

MODUL PENYELIAAN KAUNSELING KLINIKAL DAN PERKEMBANGAN PROFESIONAL DALAM KALANGAN PEGAWAI PEMULIHAN DADAH

Nur Faizah Abdul Kahar¹ & Farhana Sabri²

^{1,2}Fakulti Kepimpinan dan Pengurusan, Universiti Sains Islam Malaysia

Abstrak

Modul penyeliaan kaunseling klinikal merupakan satu modul penyeliaan yang dirangka untuk mewujudkan satu garis panduan yang seragam dalam melaksanakan penyeliaan kaunseling klinikal. Pembangunan modul ini berasaskan *Discrimination Model of Supervision and SAMHSA's competencies on addiction counseling* dan diselaraskan mengikut konteks AADK. *Explanatory sequential design* digunakan bagi mengumpul data daripada 30 orang responden yang terdiri daripada pegawai pemulihan yang berkhidmat di pusat rawatan dibawah seliaan AADK. Modul penyeliaan kaunseling klinikal ini terdiri daripada 5 bahagian utama iaitu; (1) Pengenalan, (2) Garis Panduan Penyeliaan Kaunseling Klinikal, (3) Proses Penyeliaan Kaunseling Klinikal, (4) Dokumentasi dan Penyimpanan Rekod serta (5) Penilaian. Pembangunan modul ini membantu pelaksanaan amalan penyeliaan klinikal dan perkembangan professional pegawai pemulihan khususnya daripada bahagian rawatan dan pemulihan AADK dalam memberikan servis perkhidmatan yang terbaik.

Kata kunci: Kaunseling, Pembangunan Professional, Penyeliaan Klinikal, Rawatan Dan Pemulihan Dadah.

LATAR BELAKANG

Dadah adalah musuh dan pemusnah kehidupan. Terdapat banyak kajian terdahulu mengenai bahaya dadah telah dijalankan dan hasil kajian mendapati penyalahgunaan dadah merupakan satu-satunya masalah sosial yang paling rumit dan sukar untuk diatasi di Malaysia (Rokiah Ismail, 2010). Malah, laporan statistik yang telah dikeluarkan oleh Agensi Anti Dadah Malaysia (AADK) bagi tahun 2012 hingga 2016 terus menunjukkan peningkatan kes penagihan dadah di Malaysia bagi semua peringkat usia. Jumlah penagih mengikut kelulusan akademik terus menunjukkan peningkatan yang membimbangkan bermula dari 15,101 bagi tahun 2012, kemudiannya 20,887 pada 2013, 21,777 pada 2014, manakala bagi tahun 2015, 26,668 dan akhirnya meningkat menjadi 30,844 bagi tahun 2016 (Portal Rasmi Agensi Anti Dadah Malaysia, 2017). Hal ini merupakan sesuatu yang membimbangkan dan memerlukan pemerhatian yang serius daripada pihak yang bertanggungjawab.

Dadah boleh didefinisikan sebagai satu bahan kimia psikoaktif yang digunakan bukan untuk tujuan perubatan yang mana penggunaannya adalah dilarang (Buku Maklumat Dadah, 2015). Pengambilan bahan ini akan menyebabkan berlakunya pergantungan secara fizikal dan psikologikal serta peningkatan kadar tolerans dalam kehidupan seseorang. Selain itu, penggunaan dadah juga akan menyumbang kepada kesan buruk dari segi kesihatan, diri, keluarga dan masyarakat. Penyalahgunaan dadah ini turut menjadi punca kepada peningkatan penyakit-penyakit sosial yang lain seperti pelacuran, keganasan dan jenayah serta penyebaran virus Human Immunodeficiency Virus (HIV) dan Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS). Hal ini kerana, pemikiran rasional individu yang terlibat dengan penyalahgunaan dadah akan terganggu akibat daripada pengambilan barang terlarang tersebut. Perkara-perkara negatif seperti ini bukan sahaja akan menggugat keamanan dan keselamatan negara, malah turut memberi kesan yang negatif daripada sudut ekonomi, sosio budaya dan politik negara ini.

Pelbagai langkah telah diwujudkan untuk mengurangkan kadar peratusan penagihan dadah di negara ini. Antara usaha pihak kerajaan adalah dengan mewujudkan Agensi Anti Dadah Kebangsaan (AADK). Objektif AADK adalah; 1) Mencegah seseorang daripada terlibat dengan dadah 2) Merawat dan memulih penagih dadah 3) Mencegah penagihan semula serta 4) Membanteras bekalan, pengedaran dan penyalahgunaan dadah (Portal Rasmi Agensi Anti Dadah Malaysia, 2017). Objektif-objektif ini dicapai dengan menghapuskan permintaan dan bekalan dadah dalam negara melalui kaedah pencegahan, rawatan dan

pemulihan, penguatkuasaan serta kerjasama antarabangsa. Bahagian Rawatan, Perubatan dan Pemulihan (BRPP) merupakan antara bahagian yang terpenting dalam agensi ini. Inisiatif telah dibuat oleh bahagian ini dengan melaksanakan transformasi terhadap pendekatan program rawatan dan pemulihan dadah seiring dengan dasar AADK demi mencapai visi dan misi agensi.

Perubahan pola penggunaan dadah dan gejala gangguan mental yang dilihat semakin kerap berlaku di Malaysia menunjukkan masalah penyalahgunaan bahan semakin meruncing di negara ini. Peningkatan kes ini menyebabkan timbulnya isu-isu rawatan yang lebih rumit, dan menyebabkan berlakunya peningkatan keperluan untuk mendapatkan lebih ramai pakar terapi yang dapat memberikan rawatan pemulihan dadah yang lebih berkesan. Isu-isu rawatan telah ditangani dengan sewajarnya oleh AADK sesuai dengan garis panduan berasaskan bukti (*evidence-based*) dan amalan terbaik (*best-practices*), namun isu-isu pembangunan profesional yang timbul dalam kalangan ahli terapi / klinikal dan pegawai yang memberikan rawatan itu tidak ditangani dengan sepenuhnya.

Amalan lazimnya adalah, agensi atau pusat rawatan akan memberi tumpuan yang lebih dalam menyediakan keperluan klien secara langsung tetapi kurang tumpuan diberikan dalam penyeliaan klinikal pada ahli terapi/klinikal dan pegawai yang menyediakan rawatan dan pemulihan. Penyeliaan klinikal dan pengurusan perkembangan profesional adalah penting untuk memastikan penyediaan perkhidmatan yang berkualiti dan berkesan secara berterusan. Kurangnya penyeliaan klinikal boleh menyebabkan kualiti rawatan yang disediakan di pusat rawatan adalah tidak konsisten dan terjejas. Akibatnya, kebanyakan ahli terapi / klinikal dan pegawai yang menyediakan rawatan itu tidak mempunyai medium khusus untuk mendapatkan penilaian dan maklum balas kerja mereka, dan besar kemungkinan mereka tidak dapat menyedari akan kekuatan dan kelemahan perkhidmatan yang mereka berikan. Hal ini menjadi satu cabaran yang besar buat mereka memandangkan mereka tidak dapat mengenalpasti isu-isu berbangkit dalam rawatan dadah yang memerlukan penyelesaian dan kemahiran-kemahiran dalam rawatan yang perlu mereka pertingkatkan.

PERMASALAHAN KAJIAN

Dalam konteks AADK, penyeliaan kaunseling klinikal dan pengurusan perkembangan profesional diberi penekanan dalam unit rawatan, penjagaan dan pemulihan, yang merupakan salah satu daripada unit terpenting di AADK, selain daripada penguatkuasaan dan pencegahan. Objektif unit ini adalah untuk memberi rawatan dan pemulihan bagi penagih dadah dengan menggunakan kaedah rawatan yang berasaskan institusi dan komuniti. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA, 2006) menegaskan bahawa skop perkhidmatan dalam penyalahgunaan bahan tidak hanya terhad dengan menyediakan rawatan yang terbaik untuk klien-klien yang terlibat dengan penyalahgunaan bahan, tetapi juga untuk penyeliaan kaunseling klinikal dan perkembangan profesional ahli terapi dan pakar klinikal untuk pembangunan kemahiran mereka dalam bidang penagihan bahan. Skop perkhidmatan ini perlu diaplikasikan dalam semua kaedah rawatan dadah tanpa mengambil kira jenis pendekatan rawatan yang diamalkan.

Pendekatan dalam rawatan pemulihan dadah menjadi integratif dan kompleks yang mana sebahagian besar mengandaikan bahawa perubahan sistematik dalam pendekatan rawatan pemulihan dadah di pusat-pusat rawatan boleh dilaksanakan hanya dengan melalui arahan dan perintah daripada pihak pentadbiran dan pengurusan. Sedangkan, kajian terdahulu menunjukkan bahawa perubahan yang berjaya tidak hanya memerlukan pelan komprehensif dan sokongan daripada pihak pengurusan, tetapi juga memerlukan amalan penyeliaan sepanjang tempoh tertentu yang membolehkan perubahan sistematik dibangunkan, penyelia-penyelia untuk menguji kaedah baru, dan ahli terapi / klinikal untuk memberi maklum balas dan bersedia dengan proses penyeliaan yang lebih kolaboratif dan memerlukan lebih pemerhatian (Bradley et al., 2004; McGovern, Xie, Regal, Siembab, & Drake, 2006).

Tambahan pula, penyeliaan kaunseling klinikal secara langsung adalah platform, di mana ahli terapi / klinikal menerima pemantauan prestasi perkhidmatan kaunseling klinikal mereka, maklum balas prestasi, bimbingan, pengajaran, mentor, dan kajian semula kes bagi meningkatkan kemahiran dan perkhidmatan klinikal mereka. Walau bagaimanapun, amalan komprehensif sedemikian agak jarang berlaku dalam rawatan penyalahgunaan bahan. Menurut SAMHSA (2006), kekurangan penyeliaan dan bimbingan kaunseling klinikal berpunca daripada pelbagai kemungkinan termasuk peruntukan belanjawan agensi yang ketat yang membawa kepada kekurangan tenaga kerja, kurang pemahaman terhadap kepentingan penyeliaan kaunseling klinikal, kurang latihan dalam model penyeliaan dan kemahiran, dan

ketiadaan satu piawai yang seragam untuk memenuhi keperluan penyeliaan kaunseling klinikal.

Untuk menangani isu-isu ini, kajian ini dilaksanakan bertujuan untuk mewujudkan modul penyeliaan kaunseling klinikal dan pengurusan perkembangan profesional mengenai rawatan dadah dan pemulihan dalam konteks AADK Malaysia. Bagi mengkaji apakah wujud amalan penyeliaan kaunseling klinikal dan pembangunan profesional di bahagian rawatan dan pemulihan AADK sebagai persoalan kajian, pembangunan modul ini akan diintegrasikan dengan visi, misi, dan objektif unit rawatan, penjagaan, dan pemulihan AADK.

Selain daripada menggunakan *American Counseling Education and Supervision (ACES) Best Practice of Clinical Supervision* yang meliputi 12 aspek dalam proses penyeliaan sebagai asas, kajian ini turut menggunakan *Discrimination Model of Supervision and Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMSHA) Competencies on Addiction Counseling* dalam membentuk modul penyeliaan kaunseling klinikal dan pembangunan profesional ini.

Dalam *Discrimination Model of Supervision*, 4 aspek penyeliaan di ketengahkan iaitu, intervensi, konseptualisasi, keperibadian dan juga kelakuan profesional. Manakala dalam *SAMSHA's Competencies on Addiction Counseling*, kompetensi diambil kira daripada sudut pengetahuan, kemahiran dan sikap seseorang. Kesemua aspek ini akan diteliti dalam pembentukan modul penyeliaan kaunseling klinikal ini dan disuai padankan mengikut konteks AADK Malaysia.

Melalui modul yang dihasilkan, satu garis panduan dalam melaksanakan penyeliaan kaunseling klinikal dapat diselaraskan dan digunakan bagi memantau prestasi pegawai pemulihan/ ahli klinikal dalam menjalankan penyeliaan dan menerima penyeliaan yang lebih berkesan.

OBJEKTIF KAJIAN

Objektif utama kajian ini adalah untuk mengkaji maklumat sedia ada mengenai program pembangunan profesional dan memahami amalan klinikal sedia ada dalam rawatan dan pemulihan dadah yang dijalankan oleh AADK. Selain itu, komponen-komponen yang diperlukan dalam penyeliaan klinikal dan perkembangan profesional turut dikenalpasti bagi mencapai objektif khusus kajian ini iaitu:

- i. Untuk membina modul pembangunan penyeliaan kaunseling klinikal dan pengurusan perkembangan profesional dalam kaedah rawatan dan pemulihan dadah
- ii. Untuk mendapatkan pengesahan mengenai modul yang dicadangkan.

METODOLOGI

Pembangunan modul ini akan diintegrasikan dengan visi, misi, dan objektif unit rawatan, penjagaan, dan pemulihan AADK dengan menggunakan kaedah *mixed methods* sebagai reka bentuk kajian. Kaedah *mixed methods* semakin banyak digunapakai dalam kalangan penyelidik daripada bidang sains sosial seperti sosiologi, kejururawatan, kesihatan dan pendidikan (Cresswell & Plano Clark, 2007). *Mixed methods* digunakan untuk mengatasi limitasi daripada kajian yang menggunakan kaedah *single design*. Kaedah ini sangat berguna apabila keputusan yang tidak dijangka terhasil daripada kajian terdahulu tetapi ia memerlukan peruntukan masa yang lebih berbanding *single design*.

Bagi kajian ini, *Explanatory Sequential Design* telah digunapakai sebagai reka bentuk kajian. Kaedah ini melibatkan dua fasa kajian dimana data kuantitatif dikumpul dan dianalisa terlebih dahulu dan diikuti dengan pengumpulan data kualitatif dan analisa data. Pada peringkat pertama, soal selidik digunakan untuk mengumpul data kuantitatif daripada kumpulan yang berskala besar. Kemudian, beberapa orang daripada kumpulan tersebut dipilih untuk ditemu bual bagi mendapatkan penjelasan yang lebih terperinci dan juga maklumat tambahan berkaitan soal selidik yang telah dijawab.

Data akan dikumpulkan daripada dua sumber data iaitu primer dan sekunder. Bagi sumber primer, data akan dikumpulkan melalui tiga kaedah berbeza iaitu tinjauan, pemerhatian, dan temu bual semi struktur. Kaedah tinjauan digunakan untuk mengumpul data daripada satu populasi (Syed Arabi Idid, 1998). Kaedah kuantitatif berbentuk tinjauan ini menggunakan soal selidik untuk memperoleh data awal daripada sampel kajian. Soal selidik yang digunakan terdiri daripada *Evaluation Instrument for Discrimination Model of*

Supervision bagi mengenalpasti tahap kemahiran sampel kajian dalam intervensi (*intervention*), konseptualisasi (*conceptualization*), keperibadian (*personalization*), dan kelakuan profesional (*professional behavior*). Bagi kajian ini, dua soal selidik digunakan sebagai instrumen kajian iaitu, Soal Selidik Tahap Penyeliaan *Supervisee* – versi yang telah disemak (*Supervisee Levels Questionnaire-Revised; SLQ-R*) dan Indeks Keperluan *Supervisee* (*Supervisee Needs Index; SNI*).

Bagi sesi temubual separa struktur, sampel kajian yang dipilih merupakan pegawai pemulihan AADK dalam kalangan responden yang terlibat dengan kajian soal selidik. Melalui kaedah ini, satu set protokol temu bual yang menjawab persoalan kajian telah dibina sebagai panduan ketika sesi temu bual berlangsung disamping soalan-soalan tambahan yang berkaitan dan dirasakan bersesuaian dengan kajian yang diajukan oleh penyelidik kepada sampel kajian.

Manakala bagi sumber sekunder, data akan dikumpulkan melalui kajian ke perpustakaan dan juga melalui penelitian dokumen-dokumen bertulis daripada AADK mengenai rawatan, penjagaan, dan pemulihan dadah (contohnya, dokumen dasar, statistik rasmi, laporan agensi, serta data dan maklumat sejarah). Maklumat yang dikumpul akan diteliti dan diintegrasikan dengan maklumat daripada sumber primer.

Populasi dan Sampel Kajian

Bagi tujuan kajian ini, populasi dan sampel kajian yang dipilih adalah terdiri daripada pegawai yang bekerja di unit rawatan, penjagaan dan pemulihan di pusat rawatan AADK. Para pegawai yang terpilih merupakan individu yang berkhidmat di pusat rawatan dibawah seliaan AADK iaitu daripada Klinik Cure & Care 1Malaysia, Cure & Care Rehabilitation Centre (CCRC), dan Cure & Care Service Centre (CCSC).

Lokasi Kajian

Kajian ini diadakan di beberapa pusat-pusat rawatan di bawah seliaan AADK yang terpilih. Untuk peringkat awal, data dikumpul di pusat rawatan AADK yang terletak di sekitar Selangor Darul Ehsan iaitu Klinik Cure & Care 1Malaysia Dengkil dan Cure & Care Rehabilitation Centre (CCRC) Serendah. Kemudian, diadakan lawatan pengumpulan data ke Cure & Care Rehabilitation Centre (CCRC) Papar, Sabah untuk membuat perbandingan penyeliaan kaunseling klinikal di antara pusat pemulihan yang terletak di Semenanjung dengan negeri di luar Semenanjung. Bagi mendapatkan maklumat tambahan dan pengukuhan daripada data yang terkumpul, beberapa lokasi kajian juga ditambah dalam peringkat

pengumpulan data yang seterusnya. Lokasi yang terpilih adalah Cure & Care Rehabilitation Centre (CCRC) Jelevu, Negeri Sembilan, Cure & Care Service Centre (CCSC) Pendang, Kedah dan juga Cure & Care Service Centre (CCSC) Kulim, Kedah.

Instrumen Kajian

3.6.1 Soal Selidik Tahap Penyeliaan *Supervisee* – versi yang telah disemak (*Supervisee Levels Questionnaire-Revised; SLQ-R*)

Stoltenberg dan Pierce (1985) membangunkan *Supervisee Levels Questionnaire (SLQ)* untuk mengesahkan pendapat atau teori yang diasaskan pada awalnya oleh Stoltenberg (1981) dalam *Counselor Complexity Model (CCM)* (McNeill, Stoltenberg and Pierce, 1985). Instrumen ini didasarkan pada andaian bahawa apabila tahap pengalaman pelatih meningkat, pelatih akan menunjukkan perubahan ciri-ciri yang berkaitan dengan tahap perkembangan kaunselor yang lebih tinggi. Maklum balas daripada pelatih perlu dikategorikan untuk mengukur aspek yang berkaitan dengan perkembangan kaunselor. SLQ-R yang lengkap terdiri daripada 30 item dengan skor julat antara 30 hingga 210 dan berskala Likert bermula daripada skala 1 hingga skala 7. Skala 1 menunjukkan tidak pernah (*never*) manakala skala 7 menunjukkan selalu (*always*).

3.6.2 Indeks Keperluan *Supervisee* (*Supervisee Needs Index; SNI*)

Supervisee Needs Index (SNI) merupakan instrumen yang digunakan untuk mengenal pasti keperluan pelatih ketika dalam penyeliaan dengan menilai prestasi penyelia mereka. Inventori ini terdiri daripada 22 domain yang berkaitan dengan keperluan pelatih (*supervisee*) dan juga sebab kepada keperluan itu. Secara totalnya, instrumen ini mempunyai 44 item yang disusun secara rawak.

Kaedah pemarkahan bagi instrumen SNI ini adalah dalam skala Likert yang bermula daripada skala 1 yang menunjukkan sangat tidak setuju sehingga skala 7 untuk item yang menunjukkan sangat setuju. *Supervisee* dikehendaki untuk memilih skala antara 1 - 7 untuk menunjukkan seberapa setuju *supervisee* terhadap setiap pernyataan tersebut. Prosedur pemarkahan bagi instrumen ini memerlukan *supervisee* untuk melakukan *reverse score* bagi item-item yang terpilih. Kemudian, kesemua markah dalam skala Likert perlu ditambah untuk mendapatkan jumlah markah yang sebenar. Jumlah markah adalah berjulat diantara 48 sehingga 336.

DAPATAN KAJIAN

Analisis Data Kuantitatif

Maklumat demografi

Seramai 30 pegawai pemulihan dadah dari unit rawatan dan pemulihan AADK telah terlibat dengan fasa kajian kuantitatif. Mean umur sample kajian adalah 36. Maklumat demografi adalah seperti dalam jadual 4.1.

Jadual 4.1. maklumat demografi sampel kajian

Kategori	%	n
Jantina		
Lelaki	40%	12
Perempuan	60%	18
Pengalaman sebagai pegawai pemulihan (tahun)		
1 – 5 tahun	40%	12
6 – 10 tahun	37%	11
11 – 15 tahun	23%	7

Berdasarkan jadual 4.1 di atas, 40% daripada responden kajian merupakan responden lelaki iaitu seramai 12 orang. Manakala 18 orang daripada responden yang mewakili 60 % daripada jumlah keseluruhan responden merupakan responden perempuan. Jadual 4.1 juga menunjukkan pengalaman responden sebagai pegawai pemulihan yang diukur menggunakan julat tahun bertugas. Seramai 12 orang responden mewakili golongan yang berpengalaman di antara 1 – 5 tahun dan merupakan peratusan yang tertinggi berbanding golongan 6 – 10 tahun dan 11 – 15 tahun. Bilangan responden yang mewakili peratusan kedua tertinggi adalah golongan yang bertugas 6 – 10 tahun iaitu seramai 11 orang. Manakala, hanya 7 orang

responden yang mewakili golongan yang berpengalaman antara 11 -15 tahun sebagai pegawai pemulihan.

Analisis Data Kualitatif



Rajah 1: Program Pembangunan Profesional Bahagian Rawatan dan Pemulihan AADK

Rajah 1 menunjukkan program pembangunan profesional yang sedia ada diamalkan oleh Bahagian Rawatan dan Pemulihan AADK. Dalam konteks AADK, pegawai yang bertanggungjawab dalam memberikan perkhidmatan kaunseling dan mempunyai interaksi langsung dengan penghuni di pusat pemulihan dikenali sebagai pegawai pemulihan. Selain itu, pegawai pemulihan ini juga bertanggungjawab dalam menyelaras dan melaksanakan program-program yang berkaitan dengan rawatan dan pemulihan dadah terhadap penghuni di pusat rawatan AADK.

Program Pembangunan Profesional

Perkembangan profesional merujuk kepada pelbagai jenis pengalaman pendidikan yang berkaitan dengan kerja individu dari pelbagai seting pekerjaan. Peningkatan prestasi dan kemahiran di tempat kerja merupakan contoh berlakunya perkembangan profesional dalam diri seseorang. Mizell (2010) mendefinisikan perkembangan profesional sebagai satu strategi pengurusan sekolah yang digunakan oleh pihak pengurusan untuk memastikan peningkatan prestasi pendidik sepanjang perjalanan kerjaya mereka.

i. Kursus

Setiap pegawai pemulihan dikehendaki untuk menghadiri beberapa kursus yang dijalankan. Kursus-kursus ini membantu dalam meningkatkan pengetahuan dan kemahiran para pegawai. Antara kursus yang disediakan adalah kursus asas dan kursus lanjutan kemahiran kaunseling.

“Program dia kita ada kursus. Banyaklah kursus, tiap-tiap tahun ada kursus. Ada kursus asas kaunseling, ada kursus lanjutan..” (R1)

Kebanyakan pegawai pemulihan di sini bukan terdiri daripada mereka yang mempunyai latar belakang kaunseling. Justeru, kewujudan program-program pembangunan dalam bentuk kursus asas membantu para pegawai pemulihan untuk meningkatkan kemahiran dan kompetensi diri mereka terutamanya ketika melaksanakan sesi kaunseling bersama penghuni.

Selain daripada kursus yang dijalankan didalam negara, ada di antara pegawai pemulihan yang dihantar ke luar negara untuk menjalani kursus-kursus pemantapan gerak kerja yang dirasakan bersesuaian dengan bidang tugas mereka. Ilmu-ilmu yang diperolehi daripada kursus-kursus yang disertai boleh diaplikasikan dan disesuaikan dalam konteks gerak kerja AADK.

*“kebanyakan programnya tuh dibuat dalam bentuk kursus asas. Tapi untuk pegawai pula, ada juga macam dihantar ke luar negara, kursus-kursus luar negara. Kursus yang melibatkan **columbo plan** punya kursus, ICCE.” (R1)*

“...kita tengok macam mana implemen di luar negara lah, kursusnya yang kita belajar tu. So bila kita bawak balik, satu kita boleh maklumkan kepada rakan-rakan kita yang lain”. (R2)

Pelaksanaan kursus sebagai salah satu daripada program pembangunan profesional dipercayai sangat membantu dalam meningkatkan kompetensi dan prestasi kerja dalam kalangan pegawai pemulihan.

ii. In-house training

Melalui *in-house training*, pakar-pakar daripada luar dibawa masuk ke dalam seting kerja untuk memberi pendedahan, taklimat dan latihan mengenai sesuatu kemahiran dan pengetahuan. Para pegawai akan mempunyai pendedahan secara langsung dan bersesuaian dengan seting kerja mereka sendiri.

“..saya pernah panggil daripada Sigal Institut, pusat pemulihan persendirian di Filipina. Dia buat program TC. So, saya panggil dia lah untuk bagi taklimat bagaimana sitausi TC, therapeutic community di Malaysia dan Filifina, perbezaannya”. (R2)

Kebiasaannya, *in-house training* dilaksanakan di pusat rawatan itu sendiri. Ini untuk memastikan pegawai pemulihan dapat menyesuaikan diri dengan persekitaran dan suasana kerja yang sebenar selepas tamat tempoh *in-house training*.

Responden yang ditemu bual bersetuju bahawa *in-house training* banyak membantu mereka memahami dengan lebih mendalam sesuatu kemahiran dan modul yang diterima ketika mengikuti kursus.

iii. Pantauan daripada ibu pejabat

Pantaun daripada ibu pejabat dilakukan secara berkala. Pemantauan daripada ibu pejabat melibatkan pemantauan daripada sudut pelaksanaan rawatan perubatan dan pemulihan sama ada dilaksanakan mengikut garis panduan atau sebaliknya. Pegawai pemantau akan memberikan maklum balas dan penilaian hasil daripada pemantauan yang dibuat. Melalui itu, para pegawai dapat mengenalpasti prestasi kerja mereka dan memperbaiki servis perkhidmatan rawatan mereka ke arah yang lebih baik.

“...dia akan tengoklah keseluruhan pelaksanaan sesi dalam pusat tu macam mana, ada tak mengikut prosedur disitu”. (R1)

“...penyeliaan ni untuk memastikan pegawai pemulihan, perubatan ini melaksanakan tugas mengikut apa yang telah ditetapkan dengan cara yang sepatutnya”. (R1)

Pantauan daripada ibu pejabat dan ketua unit membantu pegawai pemulihan untuk sentiasa bersedia terutama daripada sudut pendokumentasian. Daripada pemantauan yang dijalankan pegawai pemulihan dapat memperbaiki prestasi diri melalui maklum balas konstruktif daripada pihak atasan mengenai gerak kerja mereka.

“Apa saja kesalahan atau perkara yang tak betul, pegawai atasan ni yang akan membetulkan diorang balik.”. (R2)

“...pihak ibu pejabat akan datang pantau lah dari semasa ke semasa pantau pelaksanaan sesi-sesi yang telah diajarnya lah ikut prosedur atau pun tak”. (R2)

Pemantauan membantu memastikan setiap rawatan dan perkhidmatan yang diberikan adalah mengikut prosedur yang telah ditetapkan. Pegawai pemulihan dapat memperbaiki mutu kerja mereka dari semasa ke semasa sepanjang pemantauan dijalankan.

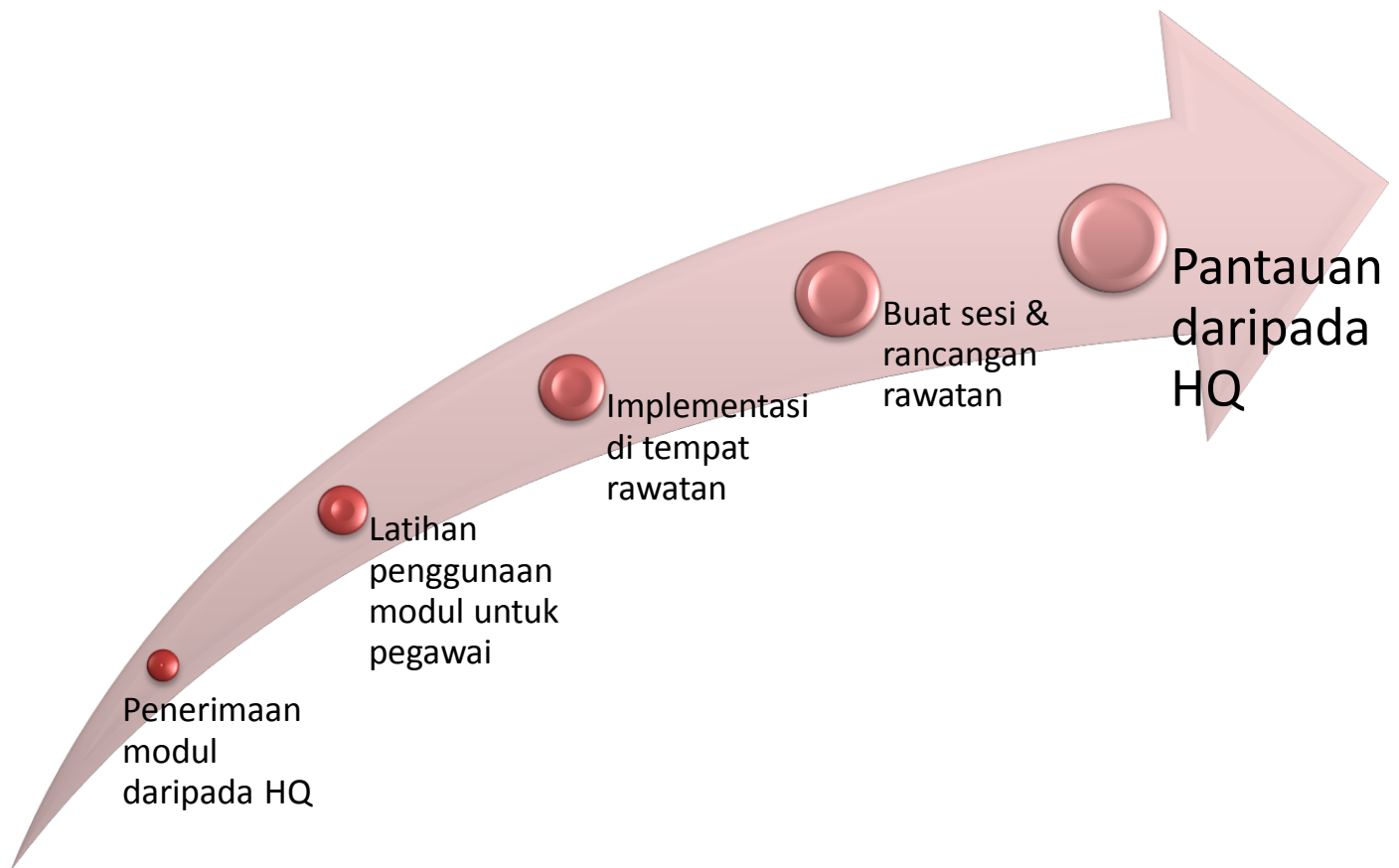
iv. *Site-visit* tempat pemulihan

Antara program pembangunan profesional lain yang direncanakan untuk pegawai pemulihan adalah *site-visit* ke tempat-tempat pemulihan yang memberikan servis pemulihan terbaik. Daripada lawatan penanda aras itu, pegawai pemulihan dapat memperoleh ilmu dan kemahiran baru serta kemudiannya dapat diimplemenkan dalam seting kerja mereka sendiri. Para pegawai akan dihantar ke pusat rawatan yang terpilih untuk belajar dan mendalami cara perkhidmatan disitu.

“...kita hantarlah pegawai kita untuk site visit ke tempat-tempat yang terbaik antara pusat-pusat ni. Contohnya, dia bagus dalam pelaksanaan sesi psycho education. So kita hantarlah ke pusat-pusat ni untuk belajar”.

“...di Tampoi, dia cater untuk kes-kes mental. So, sebab dia berhampiran dengan Hospital Permai so, kita hantarlah kesana untuk dia belajar cara untuk menguruskan kes-kes yang berkaitan mental dan sebagainya lah”.

Melalui lawatan ke pusat rawatan terbaik, pegawai pemulihan dapat mengikuti sesi pembelajaran mengenai sesuatu isu melalui pakar-pakar bagi sesuatu bidang dan memahami gerak kerja mereka dalam memberikan perkhidmatan rawatan dan pemulihan yang terbaik seterusnya membantu dalam meningkatkan profesionalism mereka dalam melaksanakan tugas.



Rajah 2: Carta Alir Pelaksanaan Amalan Klinikal Yang Sedia Ada Di Pusat Rawatan AADK

Rajah 2 menunjukkan kronologi pelaksanaan amalan klinikal yang sedia ada diamalkan di bahagian rawatan dan pemulihan AADK. Terdapat beberapa prosedur yang perlu dilakukan sebelum sesuatu amalan atau rancangan pemulihan itu diimplimentasikan dalam sebuah pusat rawatan.

Peringkat pertama adalah penerimaan modul daripada pihak ibu pejabat. Kesemua modul rawatan yang digunapakai di setiap pusat rawatan adalah daripada dan dengan kebenaran daripada pihak ibu pejabat sendiri. Modul yang diberikan telah mendapat pengesahan daripada pihak atasan untuk digunapakai berdasarkan kesesuaian dan target rawatan yang di fokuskan bagi sesebuah pusat rawatan.

“..pihak ibu pejabat akan bagi modul lah dan training yang akan di implemen ikut apa yang telah termaktub dalam SOP. So sesi dia akan buat dan dia akan ada rakaman sesi dan sebagainya dia akan buat dan pihak ibu pejabat akan datang pantau lah dari semasa ke semasa pantau pelaksanaan sesi-sesi yang telah diajarnya lah ikut prosedur atau pun tak.”

(R2)

Pada peringkat kedua, para pegawai akan diberikan penerangan dan latihan mengenai cara penggunaan modul. Latihan ini diadakan dalam bentuk kursus atau in-house training. Seterusnya, apabila para pegawai sudah memahami penggunaan modul, modul akan diimplimentasikan sebagai salah satu daripada program rancangan pemulihan.

Pegawai pemulihan akan menggunakan modul sebagai salah satu daripada rancangan pemulihan klien dan melaksanakan sesi kaunseling bersama dengan klien berpandukan modul yang diberikan. Rancangan pemulihan dirancang berpandukan sesi awalan yang dijalankan bersama dengan penghuni.

Akhir sekali adalah sesi pemantauan daripada pihak atasan. Sesi pemantauan dilakukan oleh ketua unit dan pegawai jempunan daripada ibu pejabat. Sesi pemantauan daripada ketua unit lebih menekankan kepada keberkesanan dan progress rawatan pemulihan seseorang klien itu. Maklum balas daripada klien yang menerima rawatan pemulihan juga di ambil kira untuk memastikan rawatan yang diterima adalah yang terbaik.

“Kita akan tengok macam mana dari segi improvement klien tu. Kita tengok balik dari segi fail semua, macam mana sesi dijalankan, dapatkan feedback juga daripada klien tu sendiri, ok ke tak ok.” (R2)

Sekiranya terdapat sesuatu isu yang berada di luar kemampuan pegawai pemulihan itu sendiri, kes tersebut akan dibawa ke dalam sesi perbincangan bersama ketua unit. Kes tersebut akan dibentangkan oleh pegawai pemulihan dan kemudiannya dibincang untuk mendapatkan penyelesaian bagi isu tersebut.

“hmm, kita akan bincang. Pegawai dia, pegawai pemulihan tu, dia akan bawa kes dia dalam mesyuarat dengan program manager. Kita akan bincang macam mana nak handle kes-kes yang susah yang besar macam ni. So, kita akan cadangkan lah masa tu macam mana nak buat sama ada tukar pegawai pemulihan ke, atau pun refer kepada orang lain ke, pegawai yang lain, yang lebih tinggi pengalaman untuk handle kes-kes yang macam ni.” (R3)

PERBINCANGAN DAN KESIMPULAN

Pelaksanaan amalan klinikal dalam budaya kerja menunjukkan Bahagian Rawatan dan Pemulihan AADK telah didedahkan dengan konsep penyeliaan dalam memastikan berlakunya peningkatan prestasi kerja para pegawai di bahagian tersebut.

Program-program pembangunan profesional seperti kursus, *in-house training*, pantauan daripada ibu pejabat dan *site-visit* ke tempat-tempat pemulihan yang lain juga merupakan langkah bijak untuk memastikan para pegawai pemulihan sentiasa mendapat pendedahan dan pengetahuan baru dalam memastikan penyampaian servis perkhidmatan pemulihan yang lebih berkesan dari semasa ke semasa.

Sungguhpun begitu, masih terdapat sedikit kepincangan dalam proses pelaksanaan amalan klinikal kerana kekurangan tenaga pakar yang mampu menyelia dan juga kekangan daripada sudut belanjawan. Malah, adakalanya program pembangunan profesional yang dihadiri oleh pegawai pemulihan yang sama untuk beberapa kali dengan pendekatan yang hampir serupa dengan program pembangunan yang sebelumnya. Hal ini menyebabkan pegawai pemulihan tidak mempunyai nilai tambah atau ilmu baru walaupun selepas mengikuti beberapa siri program pembangunan profesional yang dijalankan.

Garis panduan yang terkandung di dalam modul ini adalah berdasarkan kepada hasil penemuan dalam penyelidikan (*findings grounded*). Pengembangan modul ini melibatkan proses "pemikiran berasaskan bukti" (*evidence-based thinking*), di mana empat elemen dipertimbangkan iaitu: (1) penyelidikan saintifik, (2) teori penyeliaan klinikal, (3) kecekapan kaunseling penagihan, dan (4) prinsip amalan dan garis panduan AADK.

Modul ini berfungsi sebagai panduan yang menyokong pegawai pemulihan AADK dalam mematuhi kerangka etika rawatan pemulihan dadah dan menjadi aspek penting untuk pihak yang tertakluk dibawah amalan profesional. Pelaksanaan modul ini akan membantu mereka untuk melibatkan diri dengan pendekatan yang berorientasikan penambahbaikan (*improved-oriented approach*) yang berkaitan dengan hal-hal pembangunan perkhidmatan klinikal yang membawa kepada penambahbaikan dalam pengendalian kakitangan, meningkatkan kemahiran-kemahiran kaunselor, dan memberi hasil yang lebih baik dalam rawatan pemulihan dadah. Pembangunan modul penyeliaan ini diintegrasikan dengan visi, misi, dan objektif unit rawatan, penjagaan, dan pemulihan AADK dalam membantu pelaksanaan amalan penyeliaan klinikal dan perkembangan profesional pegawai pemulihan khususnya daripada bahagian rawatan dan pemulihan AADK.

RUJUKAN

- Buku maklumat dadah, AADK* . (2015). Agensi Antidadah Kebangsaan.
- Corrie, S., & Lane, D. A. (2015). *CBT Supervision*. SAGE.
- Creswell, J. W. & Clark, V. L. (2011). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Thousand Oaks, California:: Sage.
- Frost, N. (2011). *Qualitative Research Methods In Psychology Combining Core Approaches*. Glasgow: Bell & Bain Ltd.
- Ismail, R. (2010). Pemeraksanaan Pengguna Dadah Dalam Institusi Pemulihan Di Malaysia: Ke Arah Menjamin Kesejahteraan Individu Dan Masyarakat. . *Malaysian Journal of Society and Space*, 6(1), 31-49.
- K.Goodyear, Janine M.Bernard & Rodney. (2014). *Fundamentals of Clinical Supervision*. United States: Learning Forward, Pearson.
- Mahyuddin Bin Arsat & Azizah Binti Besar. (2008). Penyalahgunaan Dadah Di Kalangan Pelajar: Satu Kajian di Pusat Serenti Tiang Dua, Melaka. (*Doctoral dissertation, Universiti Teknologi Malaysia*).
- McNeill, B. W., Stoltenberg, C. D., & Romans, J. S;. (1992). The integrated developmental model of supervision: Scale development and validation procedures. *Professional Psychology: Research and Practice*, 23(6), 504-508.
- McNeill, B., Stoltenberg, C., and Pierce, R. (1985). Supervisees' perceptions of their development: test of the counselor complexity model. *Journal of Counseling Psychology*, 32. 630-633.
- McNeill, B., Stoltenberg, C., and Romans, J. (1992). The Integrated Developmental Model of supervision: Scale development and validation procedures. *Professional Psychology: Research and Practice*, 23. 504-508.
- Mizell, H. (2010). *Why Professional Development Matters*. 504 South Locust Street, Oxford, OH 45056: Learning Forward.
- Muse-Burke, J. L., & Tyson, A . (2010). Assessment in supervision: Initial development of the Supervisee Needs Index. *the annual convention of the American Psychological Association* (p. In Poster). San Diego, CA: American Psychological Association.
- Portal Rasmi Agensi Antidadah Kebangsaan*. (2017, 7 17). Retrieved from <http://www.adk.gov.my/web/guest/cnc1m>
- Ray, D. C. (1998). Effectiveness of group supervision versus combined group and individual supervision with masters-level counselor trainees . (*Doctoral dissertation, University of North Texas*).
- Stoltenberg, C. D., & Delworth, U. (1987). *Supervising counselors and therapist*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Treatment, C. f. (2009). *Clinical Supervision and Professional Development of the Substance Abuse Counselor. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 52*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

