WEMWBSACREDA)* pula digunakan untuk melihat tahap kesihatan mental dan spiritual responden dan hasilnya mendapati bahawa responden mempunyai tahap kesihatan mental yang rendah. Alat ukur *the World Health Organization Quality of Life (WHO-QoL Bref)* pula digunakan untuk melihat kualiti hidup responden dan dapatan menunjukkan bahawa responden menunjukkan skor di tahap yang baik untuk empat domain yang dikaji. Manakala, alat ukur *Stages of Change Scale* (Tahap-tahap Perubahan) pula digunakan untuk mengetahui tahap perubahan semasa responden selepas menjalani rawatan, perubatan dan pemulihan di Klinik C&C1M, dan menunjukkan majoriti responden berada pada tahap pertimbangan.

## **Pendahuluan**

Mulai 1 Julai 2010, pihak Agensi Antidadah Kebangsaan (AADK) telah melakukan transformasi bagi program rawatan dan pemulihan penagih dadah dengan menubuhkan Klinik *Cure and Care 1* Malaysia (C&C1M). Daripada pendekatan yang berbentuk *regimented, tough and rugged*, tiada pilihan dan berbentuk paksaan secara perundangan di Pusat Pemulihan Penagihan Narkotik (PUSPEN), program rawatan dan pemulihan ini telah diubah kepada program yang mengguna pakai pendekatan berkonsep terbuka, prihatin, mesra, terapeutik, program yang lebih berstruktur, sistematik, multiprogram serta mampu memenuhi keperluan kepulihan klien secara komprehensif.

Klinik C&C1M menawarkan perkhidmatan kepada keluarga klien atau sesiapa sahaja yang signifikan dengan klien. Klien yang hadir untuk menjalani program rawatan dan pemulihan dadah tidak terikat dengan implikasi undang-undang. Klien akan menjalani ujian dan penilaian terhadap penggunaan dadah sebelum kemasukan dan tiada tindakan undang-undang dikenakan kepada klien. Terdapat enam skop perkhidmatan yang ditawarkan di Klinik C&C1M iaitu; 1) *inpatient*, 2) *outpatient*, 3) rawatan klinikal, 4) terapi gantian metadhone, 5) rujukan dan advokasi serta 6) program tambahan.

Dari aspek jangka masa program rawatan dan pemulihan pula, ianya bergantung kepada tahap klasifikasi risiko yang di buat terhadap klien. Klien yang berisiko tinggi akan menjalani rawatan selama 90 hari, klien yang berisiko sederhana akan menjalani rawatan selama 60 hari manakala klien yang berisiko rendah pula perlu menjalani rawatan selama 30 hari. Kajian ini akan meneliti profil responden, tahap kualiti hidup, tahap kesihatan mental dan tahap kesediaan berubah.

## **Pernyataan Masalah**

Dadah telah diisytiharkan sebagai musuh nombor satu negara oleh Tun Dr. Mahathir bin Mohamad, Mantan Perdana Menteri Malaysia pada 19 Februari 1983 bersempena dengan sambutan Hari Anti Dadah Kebangsaan. Pihak kerajaan telah mendapati bahawa masalah dadah bukan lagi sekadar masalah sosial tetapi telah mula dianggap sebagai ancaman kepada keselamatan negara. Menyedari akan bahana dadah, Dasar Dadah Kebangsaan telah diperkenalkan pada tahun 2004 bertujuan untuk mewujudkan negara Malaysia bebas daripada gejala ancaman dadah menjelang 2015 bagi menjamin kesejahteraan hidup masyarakat dan mengekalkan kestabilan dan ketahanan nasional.

Pihak AADK telah menjalankan transformasi terhadap program rawatan dan pemulihan penagih dadah di Malaysia. Bermula pada 1 Julai 2010, Klinik C&C1M telah ditubuhkan bertujuan untuk menggantikan PUSPEN dan ia berkonsepkan pusat pemulihan penagihan narkotik secara terbuka serta turut menjadi pusat rujukan bagi memenuhi keperluan penagih. Menurut Puan Sri Dato' Hj. Zuraidah Mohamad, mantan Ketua Pengarah AADK, beliau terpanggil untuk mengubah program di PUSPEN agar lebih mesra dan bersifat lebih terbuka (Utusan Online, 2010).

Menurutnya lagi, idea inovatif pusat pemulihan itu tercetus apabila beliau mendapati tidak ada sebarang perubahan yang berlaku sama ada dalam kalangan penghuni pusat itu atau program yang dijalankan, semasa beliau memegang jawatan Pengarah Rawatan dan Pemulihan dari tahun 2003 sehingga 2006 (Utusan Online, 2010). Terkini, terdapat sebanyak 12 buah klinik C&C1M di seluruh Malaysia. Menurut Laporan Dadah 2012 (AADK, 2013) menunjukkan terdapat 23,688 klien telah mengikuti rawatan di Klinik C&C1M sehingga tahun 2012. Manakala, Laporan Dadah bagi bulan Disember 2013 pula menunjukkan terdapat 1500 klien yang telah mengikuti rawatan pada tahun 2013. Berdasarkan laporan tersebut, jumlah peserta program yang mengikuti rawatan di Klinik C&C1M adalah tinggi. Namun begitu, sehingga kini masih belum ada sebarang kajian saintifik yang memperincikan statistik yang tepat berkenaan jumlah peserta yang berjaya atau pun gagal mengikuti program di Klinik C&C1M dari aspek kesihatan mental dan spiritualiti, kualiti hidup dan kesediaan untuk berubah dalam kalangan peserta tersebut. Perkara ini penting kerana menurut WHO (1998), pesakit dan pengamal perubatan sudah menyedari nilai elemen kepercayaan, harapan, simpati dan mengambil berat tentang semasa proses rawatan dan pemulihan. Dimensi spiritual yang terlibat dengan faktor-faktor ini menjangkau semua kepercayaan agama yang ada. WHO juga mengkategorikan di bawah empat elemen utama (*transcendence, personel relationship, codes to live by and specific beliefs*) yang merupakan perkaitan kualiti hidup, kesihatan mental dan spiritual.

Hal ini menimbulkan pelbagai persoalan. Pertamanya, apakah sebenarnya yang berlaku kepada bekas penerima rawatan di Klinik C&C1M ini? Kedua, adakah mereka kekal dalam kepulihan atau telah menagih semula? Ketiga, adakah mereka memiliki kualiti hidup dan kesihatan mental yang baik serta boleh menjalankan fungsi-fungsi sosial yang normal? Keempat, jika mereka telah menagih semula, adakah mereka kembali mendapatkan rawatan di klinik C&C1M dan bersedia untuk berubah? Justeru itu, tanpa kajian yang terperinci, persoalan-persoalan tersebut tidak akan terjawab. Seterusnya, pihak AADK tidak dapat menentukan polisi program di Klinik C&C1M pada masa hadapan secara tepat.

### **Objektif Kajian**

Kajian Pengesanan Peserta Program Rawatan, Perubatan dan Pemulihan di Klinik C&C1M ini dijalankan bertujuan untuk mengesan bekas-bekas pelatih dan seterusnya mengenal pasti beberapa aspek seperti berikut:

- i. Mengetahui profil responden kajian.
- ii. Mengetahui tempoh kekal pulih bekas peserta program.
- iii. Mengetahui tahap kualiti hidup mereka pada masa kini.
- iv. Mengetahui tahap kesihatan mental dan spiritual mereka pada masa kini.
- v. Mengetahui tahap kesediaan berubah responden

## **Persoalan Kajian**

Kajian ini akan menjawab empat persoalan kajian. Persoalan kajian adalah seperti berikut:

- i. Apakah profil responden kajian?
- ii. Berapa lama tempoh kekal pulih responden selepas tamat menjalani program rawatan di Klinik C&C1M?
- iii. Bagaimanakah tahap kualiti hidup mereka pada masa kini?
- iv. Bagaimanakah tahap kesihatan mental dan spiritual mereka pada masa kini?
- v. Bagaimanakah tahap kesediaan berubah responden?

## **Kepentingan Kajian**

Dapatan kajian ini akan dapat meningkatkan pengetahuan tentang kualiti hidup, kesihatan mental pesakit dan spiritual serta tahap kesediaan berubah pesakit. Kajian ini juga dapat memberi kefahaman tentang keberkesanan program rawatan, perubatan dan pemulihan di Klinik C&C1M. Hasil kajian ini dapat dimanfaatkan oleh Kementerian Keselamatan Dalam Negeri (KKDN) dan AADK bagi menambah baik Modul Program C&C1M bagi mencapai matlamat Malaysia bebas dadah menjelang 2015.

## **Limitasi Kajian**

Kajian ini mempunyai limitasinya tersendiri. Antara limitasi kajian ini adalah dari segi masa, di mana tempoh untuk menjejak dan mengesan bekas peserta program rawatan, pemulihan dan perubatan di Klinik C&C1M yang sesuai unruk menjadi sampel mengambil masa yang lama. Tetapi masalah ini dapat diatasi dengan bantuan kaki tangan Klinik C&C1M yang terlibat dengan membuat pencarian responden dalam tempoh yang singkat.

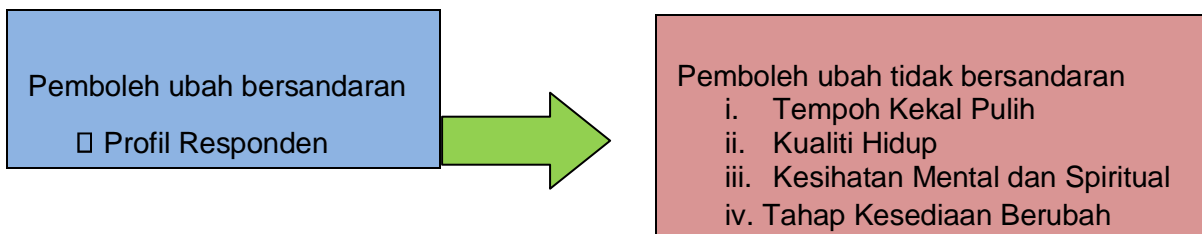
Terdapat beberapa soalan tidak dijawab oleh responden. Ini disebabkan oleh responden mungkin ingin menyembunyikan keadaan diri mereka yang sebenar. Responden lupa dengan tempoh masa kekal pulih selepas keluar dari institusi sehingga dipanggil untuk terlibat dalam kajian ini.

Kajian ini juga hanya memfokuskan kepada bekas peserta yang telah melengkapkan pakej program rawatan, pemulihan dan perubatan di Klinik C&C1M sama ada dalam tempoh 1 bulan, 2 bulan atau 3 bulan.

## Kerangka Konseptual

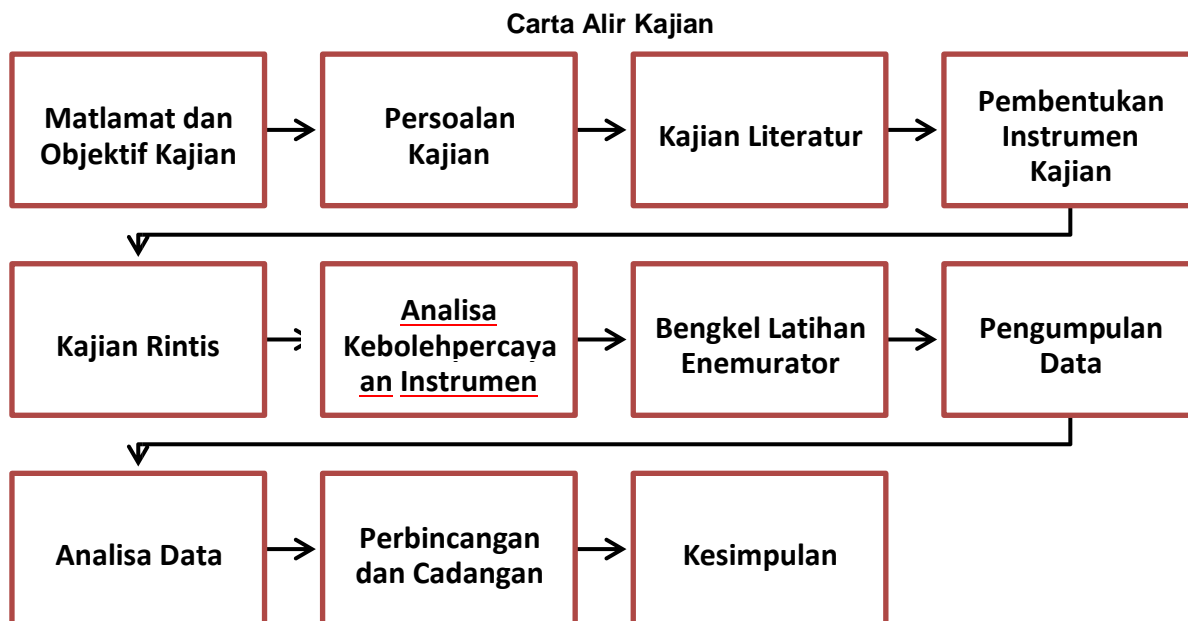
Rajah 1 di bawah adalah kerangka konseptual untuk kajian ini. Berdasarkan rajah ini, kajian ini terbahagi kepada dua jenis pemboleh ubah iaitu pemboleh ubah bersandaran dan pemboleh ubah tidak bersandaran. Pemboleh ubah bersandaran untuk kajian ini adalah profil responden, manakala pemboleh ubah tidak bersandaran bagi kajian ini pula adalah, 1) tempoh kekal pulih 2) kualiti hidup 3) kesihatan mental dan spiritual dan 4) tahap kesediaan berubah.

**Rajah 1 : Kerangka Konseptual Kajian**



## Metodologi Kajian

Kajian deskriptif menurut Walters (2008) adalah kajian bertujuan menceritakan fenomena sosial. Kajian bentuk deskriptif dijalankan untuk mendapatkan maklumat atau penerangan yang sistematik tentang sesuatu populasi. Sidek Mohd Noah (2005) pula menjelaskan bahawa reka bentuk kajian deskriptif ini memberi penerangan yang sistematik dan ciri-ciri sesuatu populasi atau bidang yang diminati secara dan tepat seperti menilai sikap pengundi pilihan raya atau kajian mengenai keperluan perkhidmatan bimbingan dan kaunseling di sektor korporat.



Rajah 3.1 menunjukkan proses bagaimana pengkaji menjalankan kajian untuk mendapatkan data dalam menjawab persoalan dan objektif kajian yang telah dipersetujui. Kajian ini bermula dengan penetapan matlamat kajian, objektif kajian dan persoalan kajian. Seterusnya, pengkaji meneliti kajian literatur dan membangunkan instrumen kajian. Kajian rintis dan analisis telah dijalankan bagi mendapatkan kesahan dan kebolehpercayaan instrumen kajian. Seterusnya, bengkel latihan enemurator dijalankan bertujuan untuk melatih ahli-ahli Pembimbing Rakan Sebaya (PRS) di Klinik C&C1M menggunakan instrumen kajian bagi mendapatkan data kajian daripada responden. Program pengumpulan data telah dijalankan bagi mendapatkan data kajian. Data kajian telah dianalisis menggunakan perisian *Statistical Package for Social Science* versi 20. Bengkel perbincangan hasil kajian telah dijalankan bertujuan untuk merumuskan dapatan kajian. Seterusnya, bengkel penulisan laporan kajian telah diadakan melibatkan semua pengkaji bertujuan untuk menyediakan laporan kajian.

### Lokasi Kajian

Lokasi kajian ini melibatkan kesemua Klinik C&C1M di semenanjung Malaysia. Ini melibatkan sebanyak 10 buah Klinik C&C1M. Jadual di bawah menunjukkan senarai Klinik C&C1M yang terlibat dalam kajian pengkaji :

Jadual 3.1: Klinik C&C1M Mengikut Zon dan Negeri

ZON	NEGERI	KLINIK C&C1M
Utara	Kedah	Karangan
	Pulau Pinang	Bukit Mertajam
Tengah	Selangor	Dengkil
	Kuala Lumpur	Sungai Besi

Selatan	Johor	Tampoi
	Negeri Sembilan	Tampin
Pantai Timur	Kelantan	Bachok & Kota Baharu
	Pahang	Sungai Ruan & Jerantut

### Populasi Dan Sampel

Dalam kajian ini, populasi yang ingin dikaji adalah bekas peserta program rawatan, perubatan dan pemulihan di Klinik Cure and Care 1Malaysia yang telah mengikuti pakej rawatan sama ada satu, dua atau tiga bulan dalam tahun 2010 sehingga 2013. Jadual 3.2 menunjukkan lokasi pengkaji mengutip data dan juga bilangan responden yang terlibat:

Jadual 3.2: Saiz Sampel Responden Mengikut Zon dan Negeri

ZON	NEGERI	KLINIK C&C1M	Saiz Sampel	Jumlah
Utara	Pulau Pinang	Bukit Mertajam	39	
	Kedah	Karangan	3	42
Timur	Kelantan	Bachok	3	
	Kelantan	Kota Bharu	43	79
	Pahang	Jerantut	31	
	Pahang	Sungai Ruan	142	
Tengah	Kuala Lumpur	Sungai Besi	142	144
	Selangor	Dengkil	2	
Selantan	Johor	Tampoi	42	75
	Negeri Sembilan	Tampin	33	
<b>JUMLAH KESELURUHAN</b>			<b>340 orang</b>	

Jadual 3.2 menunjukkan bilangan responden yang terlibat dan lokasi tempat kajian. Kajian ini mengambil sebanyak 340 orang responden untuk mewakili 2898 orang klien yang telah melalui program rawatan di Klinik C&C1M di seluruh negara dalam tahun 2010 sehingga 2013. Saiz sampel ini ditentukan dengan merujuk kepada jadual saiz sampel Krejcie & Morgan (1970). Tetapi dalam kajian ini pengkaji menambah bilangan responden sehingga 473 orang untuk mendapatkan maklumat yang lebih bagi kajian ini.

### Kaedah Pengumpulan Data

Kaedah pengumpulan data untuk kajian ini adalah berbentuk teknik persampelan berstrata atau *stratified sampling technique*. Persampelan strata ini adalah dengan membahagikan populasi ke dalam kumpulan-kumpulan berbeza supaya sampel mewakili satu dan hanya satu strata sahaja (Bless & Higson-Smith, 1995). Neuman (2006) menyatakan bahawa teknik persampelan berstrata berbeza

dengan tetapi lebih berkesan daripada teknik persampelan kebarangkalian atau *probability*. Teknik persampelan berstrata adalah seperti berikut:

- i. Pengkaji membahagikan populasi kepada beberapa sub-populasi atau strata untuk mendapatkan maklumat tambahan tentang populasi.
- ii. Setelah membahagikan populasi kepada strata tertentu, teknik persampelan rawak digunakan untuk setiap strata. Cara ini dapat membantu pengkaji untuk mengawal dan memastikan sampel yang di pilih dalam setiap strata.
- iii. Kaedah ini akan mendapat sampel yang betul-betul mewakili populasi daripada menggunakan teknik persampelan rawak (*random sampling technique*) yang sukar di kawal oleh pengkaji.

### **Analisis Data Dan Instrumen Kajian**

Data-data kuantitatif dianalisis dengan menggunakan komputer peribadi dan perisian yang popular yang digunakan iaitu *Statistical Package for the Social Science version 20* (SPSS v20). Dalam kajian ini data kuantitatif diperoleh daripada alat-alat ukur yang pengkaji gunakan iaitu:

- i. Borang Soal Selidik Profil Responden
- ii. Soal Selidik *the World Health Organization Quality of Life* (WHOQoL-BREF) versi terjemahan Bahasa Melayu
- iii. Soal Selidik *the Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale* versi terjemahan Bahasa Melayu (WEMWBS-ACREDA)
- iv. Soal Selidik *Stages of Change Scale* (SoCS)

Pengkaji memperolehi maklumat tentang tahap kualiti hidup, kesejahteraan mental dan spiritual serta tahap kesediaan berubah daripada alat-alat ukur ini.

Instrumen-instrumen yang digunakan dalam kajian ini, iaitu WHOQOL-BREF, WEMWBS dan SoCS, telah diuji dengan ukuran kebolehpercayaan *Cronbach's Alpha* menggunakan perisian SPSS 20, untuk mengukur nilai konsistensi dalaman ketiga-tiga instrumen kajian. Data-data yang diguna kali ini pula ialah data yang sebenar yang telah di kutip oleh pengkaji dari responden-responden kajian semasa membuat kajian lapangan di setiap C&C1MM.

Berdasarkan Jadual 3.5 di bawah, hasil analisis kebolehpercayaan mendapati bahawa nilai *Cronbach's Alpha* untuk instrumen dalam kajian ini masing-masing 0.892 untuk WHOQOL-BREF, 0.938 untuk WEMWBS dan 0.774 untuk SoCS. Nilai *Cronbach's Alpha* melebihi 0.8 dianggap sebagai kebolehpercayaan yang sangat tinggi, manakala nilai antara 0.7 hingga 0.8 dianggap sebagai kebolehpercayaan yang tinggi oleh Sekaran (2009) dan Pallant (2010). Untuk itu, ketiga-tiga instrumen yang digunakan dalam kajian ini memenuhi keperluan kebolehpercayaan statistik.



Jadual: Analisis Kebolehpercayaan Instrumen WHOQOL-BREF, WEMWBS dan SoCS

Instrumen	Cronbach's Alpha	Jumlah Item Soalan
WHOQOL-BREF	.892	26
WEMWBS	.938	20
SoCS	.774	32

### Dapatan Kajian Dan Perbincangan

#### i. Profil Responden Kajian.

Dapatan kajian jelas menunjukkan profil responden kajian ini di perolehi daripada item-item profil responden yang digunakan oleh pengkaji. Antara item yang dibincangkan adalah bilangan responden di setiap fasiliti rawatan dan pemulihan Klinik C&C1M di seluruh negara. Data menunjukkan Klinik C&C1M Bukit Mertajam merupakan pusat yang mendapat jumlah maklum balas yang tertinggi (98 orang = 100% respon). Manakala Klinik C&C1M Tampin pula menunjukkan jumlah respon yang paling rendah iaitu 21 orang daripada 33 orang (64%).

Daripada 473 respon yang di terima, 444 menyatakan responden telah menjalani pakej rawatan 1 bulan, 2 bulan dan 3 bulan di Klinik C&C1M. Manakala 29 responden tidak menyatakan pakej rawatan yang diikuti. Daripada 444 orang responden, majoriti responden mengikuti pakej rawatan selama 3 bulan (237 orang) iaitu 50.1%, kedua paling Terdapat 109 responden (23%) yang mengikuti pakej 1 bulan, dan 98 responden (20.7%) mengikuti pakej program 2 bulan. Manakala 29 responden memilih untuk tidak menjawab soalan ini. Lebih separuh daripada keseluruhan responden menamatkan program di C&C1M pada tahun 2013 (54.1%). Ia diikuti dengan 84 responden (17.8%) yang menamatkan program pada tahun 2012, dan 45 responden (9.5%) pada tahun 2011. 88 responden tidak memberikan jawapan kepada persoalan ini.

Kajian ini merungkai taburan responden mengikut pecahan sepuluh Klinik *Cure and Care 1Malaysia* (C&C1M) yang terlibat dalam kajian ini. Penyertaan tertinggi adalah dalam kalangan responden di C&C1M Sungai Besi (26%), di ikuti dengan C&C1M Bukit Mertajam (20.7%) dan C&C1M Tampoi (19.2%). Jumlah penyertaan terendah pula dicatat oleh C&C1M Dengkil dan Sungai Ruan dengan masing-masing 4 responden (0.8%). Ketiga-tiga Klinik C&C1M merupakan Klinik yang berada di kawasan bandar yang mempunyai hubungan pengangkutan yang baik dan mudah bagi mereka yang ingin ke Klinik C&C1M datang untuk menerima rawatan. Perkara ini juga mungkin disebabkan

kebanyakan responden kajian tinggal di kawasan bandar. Responden yang menetap di bandar adalah lebih ramai iaitu 311 orang (65.8%), berbanding responden yang menetap di luar bandar seramai 140 orang (29.6%). 22 orang responden tidak menyatakan lokality mereka. Walaupun kebanyakan responden tinggal di bandar, responden kajian menunjukkan bahawa, 283 (59.8%) mereka menetap dengan keluarga mereka sendiri lagi. Ini jauh lebih tinggi berbanding responden yang menyatakan bahawa mereka menetap dengan kawan atau pun sendiri (31.7%). 40 responden tidak menyatakan maklumat berkenaan tempat tinggal mereka.

Majoriti responden kajian merupakan bangsa Melayu (92%). Ini diikuti dengan bangsa Cina (4%), bangsa India (3.4%) dan lain-lain bangsa (0.6%). Dari segi agama pula, majoriti responden kajian merupakan penganut agama Islam (93%). Ini diikuti dengan penganut agama Hindu (2.1%), Kristian (1.9%), Buddha (1.7%), dan Lain-lain (1.3%).

Dari segi perkawinan dan rumahtangga, 319 responden (67.4%) masih bujang, diikuti dengan 68 responden (14.4%) yang telah berkahwin, dan 50 responden (10.6%) telah bercerai. Manakala 36 responden tidak memberikan maklum balas berkenaan status perkahwinan mereka sebelum rawatan. Selepas menerima rawatan, 277 (58.6%) responden menyatakan bahawa mereka masih bujang, berkahwin seramai 95 orang (20.1%), dan bercerai seramai 49 responden (10.4%).

Perbandingan status pekerjaan responden sebelum dan selepas mendapatkan rawatan di C&C1M mendapati bahawa terdapat 319 responden (67.4%) mempunyai pekerjaan sebelum rawatan, tetapi ianya berkurangan kepada 225 responden sahaja (47.6%) selepas mendapatkan rawatan. Jumlah responden yang menyatakan bahawa mereka tidak bekerja tidak berubah (3%). Terdapat penambahan 3 responden yang belajar selepas mendapat rawatan berbanding sebelum mendapat rawatan, iaitu daripada 13 kepada 16 responden.

Terdapat peningkatan hampir seratus peratus dalam jumlah responden yang tidak menyatakan jawapan untuk persoalan ini iaitu 218 berbanding sebelumnya 147 responden. Penyelidik juga menyelidik tentang tahap pendidikan responden kajian. Majoriti responden hanya mempunyai latar belakang pendidikan tertinggi di tahap sekolah menengah (70.8%). Ia diikuti dengan sekolah rendah (10.1%), kolej (5.1%), institut kemahiran (4.7%), dan universiti (1.7%). Lima responden (1.1%) menyatakan bahawa mereka tidak mendapat pendidikan formal.

#### Jadual Maklumat Profail Responden

---

<b>Frekuensi Peratus</b>			
Taburan Responden Mengikut Klinik C&C1M di Semenanjung	Dengkil	4	0.8
	Sungai Besi	123	26
	Sungai Ruan	4	0.8
	Jerantut	57	12.1
	Karangan	7	1.5
	Bukit Mertajam	98	20.7
	Kota Baharu	62	13.1
	Bachok	5	1.1
	Tampin	22	4.7
	Tampoi	91	19.2
	Jumlah	473	100
Bangsa	Melayu	435	92
	Cina	19	4
	India	16	3.4
	Lain-lain	3	0.6
	Jumlah	473	100
Agama	Islam	440	93
	Buddha	8	1.7
	Hindu	10	2.1
	Kristian	9	1.9
	Lain-lain	6	1.3
	Jumlah	473	100
Lokaliti	Bandar	311	65.8
	Luar Bandar	140	29.6
	Total	451	95.3
	System	22	4.7
	Jumlah	473	100
Tempat Tinggal	Keluarga	283	59.8
	Sendiri/ Kawan	150	31.7
	Jumlah	433	91.5
	Menjawab	40	8.5
Jumlah	473	100	
Status Perkahwinan Sebelum Rawatan	Bujang	319	67.4
	Berkahwin	68	14.4
	Bercerai	50	10.6
	Jumlah	437	92.4
	Tidak Menjawab	36	7.6

	Jumlah	473	100
Status Perkahwinan Selepas Rawatan	Bujang	277	58.6
	Berkahwin	95	20.1
	Bercerai	49	10.4
	Jumlah	421	89
	Menjawab	52	11
	Jumlah	473	100
Status Pekerjaan Sebelum Rawatan	Bekerja	319	67.4
	Tidak Bekerja	14	3
	Belajar	13	2.7
	Tidak Menjawab	127	26.8
	Jumlah	473	99.9
Status Pekerjaan	Bekerja	225	47.6
	Tidak Bekerja	14	3
Selepas Rawatan	Belajar	16	3.4
	Tidak Menjawab	218	46
	Jumlah	473	100
Tahap Pendidikan	Sekolah Rendah	48	10.1
	Sekolah Menengah	335	70.8
	Universiti	8	1.7
	Kolej	24	5.1
	Institut Kemahiran	22	4.7
	Tidak Mendapat Pendidikan	5	1.1
	Tidak Menjawab	31	6.6
	Jumlah	473	100
Tempoh Rawatan	1 bulan	109	23
	2 bulan	98	20.7
	3 bulan	237	50.1
	Jumlah	444	93.9
	Tidak Menjawab	29	6.1
	Jumlah	473	100
Tahun Menjalani Rawatan	2013	256	54.1
	2012	84	17.8
	2011	45	9.5
	Jumlah	385	81.4
	Tidak Menjawab	88	18.6
	Jumlah	473	100

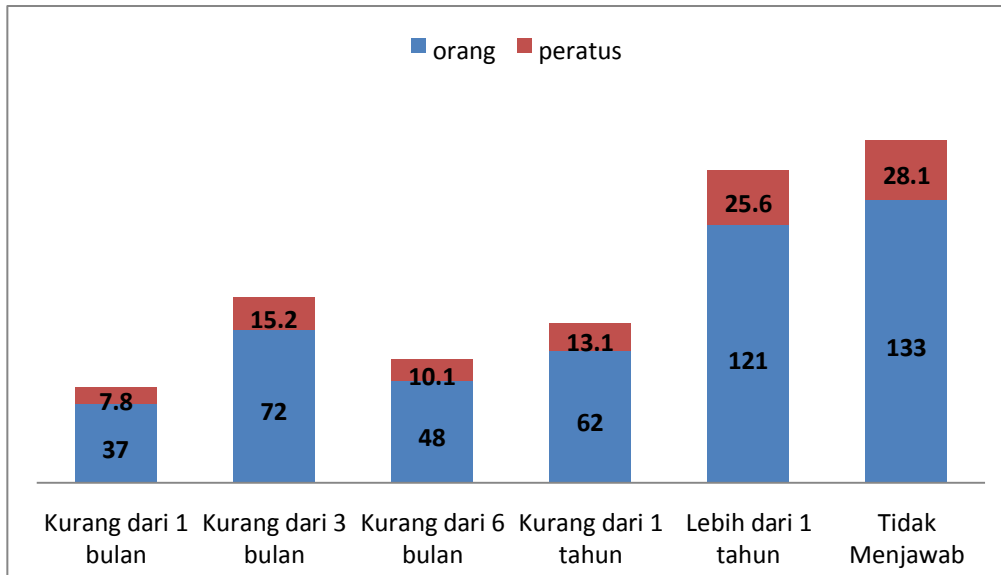
## ii. Tempoh Kekal Pulih Responden

Hasil daripada keputusan kajian tentang tempoh kekal pulih responden, menunjukkan bahawa 46.2% responden gagal mengekalkan tempoh kekal pulih kurang daripada 6 bulan pertama selepas tamat rawatan di Klinik C&C1M. Berbanding dengan 38.7% responden yang berjaya mengekalkan tempoh kekal pulih lebih daripada 6 bulan. Manakala 28.1% responden enggan menyatakan status kekal pulih mereka pada manamana tempoh. Pengkaji mengandaikan bahawa kemungkinan responden tidak pernah pulih atau relaps dalam tempoh yang kurang daripada sebulan selepas tamat mengikuti pakej rawatan di Klinik C&C1M.

*National Institute of Drug Abuse (NIDA)* (2012) menyatakan tempoh rawatan dan pemulihan penagihan dadah yang komprehensif hendaklah dijalankan sekurang-kurangnya selama 3 bulan hanya untuk mengurang atau menghentikan tabiat penggunaan dadah. Untuk mendapatkan kesan rawatan dan pemulihan yang lebih baik, tempoh yang lebih panjang adalah sangat penting, iaitu lagi lama tempoh rawatannya, lagi baik kesan pemulihannya kepada klien. Selain itu, program rawatan ini juga perlu direka khusus bagi memenuhi keperluan individu klien yang pelbagai dan unik. Aspek ini perlu disokong dengan kesinambungan program rawatan lanjutan yang merangkumi pendekatan pemulihan yang lebih holistik. Pendekatan holistik yang ditekankan adalah bukan sahaja melibatkan aspek pemulihan dan rawatan semata-mata tetapi juga memfokuskan aspek-aspek lain dalam kehidupan seperti pekerjaan, pendidikan dan kemahiran kerjaya, integrasi komuniti dan budaya, sokongan keluarga dan sosial, kelompok sokong bantu, perhubungan interpersonal, kesihatan mental dan fiizikal, persekitaran yang sihat dan tempat tinggal yang selamat serta mencari semula makna dan tujuan kehidupan (UNODC, 2008).

Antara cara yang boleh membantu untuk mengekalkan tempoh kepulihan penagih supaya tidak relaps adalah dengan adanya kumpulan sokong bantu (*Self Help Group*) yang boleh membantu responden yang telah tamat melalui pakej rawatan Capuzzi & Stauffer (2014). Di C&C1M, keadaan ini berbeza disebabkan selepas responden meninggalkan Klinik C&C1M untuk rawatan, kebanyakan responden tidak konsisten menghadiri program susulan bersama pengawai dan kaunselor AADK di Klinik C&C1M.

Rajah Tempoh Kekal Pulih Responden



### iii. Tahap Kualiti Hidup Responden Pada Masa Kini.

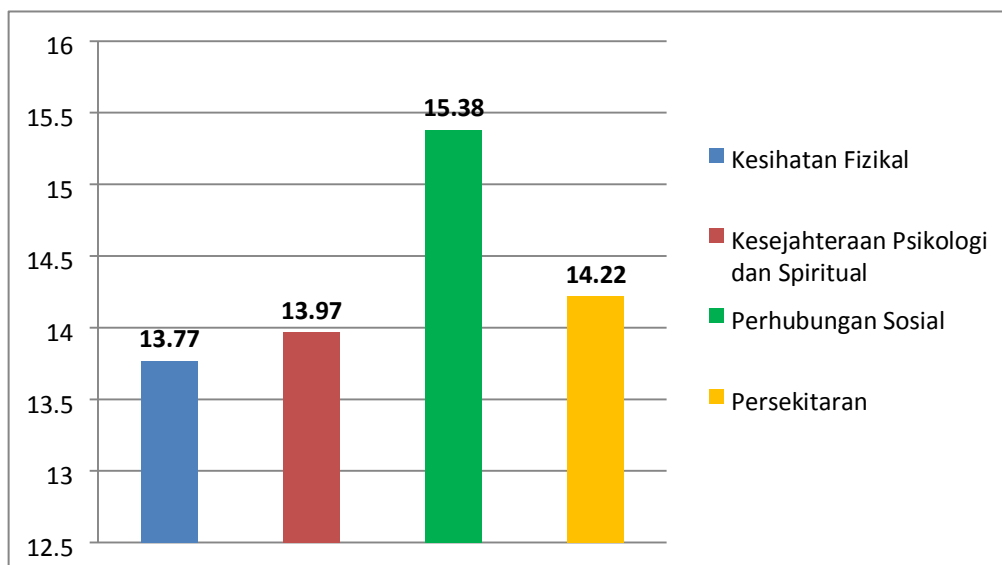
Keputusan kajian tahap kualiti hidup responden yang mengikuti pakej rawatan di Klinik C&C1M menunjukkan bahawa majoriti responden telah berada di tahap yang baik dalam aspek kesihatan fizikal, kesihatan psikologi, perhubungan sosial dan persekitaran. Perkara ini mungkin disebabkan oleh responden menjawab instrumen berdasarkan pengalaman mereka di Klinik C&C1M yang lebih terapeutik (perhubungan sosial dan rakan sebaya). Namun begitu, keadaan ini tidak boleh menjadi kayu ukur untuk menjamin responden akan mengekalkan tahap kualiti hidup yang baik apabila mereka berada di luar Klinik C&C1M.

Walapun hasil kajian menunjukkan tahap kualiti hidup baik, namun kajian-kajian yang lain menunjukkan tahap kualiti hidup dalam kalangan pengguna penyalahgunaan kokain sering dikaitkan dengan tahap kualiti hidup yang rendah. Lozano, Domingo Salvany, Martines-Alonso (2008) menjelaskan bahawa terdapat perbezaan antara mereka yang terlibat dengan penyalahgunaan kokain dan mereka yang tidak terlibat dengan penyalahgunaan dadah. Antara perbezaannya ialah seperti dari segi faktor sosio demografi (jantina), perubahan dan rawatan yang perlu di terima.

Srivastava, Bhantia, Rajendra dan Angad (2009) menjelaskan terdapat perkaitan antara tahap pengambilan dadah, tahap pergantungan pada dadah dengan rendahnya tahap kualiti dalam kehidupan. Penilaian terhadap kualiti kehidupan penagih penting dalam status klinikal untuk melihat dan jangkaan dalam relaps.

Klinik C&C1M menggunakan kaedah rawatan Methadone sebagai pengganti kepada dadah yang digunakan oleh pesakit. Terdapat kajian jangka masa panjang yang telah dijalankan dan keputusannya menunjukkan bahawa penggunaan methadone tidak menunjukkan peningkatan pada komponen sosial dalam tahap kualiti hidup. Terdapat juga kajian-kajian yang menunjukkan pelbagai jenis kesan fizikal, perhubungan dan psikiatrik jika pengguna opioid menunjukkan tahap rendah dalam tahap kualiti hidup dan tidak menunjukkan pengurangan pengambilan bahan terlarang. Antara kesan kepada pengguna opioid adalah masalah psikiatrik dan konflik interpersonal dengan keluarga (Padaigma, Subata, Vanagasi (2007), Wasserman, Sorensen dan Delucchi, (2006)).

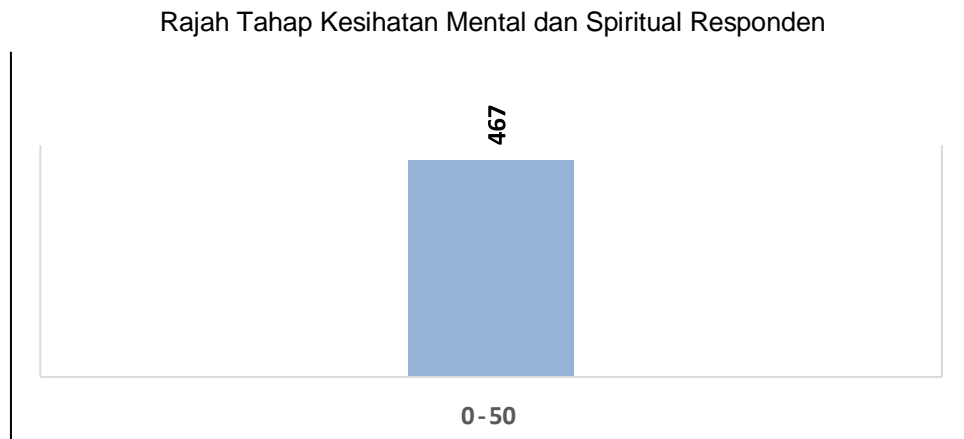
Rajah Tahap Kualiti Hidup Responden



**iv. Tahap Kesihatan Mental dan Spiritual Responden Pada Masa Kini.**

Dapatan kajian bagi tahap kesihatan mental dan spiritual menunjukkan kesemua responden yang menjawab skala ini (467 responden) berada dalam tahap kesihatan mental dan spiritual yang rendah. Perkara ini mungkin berlaku disebabkan kekurangan penekanan terhadap usaha membimbing responden kajian oleh pihak C&C1M terhadap kesihatan mental dan spiritual. Kesan daripada kurangnya penekanan kesihatan mental dan spiritual, boleh mendatangkan pelbagai masalah penyakit mental dan juga fizikal kepada diri seseorang. Ibrahim dan Fauziah (2008) menunjukkan penagih dadah mempunyai ciri-ciri emosi negatif, mengalami tekanan sosial dan konflik hubungan interpersonal.

Disebabkan pakej rawatan C&C1M tidak mendatangkan kesan yang tinggi dalam pemulihan tahap kesihatan mental dan spiritual, bekas peserta berkemungkinan besar menghadapi masalah-masalah kesihatan mental dan spiritual sama seperti mereka yang tidak melalui pakej rawatan C&C1M dan perkara ini perlu diberi fokus oleh pihak AADK untuk membuat satu tindakan yang drastik.



**v. Tahap Kesiediaan Berubah Responden (*Stages of Change*)**

Keputusan kajian tahap-tahap perubahan (SoC) bahawa kebanyakan responden berada di peringkat Pertimbangan (*Contemplation*) iaitu sebanyak 254 responden (53.7%). Manakala yang kedua tertinggi adalah di peringkat tindakan (*Preparation/Action*) iaitu sebanyak 121 responden (25.6%). Manakala, skor ketiga tertinggi responden berada di peringkat (*Precontemplation*) sebanyak 82 responden (17.3%). Hanya seorang responden sahaja yang telah berjaya mencapai peringkat pengekaln (*Maintenance*).

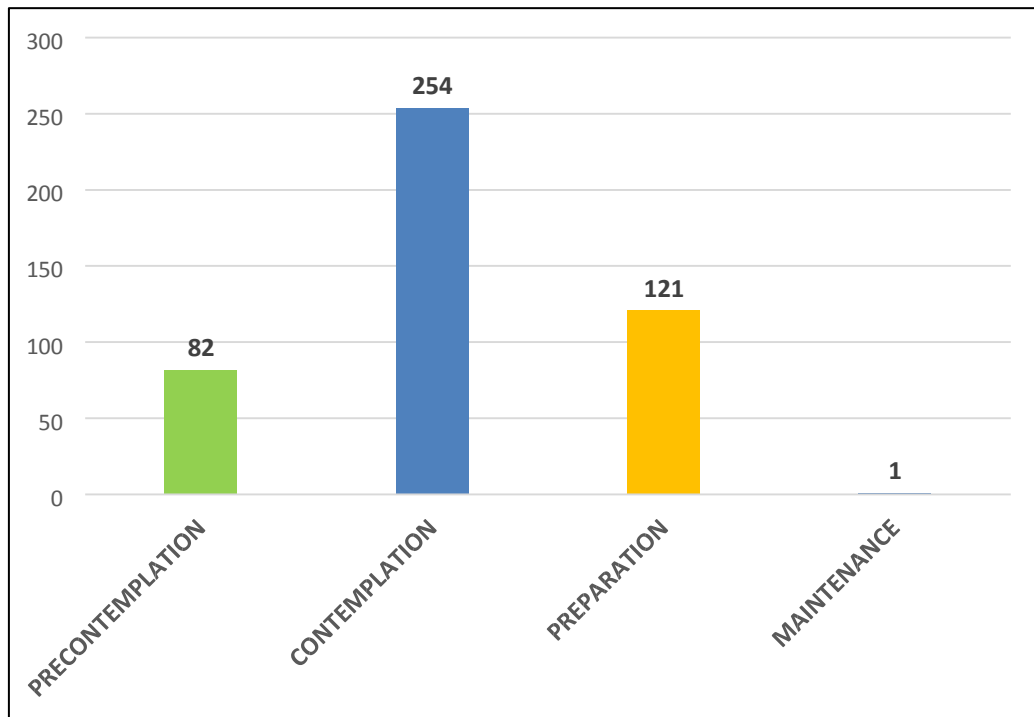
Menurut James, Proschaska, John, Norcross dan Carlo (2013), kebanyakan klien tidak melalui peringkat ini secara berturutan, kerana ada yang melaluinya peringkat-peringkat ini secara berliku (spiral) atau tidak mengikut susunan. Ini kerana kemungkinan kebanyakan klien akan mengalami relaps. Apabila berlakunya relaps, klien mungkin kembali kepada peringkat *contemplation*, *preparation* dan kembali ke peringkat tindakan semula. Untuk berhadapan dengan keadaan sedemikian, seseorang ahli terapi perlu bersedia untuk membuat perubahan dalam merawat golongan penagih ini.

Hasil daripada keputusan kajian ini juga, walaupun klien telah melalui pakej-pakej rawatan C&C1M, namun bilangan responden yang mencapai peringkat pengekaln (*Maintenance*) terlampau rendah, iaitu seramai seorang responden sahaja daripada 473



orang responden. Ini membuktikan bahawa pakej rawatan yang dilalui oleh responden tidak memberi kesan yang mendalam dan tidak membantu responden dalam menghadapi relaps pada masa yang akan datang.

Rajah Tahap-tahap Perubahan Responden (*Stages of Change*)



### Implikasi Dapatan Kajian Terhadap AADK, Kaunselor AADK, Pakej Rawatan dan Masyarakat Malaysia

#### Implikasi Terhadap AADK

73.4% klien yang menjawab instrumen di dapati masih lagi berada dalam tahap perubahan awal walaupun telah melengkapkan pakej rawatan lebih daripada 3 bulan di semua Klinik C&C1M seluruh negara. Sewajarnya, klien yang telah melengkapkan rawatan selepas lebih daripada 1-3 tahun, klien mampu berada pada tahap tindakan (*action*) dan pengekalan (*maintenance*). Ini menunjukkan bahawa pakej program rawatan dan pemulihan di Klinik C&C1M selama 3 bulan tidak mampu membantu klien dalam proses kepulihan sepenuhnya kepada peringkat tindakan dan pengekalan.

Pihak AADK wajar mengambil kira dapatan kajian ini sama ada ingin mengekalkan atau mengambil iktibar dalam mengubah dasar dadah negara berdasarkan rawatan berasaskan bukti (*evidence based treatment*). Dalam pada Malaysia berhasrat untuk mencapai status negara maju pada tahun 2020, pihak AADK perlu memainkan peranan utama dalam menentukan dasar dan polisi dadah negara. Manakala, usaha-usaha dalam program pencegahan, rawatan dan pemulihan secara beransur-ansur boleh dilaksanakan secara kerjasama dengan NGO untuk impak yang lebih berkesan. Dalam hal ini, AADK perlu menyediakan geran-geran dan bantuan kewangan serta aspek pemantauan kepada NGO yang berkaitan bagi menjalankan aktiviti pencegahan, rawatan dan pemulihan.

### **Implikasi Terhadap Kaunselor AADK**

Dapatan kajian ini juga menunjukkan kebanyakan responden masih berada di peringkat prapertimbangan (*pre-contemplation*) dan pertimbangan (*contemplation*). Sewajarnya, klien yang telah menamatkan tempoh rawatan selepas setahun mereka dapat mengekalkan tahap pada peringkat pengekalan (*maintenance*). Dalam aspek ini, penyelidik mengandaikan kaunselor AADK belum menguasai sepenuhnya kemahiran untuk membantu klien berubah dari peringkat pra-pertimbangan (*pre-contemplation*) dan pertimbangan (*contemplation*) ke peringkat yang lebih baik iaitu tindakan (*action*) dan pengekalan (*maintenance*). Penyelidik mencadangkan kaunselor AADK diberi lebih banyak latihan dan pendedahan temu bual motivasi (*motivational interviewing*) dan terapi tingkah laku kognitif (*cognitive behaviour therapy*) secara lebih teratur dan sistematik.

Pengetahuan dan kemahiran di atas memerlukan proses penyeliaan klinikal kaunseling oleh staf yang senior (pakar) kepada kaunselor, bagi meningkatkan tahap kecekapan dan amalan baik dalam rawatan dan pemulihan. Walau bagaimanapun, proses penyeliaan klinikal memerlukan latihan dan pendedahan secara berterusan daripada pakar. Ini boleh diusahakan kerjasama AADK dengan badan kerajaan dan NGO yang mempunyai kredibiliti dan kepakaran dalam menyediakan latihan dan pembangunan insan.

### **Implikasi Terhadap Pekej Rawatan Klinik C&C1M**

Dapatan kajian menunjukkan walaupun terdapat pemilihan pakej (1 bulan, 2 bulan dan 3 bulan), ada dalam kalangan responden tidak bersedia untuk melalui fasa-fasa pemulihan dalam pakej rawatan tersebut. Apabila responden telah menamatkan pakej tersebut mengikut tempoh masa rawatan, responden tersebut tidak bersedia untuk menghadapi cabaran apabila berada dalam masyarakat.

Akibatnya, responden sangat terdedah kepada kemungkinan untuk relaps.

Selain daripada itu, pihak penyelidik juga ingin mencadangkan pelaksanaan program penggantian methadone (MMT) perlu dikaji dan ditambah baik semula. Penyelidik mencadangkan supaya memperkasa penggunaan kaedah kaunseling dan spiritual dalam membantu klien untuk melalui fasa-fasa pemulihan dan mencapai tahap pengekalan (*maintenance*) tanpa bergantung kepada methadone sahaja.

Penyelidik menyarankan pihak C&C1M dapat menyesuaikan sesuatu pakej pemulihan bergantung kepada keupayaan dan sumber seseorang klien. Keupayaan ini terbahagi sama ada klien tersebut sesuai untuk mengikuti pakej rawatan secara sukarela atau rujukan di pusat-pusat seperti Pusat Rawatan dan Pemulihan (CCRC). Ini disebabkan proses pemulihan bergantung kepada klien itu sendiri sama ada dirinya mempunyai kecekalan dan disiplin diri untuk mencapai tahap kepulihan kekal.

Pihak AADK disarankan untuk melihat kembali kewajaran menawarkan pakej rawatan dalam tempoh satu hingga tiga bulan kepada sekurang-kurangnya enam hingga sembilan bulan berdasarkan kepada rawatan berasaskan bukti (*evidence based treatment*) dan penyelidikan (*research based*). Penyelidik mencadangkan tambahan kepada elemen pemulihan seperti pendekatan spiritual, kesihatan mental dan kesejahteraan diri, dan tahap perubahan tingkah laku mestilah diperkasa.

### **Implikasi Terhadap Masyarakat**

Pemulihan adalah satu proses yang berterusan sepanjang hayat. Responden yang berjaya menamatkan pakej rawatan dan pemulihan di klinik C&C1M, sewajarnya harus mendapat sokongan daripada kelompok sokong bantu dalam melestarikan pemulihan mereka. Antara jenis kelompok sokong bantu yang terdapat di Malaysia antaranya adalah, *Narcotic Anonymous*, *Alcohol Anonymous*, dan sebagainya. Walaupun kewujudan kelompok sokong bantu ini tidak dikenali secara umum, tetapi kewujudannya sangat signifikan terhadap tempoh kekal pulih (*abstinence*) apabila responden kembali ke pangkuan masyarakat.

Penglibatan responden dalam aktiviti kelompok sokong bantu ini, membantu meningkatkan kekebalan kepulihan mereka. Antara perkara yang perlu difahami oleh masyarakat dan responden sendiri iaitu falsafah kepada kelompok sokong bantu tentang relaps. Pada pandangan kelompok sokong bantu ini, relaps merupakan sebahagian daripada proses ketagihan dan bukannya sebahagian daripada proses pemulihan (Cappuzzi & Stauffer, 2014). AADK perlu mengilmukan keluarga, masyarakat dan pemimpin masyarakat untuk bersama-sama berganding bahu berusaha secara sistematik dan tersusun dalam kepulihan klien selepas tempoh rawatan. Pihak AADK juga digalakkan untuk sentiasa mengadakan interaksi dengan pemimpin masyarakat dan juga badan-badan bukan kerajaan bagi mendapat impak pemulihan yang lebih berkesan berdasarkan kesesuaian sosio-budaya dan lokaliti setempat.

Peranan keluarga dan keibubapaan dalam sistem keluarga yang terjejas dengan penagihan dadah adalah tinggi, tetapi masyarakat sewajarnya tidak meletakkan pengharapan yang tinggi dan tidak realistik kepada ibu bapa penagih. Perkara ini boleh menyebabkan tekanan yang tinggi kepada ibu bapa dan juga penagih itu sendiri. Disebabkan tekanan yang tinggi yang dihadapi oleh ibu bapa dalam membantu anak mereka yang ketagih dan menjadi ibu bapa yang baik, ini boleh menyebabkan ibu bapa berkenaan berhadapan dengan penurunan rasa puas hati dalam penglibatan bersosial dan juga penyalahgunaan alkohol. (Cappuzzi & Stauffer, 2014; Richman, Rospenda & Kelly, 1994).

### Rujukan

- Abbas, Kian, Masoud & Ali (2014). Challenges of recovery in medium-term residential centers, *Med J Islam Repub Iran*. 2014; 28: 106.
- Abraham Verghese (2008). Spirituality and Mental Health. *Indian Journal Psychiatry*, 50(4): 233-237. doi: <http://dx.doi.org/10.4103%2F0019-5545.44742>.
- AIDS Patient Care and STDs. November 2008, 22(11): 859-867.
- Arevalo, S., Prado, G., & Amaro, H. (2008). Spirituality, sense of coherence, and coping responses in women receiving treatment for alcohol and drug addiction. *Evaluation and program planning*, 31(1), 113-123. <http://dx.doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2007.05.009>.
- Arulrajah, A. A. (2005). *Hubungan kesihatan psikologi dengan persepsi tekanan, stail menangani tekanan, dan sokongan sosial di kalangan pelajar universiti*. Tesis sarjana yang tidak diterbitkan, Universiti Putra Malaysia, Serdang, Selangor.
- Azlin Baharudin, Lotfi Anuar, Suriati Saini, Osman Che Bakar, Rosdinom Razali & Nik Ruzyanei Nik Jaafar (2013). Psychiatric Comorbidity Among Community-based, Treatment Seeking Opioid Dependents in Klang Valley, *Sains Malaysiana*, 42(3) (2013): 417-421.
- Bless, C. & Higson-Smith, C. (1995). *Fundamental of Social Research Methods*. Juta and Company Ltd.
- Carlsson, E., Olsson, S.B. & Hertevig, E. (2002). The role of the nurse in enhancing quality of life in patients with an implantable cardioverterdefibrillator: the Swedish experience. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 17(1):18-25.
- De Maeyer, J, Vanderplasschen, W., & Broekaert, E. (2008). Exploratory study on drug users' perspectives on quality of life: More than healthrelated quality of life? *Social Indicators Research*, 90 (1), 107-126.
- Chua Yan Piaw (2006). *Asas Statistik Penyelidikan*. Kuala Lumpur: Mc-Graw Hill.
- Dykin, E.Y., Levy, J.C. & Wells, V. (1987). Adolescent depression, alcohol and drug abuse. *Am J Public Health*, 77(2): 178-182. doi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1646826/>
- Given, I. & Lisa, M. (2008). *The Encyclopedia of Qualitative Research Methods*.
- Grant, B.F. and Pickering, R. (1996). Comorbidity between DSM-IV alcohol and drug use disorders: Results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Alcohol Health Res. World*. 20: 67-72.
- Harold, G.K. (2009). Medicine, Religion, and Health: Where Science and Spirituality Meet, *Journal of Pastor, Care and Counselling*, Vol. 63, No.1,2.

- Hassan Langgulung. 1983. *Teori-teori kesihatan mental: Perbandingan psikologi moden dan pendekatan pakar-pakar Pendidikan Islam*. Kajang: Pustaka Huda.
- Hubley A.M, Russell L.B & Palepu A. (2005). Injection drug use quality of life scale (IDUQOI): A validation study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3:43 doi: 101186/1477-7525-3-43.
- Jabatan Perdana Menteri (1999) kualiti hidup Malaysia 1999. Kuala Lumpur: Jabatan Perdana Menteri.
- Katsching, 1997 How useful is the concept of quality of life in Psychiatry?. In quality of life in Mental Disorders (1997), pp. 3–16.
- Kementerian Kesihatan Malaysia (2005). *Manual mesej utama dan sokongan: kempen cara hidup sihat setting tempat kerja*. Kuala Lumpur: Bahagian Pendidikan Kesihatan Kementerian Kesihatan Malaysia.
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen H-U, Kendler KS. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 51(1): 8–19.
- Laporan Antidadah 2013, Agensi Antidadah Kebangsaan.
- Levy-Lyons, A. (2012). "The Religious Counterculture." *Tikkun* 27(2): 45.
- Lozano OM, Domingo-Salvany A, Martinez-Alonso M et al. Health-related quality of life in young cocaine users and associated factors. *Qual Life Res*. 2008; 17(7): 977 – 85.
- Majid Konteng (2000). *Kaedah Penyelidikan Pendidikan*. Kuala Lumpur: Dewan Bahasa dan Pustaka.
- Moore TH, Zammit S, Lingford-Hughes A, Barnes TR, Jones PB, Burke M & Lewis G (2007). Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet*, 370(9584): 319-28. doi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17662880>
- Muhammad Yusuf Khalid (2010). Psycho-Spiritual Approach for Drug Addiction Rehabilitation. *Jurnal Antidadah Kebangsaan*. 143-151.
- Neuman.W,L.(2014) Social Research Method: Quantitative and Qualitative Approach, Pearson Education Limited
- Nachmias, D. & Nachimias, C. F. (1976). *Research Methods in the Social Sciences*. St. Martin's Press.
- National Institute of Drug Abuse (NIDA) (2012). *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research Based-Guide*. USA: NIH Publication.
- Nik Jaafar Nik Ruzyanei, Mislan Noormazita, Abdul Aziz Salina, Baharudin Azlin, Ibrahim Normala, et al. 2013. "Risk Factors of Erectile Dysfunction in Patients Receiving Methadone Maintenance Therapy." *The journal of sexual medicine* doi:10.1111/jsm.12105.
- Oxford Dictionary of Psychology (2008). Oxford University Press.
- Parameshvara, D.M. (2010). Malaysia mental health country profile. *Int Rev Psychiatry*, 16, 167-76.
- Patton, G., Coffey, C., Carlin, J., Degenhardt, L., Lynskey, M., Hall, W (2002). Cannabis use and mental health in young people: cohort study. *Br. Med. J*. 25:1195–1198.
- Petry, N.M., Alessi, S.M. & Hanson, T. (2007). Contingency management improves quality of life in substance abusers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 307-315. G. Prochaska, J. O., W. F. Velicer, et al. (1988). "Measuring processes of change: Applications to the cessation of smoking." *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56(4): 520-528.

- Prochaska, J.O., Norcross, J.C., Fowler, J., Follock, M.J., Abrams, D.B. (1992). "Attendance & outcome in a worksite weight control program: Processes and stages of change as process and predictor variables." *Addictive Beh.* 17: 35-45.
- Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviours. *Am Psychol* 47:1102.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2013). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis* (8th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole. ISBN 978-1133314516
- Sheldrake P. (2007) *A Brief History of Spirituality*. Blackwell Publishing, London.
- Raphael, D., Rukholm, E., Brown, I., Hill-Bailey, P. and Donato, E. (1996). *The Quality of Life Profile—Adolescent Version: background, description, and initial validation. Journal of Adolescent Health, 19, 366–375.*
- Raphael, D., Renwick, R., Brown, I., Steinmetz, B., Sehdev, H. And Phillips, S. (2001). Making the links between community structure and individual well-being: Community quality of life in Riverdale, Toronto, Canada. *Health and Place, 7, 179-196.*
- Ross, C.E., Willigen, V., 1997. Education and the subjective quality of life. *Journal of Health and Social Behavior* 38, 275-297.
- Ross, K.N. (2005). Sampling Design for Education Survey Research. [http://www.unesco.org/iiep/PDF/TR\\_Mods/Qu\\_Mod3.pdf](http://www.unesco.org/iiep/PDF/TR_Mods/Qu_Mod3.pdf)
- Salasiah Hanin Hamjah (2000). Bimbingan spiritual menurut al-Ghazali dan hubungannya dengan keberkesanan kaunseling: satu kajian di pusat kaunseling majlis agama Islam negeri sembilan. *ISL MYY T 32* (2010): 41-61. doi: <http://journalarticle.ukm.my/7495/1/1863-3547-1SM.pdf>
- Shaughnessy, J.J.; Zechmeister, E.B; & Zechmeister, J.S. (2003). *Research Method in Psychology*. 6ed McGraw Hill. New York.
- Shedler J, and Block J (1990), "Adolescent Drug Use and Psychological Health: A Longitudinal Inquiry," *American Psychologist*, Vol. 45, No. 5, pp. 612–630. Stevens, S., Murphy, B. McKnight, K. (2003). Traumatic stress and gender differences in relationship to substance abuse, mental health, physical health, and HIV risk behavior in a sample of adolescents enrolled in drug treatment. *Child maltreatment, 8*(1):46-57.
- Sidek Mohd Noah (2005). *Pengujian dan Penilaian dalam Kaunseling: Teori dan Aplikasi*. Selangor: Universiti Putra Malaysia.
- Singleton, R. A., & Straits, B. C. (2005). *Approaches to social research (4th ed.)*. New York: Oxford University Press.
- Stein M.D, Mulvey K.P, Plough A, Samet J.H (1998). The functioning and well being of persons who seek treatment for drug and alcohol use. *Journal of Substance Abuse, 1998, 10*:75-84.
- Sussman, Nezami & Mishra (1997). On operationalizing spiritual experience for health promotion research and practice. *Alternatice Therapies in Clinical Practice, 4, 120-124.*
- Tam Cai Lian & Foo Yie Chu (2013). A qualitative Study on Drug Abuse Relapse in Malaysia: Contributory Factors and Treatment Effectiveness. *International Journal of Colloborative Research on Internal Medicine and Public Health, Vol. 5, No. 4, 217-232.* doi: <http://www.iomcworld.com/ijcrimph/files/v05-n04-03.pdf>.
- Thomas A. Wills & Michael G. Ainette (2008). Good self-control as a buffering agent for adolescent substance use. *Psychol. Addict. Behav., 22*(4): 459-471. doi: <http://dx.doi.org/10.1037%2Fa0012965>

- Tri Anggun & Muji Sulistyowati (2012). Analysis of Drug Abuse In Adolescent Behaviour based on Transtheoretical Model. *Media Jurnal Promkes*, Vol 1, No.1, doi: [http://journal.unair.ac.id/filerPDF/abstrak\\_387854\\_tpjua.pdf](http://journal.unair.ac.id/filerPDF/abstrak_387854_tpjua.pdf)
- Torrens M, San L, Martinez A, Castillo C, Domingo-Salvany A, Alonso J (1997). Use of the Nottingham Health Profile for measuring health status of patients in methadone maintenance treatment. *Addiction*. 92:707-716.
- John Turbott (2004). Religion, spirituality and psychiatry: steps towards reapproachment. *Australasian Psychiatry*, Vol.12 Issue 2, 145-147. doi: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.10398562.2004.02094.x/abstract>
- Unit Perancang Ekonomi (1999). Laporan Kualiti Hidup Malaysia 1999. Jabatan Perdana Menteri. Dicapai pada Oktober 1, 2010 dari <http://202.75.7.57/New20Folder/publication/mqli99/All.pdf>.
- Utusan Online, (2010, May 7) *Pendekatan Bantu Penagih*, retrieved from website: [http://ww1.utusan.com.my/utusan/info.asp?y=2010&dt=0705&pub=Utusan\\_Malaysia&sec=Rencana&pg=re\\_02.htm](http://ww1.utusan.com.my/utusan/info.asp?y=2010&dt=0705&pub=Utusan_Malaysia&sec=Rencana&pg=re_02.htm)
- Voyer P, Landreville P, Moisan J, Tousignant M. & Preville M. (2005). Insomnia, depression and anxiety disorders and their association with benzodiazepine drug use among the communitydwelling elderly: implications for mental health nursing. *Int J Psychiatr Nurs Res*. 10: 1093– 116.
- Walizer, M. H. & Wienir, P. L. (1978). *Research Methods and Analysis: Searching for Relationships*. New York: Harper & Row.
- Walter, M. (2008). *Indigenous Statistics: A Quantitative Research Methodology*. Left Coast Press.
- Wills, T. A., F. X. Gibbons, M. Gerrard, V. M. Murry & G. H. Brody (2003). *Handbook of religion and health*. USA: Oxford University Press.
- World Health Organisation. The constitution of the World Health Organisation. *WHO Chronicle* 1947;1.
- Yeap, R., & Low, Y. Y. 2009. Mental health knowledge, attitude and help-seeking tendency: A Malaysian context. *Singapore Med Journal*, 50, 12, 1169-1176.