

**KAUNSELING PENCEGAHAN
DADAH: KEBERKESANANNYA DALAM
PENCEGAHAN RELAPSE**

Profesor Dr. Mahmood Nazar Mohamed
UNIVERSITI UTARA MALAYSIA

PENGENALAN

Penagihan semula adalah suatu kesinambungan kepada ketagihan, cabaran yang sentiasa menghantui bekas penagih dadah walaupun sudah bertahun meninggalkan tabiat penagihan dadah mereka. Ramai pakar penagihan bahan berpendapat sekali seseorang itu menggunakan dadah, adalah amat sukar baginya untuk melepaskannya walaupun melalui proses pemulihan yang holistik. Ini berlaku kerana dua penggantungan yang serius, iaitu penggantungan fizikal dan psikologikal terhadap bahan yang digunakan. Selagi kedua-dua penggantungan ini tidak diselesaikan dengan sempurna, maka ia akan terus mengancam individu yang pulih ke arah penggunaan semula dan seterusnya, penggantungan semula terhadap dadah.

Ini tidak bermakna tiada harapan bagi mereka yang menagih dadah untuk pulih, hanya ia membawa implikasi bahawa seandainya program pemulihan yang diikuti tidak mantap, dorongan untuk berubah tidak

kuat, sokongan sosial yang kurang mantap dan beberapa faktor penolak lain yang tidak diselesaikan, maka kemungkinan *relapse* berlaku adalah tinggi.

PENGERTIAN PENAGIHAN SEMULA

Secara umumnya, penagihan semula bermakna penagih dadah menggunakan semula dadah asal atau daripada jenis yang lain selepas ia melalui program rawatan dan pemulihan. Daripada takrifan beberapa pakar penagihan bahan seperti Marlatt dan Gordon (1985) *relapse* dilihat sebagai kegagalan klien dalam cubaan untuk mengubah perlakuannya berkaitan dengan pengambilan dadah. Manakala Chiauzzi (1991) pula merujuk *relapse* sebagai kembali kepada perlakuan menagih selepas suatu tempoh berhenti daripada mengambil dadah. Seterusnya, Rasmussen (2000) mendefinisikan *relapse* sebagai penggunaan semula dadah selepas berhenti mengambilnya untuk suatu tempoh.

Manakala *Dual Recovery Anonymous* (<http://www.draonline.org>) mendefinisikan *relapse* ialah perlakuan mengambil dadah atau minuman keras untuk pertama kalinya setelah sekian lama bersih daripada mengambil dadah atau minuman keras.

Daripada definisi yang dibentang di atas, maka bolehlah dirumuskan bahawa *relapse* adalah kegagalan penagih yang sudah melalui proses pemulihan untuk terus bebas daripada dadah.

Ciri-ciri *Relapse*

Rasmussen (2000) ada menggariskan ciri-ciri *relapse* ialah perubahan dalaman individu seperti peningkatan stres, perubahan pemikiran, perasaan dan tingkah laku; menafikan tentang rasa kebimbangan yang dialami; menghindari dan mempertahankan diri sendiri bahawa tidak *relapse* sebaliknya memfokuskan kepada orang lain, bersifat defensif, bersifat kompulsif, berkelakuan impulsif dan bersendirian.

Relapse juga tercetus kerana terbinanya krisis lanjutan seperti melihat remeh sesuatu masalah, perasaan yang tertekan, perancangan masa hadapan yang lemah dan gagal; berfikiran bahawa semua perkara tidak dapat diselesaikan dan bertindak secara tidak matang untuk tujuan bergembira atau berseronok.

Individu juga berasa keliru dan memberi reaksi yang berlebihan kesan daripada tidak dapat berfikir dengan jelas, tidak dapat mengurus perasaan dan emosi, sukar untuk mengingati sesuatu, berasa keliru, tidak dapat mengawal stres dan menjadi mudah marah. Ciri-ciri *relapse* seterusnya ialah kemurungan (*depression*) yang ditunjukkan melalui tabiat makan yang luar biasa (tidak lalu atau terlalu banyak makan), kurang bersemangat untuk mengambil sesuatu tindakan, sukar untuk tidur, terjejas aktiviti harian dan mengalami suatu tempoh tekanan yang agak lama.

Individu yang *relapse* juga akan kehilangan kawalan kerana memendam perasaan, berasa tidak mampu dan tidak berguna, menolak pertolongan, melanggar program pemulihan, melanggar nilai-nilai diri, hilang keyakinan diri, marah tanpa sebab, suka bersendirian, kecewa dan mengalami tekanan.

Ciri-ciri *relapse* yang berikut ialah individu akan memikir untuk *relapse* sebagai mengatasi kesan daripada ciri-ciri *relapse* di atas, mulanya berasa tidak puas hati dengan pemulihan, berminat untuk mengambil dadah semula dan mempengaruhi diri sendiri untuk mengambil dadah semula.

Ciri-ciri terakhir ialah individu mula *relapse* dengan mengambil dadah akibatnya berperasaan kecewa, hilang kawalan diri dan kehidupan serta kemerosotan tahap kesihatan.

PENDEKATAN KAUNSELING

Kaunseling didefinisikan sebagai proses yang terbina antara individu (kaunselor) dan individu atau kumpulan (klien) dalam usaha membimbing dan mendorong, cabaran dan inspirasi dalam mengurus dan

menyelesaikan sesuatu secara pratikal, masalah peribadi dan isu-isu perhubungan, dalam usaha mencapai matlamat dan hakikat diri individu yang sebenar (<http://www.casa.asn.au>).

Dalam konteks penagihan, kaunseling lazimnya terbahagi kepada tiga jenis yang umum iaitu kaunseling individu, keluarga dan kelompok (Lewis, Dana & Blevin, 1988). Kaunseling individu selalunya adalah untuk membantu klien berubah dengan cara mengenal pasti situasi patologi dan yang berisiko tinggi yang menyebabkan seseorang terlibat dengan dadah. Kemahiran yang berkaitan mengubah emosi, sikap, pemikiran dan tingkah laku penagihan juga akan disentuh semasa sesi kaunseling.

Kaunseling kelompok pula menumpukan kepada aktiviti analisis sesuatu perlakuan yang membawa kepada penagihan, membina alternatif kemahiran *coping*, latihan menyelesaikan masalah dan latihan asertif. Lazimnya, mereka yang menghadiri sesi ini mengalami masalah yang sama (penagihan dadah, penagihan alkohol, mengalami putus cinta dan seumpamanya) malah tidak terhad kepada masalah serius sahaja. Dalam kaunseling kelompok, dinamika kelompok itu sendiri digunakan untuk mengubah tabiat dan tingkah laku ahli-ahli kumpulan.

Seterusnya kaunseling keluarga adalah proses yang melibatkan sebahagian atau semua ahli keluarga dalam sesi terapi. Lazimnya ia berteraskan isu hubungan kekeluargaan seperti masalah kebergantungan, konflik keluarga serta meningkatkan dinamika kekeluargaan. Di kalangan penagih dadah, terapi berbentuk ini berkisar di sekitar isu-isu mengurangkan kebimbangan dan perasaan terasing di samping membina kemahiran *coping* di kalangan keluarga yang ahli keluarga terlibat dengan penagihan dadah.

Manakala pendekatan kaunseling yang selalu digunakan ialah daripada jenis tingkah laku (*behaviorism*), pemikiran (*cognitive*), kewujudan atau makna (*existentialism*), gabungan pemikiran dan tingkah laku (CBT), gabungan emosi dan tingkah laku (RET), kemanusiaan (*humanistic*) dan bermacam yang lain. Namun, ramai yang

mengambil pendekatan *eclectic*, iaitu menggunakan pendekatan dan kaedah yang terbaik dengan merujuk kepada keperluan klien dan situasi masa itu.

Untuk mempraktikkan sesuatu pendekatan kaunseling ini, seseorang itu haruslah berkemahiran untuk mengendalikannya. Beberapa persatuan kaunseling serta sekolah latihan kaunseling, umpamanya, menetapkan syarat antara 200-500 jam kaunseling latihan bersama penyelia (*supervised counseling*) sebelum seseorang itu dibenarkan untuk mengendalikan kaunseling secara sendiri, itu pun di peringkat pasca-sarjana (*post masters*). Ada pula yang mensyaratkan 1500-2000 jam yang diselia selepas tahap Doktor Falsafah untuk mengamalkan psikoterapi. Tambahan pula pada masa itu, mereka perlu diuji secara berkala untuk menilai tahap kemahiran sebelum diberi lesen berterusan untuk praktis. Mereka juga harus patuh kepada kod etika kaunseling di negeri masing-masing, yang rata-rata diasaskan oleh rakan kaunselor sendiri. Di Malaysia, syarat-syarat praktis adalah longgar sedikit kerana masih berada di tahap awal, yang mana sekarang ini dikawal selia oleh Akta Kaunseling Malaysia.

KAUNSELING UNTUK PENCEGAHAN DADAH

Agensi Dadah Kebangsaan (1997) menyatakan bahawa kaunseling merupakan kaedah utama yang digunakan dalam usaha memulihkan penagih. Melalui kaunseling, seseorang penagih akan dibantu membina kemahiran mengurus tekanan atau *coping skills* serta mencapai *self-mastery* dalam penyesuaian diri dan penyelesaian masalah supaya masalah personaliti yang dialami dapat diatasi seterusnya menggalak dan mendorong mereka untuk membina gaya hidup sihat.

Pusat serenti menjalankan empat jenis kaunseling iaitu kaunseling individu yang dijalankan dua kali sebulan, kaunseling kelompok yang dijalankan sekali sebulan, kaunseling keluarga yang dijalankan sekali dalam tempoh empat bulan dan kaunseling bimbingan yang dijalankan dua kali sebulan.

Aktiviti kaunseling dirangka berasaskan kepada objektif kaunseling yang ditentukan mengikut fasa. Objektif kaunseling pada fasa pertama ialah memberi kefahaman dan meningkatkan kesediaan klien untuk mengikuti program pemulihan; membantu klien untuk menyesuaikan diri dengan persekitaran pemulihan; membantu klien menyedari masalah yang dialaminya dan menyediakan rancangan pemulihan kepada klien.

Objektif kaunseling pada fasa kedua ialah membolehkan klien mengatasi masalah yang dialaminya secara positif dan kreatif; mempereratkan perhubungan dan meningkatkan kemesraan klien dan keluarga dan objektif seterusnya mewujudkan kesedaran untuk membantu klien membuat perancangan kerjaya yang sesuai apabila keluar kelak.

Objektif kaunseling pada fasa ketiga ialah membina kemahiran daya tindak untuk mencegah penagihan semula; membolehkan klien menguruskan tekanan dengan berkesan dan memberi kemahiran kepada klien dalam aspek pengurusan diri.

Objektif kaunseling pada fasa terakhir iaitu fasa keempat pula adalah untuk mengukuhkan *coping skill* untuk mencegah penagihan semula; mengintegrasikan semula klien ke dalam masyarakat; membantu klien membuat perancangan hidup selepas menjalani pemulihan dan membantu klien menjadi seorang individu yang produktif dan berguna.

Kaunseling juga dijalankan mengikut kurikulum yang terselaraskan dengan kandungan aktiviti kaunseling yang berasaskan kepada jenis kaunseling yang dijalankan. Umpamanya, kaunseling individu mempunyai kurikulum dan kandungan tersendiri. Seperti yang dinyatakan di atas, kaunseling untuk pelatih di peringkat pertama lebih untuk mewujudkan hubungan baik antara klien dan kaunselor. Perkara yang disentuh semasa kaunseling ialah latar belakang klien dan keluarga serta sejarah penagihan. Pada fasa kedua, kandungan kaunseling lebih menjurus kepada membantu klien menyelesaikan permasalahan diri, keluarga dan masalah ketagihan dadah. Kaunseling pada peringkat fasa

ketiga, lebih kepada membincangkan perancangan kerjaya klien sebagai persediaan diri untuk keluar dari pusat serenti. Pada fasa keempat, kaunseling lebih kepada membantu klien untuk menyesuaikan diri dan mewujudkan hubungan yang baik dengan masyarakat.

Perlaksanaan kaunseling kelompok dan kaunseling keluarga pula dilaksanakan dalam kumpulan yang khusus. Kaunseling kelompok terdiri daripada 10 hingga 15 orang pelatih, dan kaunselor bertindak sebagai fasilitator. Kandungan yang dibincangkan ialah sekitar masalah yang ahli kelompok hadapi seperti konflik ketagihan dadah, masalah keluarga dan masalah menyesuaikan diri dengan kehidupan di pusat pemulihan.

Manakala kaunseling keluarga pula diadakan untuk membantu keluarga klien memahami keadaan klien supaya ibu bapa dapat menerima klien dan memberi sokongan moral kepada beliau. Sekiranya terdapat kes untuk perceraian, kaunselor akan memberi kaunseling supaya perceraian dapat dielakkan dan klien dapat bersama keluarga dan anak-anak apabila beliau tamat program pemulihan di serenti. Kaunseling bimbingan lebih kepada memaklumkan maklumat seperti peraturan pusat serenti dari semasa ke semasa dan maklumat tentang bahaya dadah.

Di samping itu, kaunseling juga dijalankan mengikut jadual, contohnya kaunselor akan membuat jadual bulanan untuk setiap pelatih yang dirujuk kepada mereka. Butiran yang terkandung dalam jadual ialah tarikh pertemuan kaunseling, nama kaunselor, nama penghuni, syor kaunselor dan ulasan komandan. Mengikut ADK, aktiviti kaunseling secara berjadual sahaja akan dapat menentukan pelaksanaan yang sistematik dan terselaras, malah lebih penting lagi ia mampu memastikan supaya setiap klien menjalani aktiviti kaunseling mengikut tahap serta kekerapan yang ditentukan oleh sistem.

Seterusnya, sistem penyeliaan kaunseling juga dijalankan untuk memberi bimbingan dan tunjuk ajar yang betul kepada para pem-

bimbing dan kaunselor. Ketua kaunselor bertindak sebagai penyelia dan menentukan kaunselor bertanggungjawab kepada setiap klien di bawah jagaan mereka. Ketua kaunselor juga bertanggungjawab membuat perancangan aktiviti kaunseling, menyemak dan meneliti hasil kerja dan kaunseling harian yang dibuat oleh setiap kaunselor.

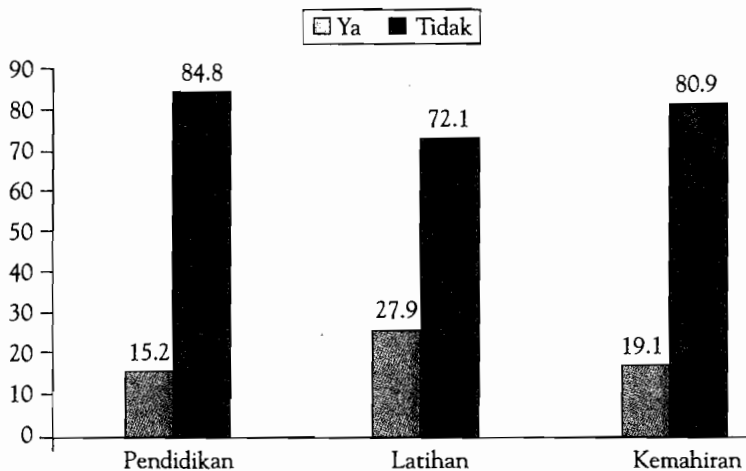
KHIDMAT KAUNSELING YANG BERKESAN

Sebelum kita lihat kepada keberkesanan kaunseling dari segi penerimaan serta perubahan yang berlaku kepada diri klien, adalah menjadi kewajipan kita untuk memastikan yang khidmat kaunseling yang ditawarkan itu mengikut piawai yang ditetapkan. Ini termasuklah soal kelulusan, kemahiran, pengalaman dan etika profesional kaunselor. Berikut dibentangkan beberapa penemuan kajian (Mahmood & Mohd Taib, 1999; Mahmood, Ismail dan Azniza, 2002) yang menunjukkan batasan kepada perkhidmatan kaunseling yang ditawarkan kepada residen Pusat Serenti dan juga mereka yang menjalani program pengawasan.

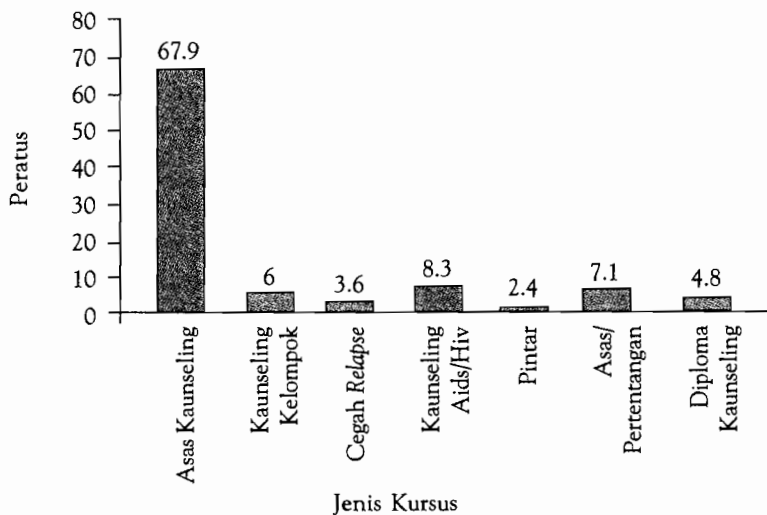
Kajian berkenaan menunjukkan bahawa terdapat beberapa limitasi pada perkhidmatan yang ditawarkan. Rajah 5.1 menunjukkan bahawa kebanyakan pegawai pemulihan dan kaunselor yang berkhidmat dengan ADK dan pusat-pusat serenti merasakan diri mereka kurang mampu dari segi pendidikan, latihan mahupun kemahiran untuk menjalankan kerja kaunseling atau penasihatian klien. Sebab dari segi latihan dan kelulusan boleh diperhatikan dengan jelas dalam Rajah 5.2. Sebilangan pula merasakan tidak sesuai dengan kerja yang mereka lakukan sekarang atas alasan kurang minat, kurang kemahiran dan terpaksa menanggung risiko yang tinggi (Rajah 5.3). Terdapat juga aduan mengenai kekurangan pada suasana fizikal tempat kerja seperti ruang yang sempit dan tidak selesa (Rajah 5.4).

Kajian ini turut mendapati batasan kepada perkhidmatan kaunseling yang berkesan setelah meninjau beban kerja yang diamali oleh pegawai pemulihan. Jadual 5.1 menunjukkan bahawa antara beban yang sering

Rajah 5.1: Persepsi Mengenai Kemampuan Pegawai Pemulihan (Program Pengawasan)



Rajah 5.2: Kursus-kursus Asas Mengendalikan Kaunseling yang Pernah Diikuti oleh Pegawai Pemulihan (Program Pengawasan)



**Jadual 5.1: Aspek Kerja yang Membebankan Pegawai Pemulihan
(Program Pengawasan)**

Aspek kerja	Rank	%
Memulihkan penagih ulangan	1	13.7
Kerja di luar bidang tugas	1	13.7
Beban tugas, kerap mesyuarat dan penyediaan minit	3	12.6
Kurang komitmen daripada pelatih dan keluarga	4	12.0
Mengendalikan kaunseling dan runding cara	4	12.0
Penyediaan laporan kes untuk dibawa ke mahkamah	6	10.4
Menyediakan laporan sosial penagih	7	9.0
Mengendalikan terlalu ramai penagih	8	7.7
Kerja tidak terancang dan kesuntukan masa	9	6.6
Projek <i>Naltrexone</i>	10	2.2

dialami ialah memulihkan penagih ulangan (13.7 peratus), menjalankan tugas-tugas di luar bidang tugas mereka (13.7 peratus), banyak beban dari segi pentadbiran (12.6 peratus), kurang komitmen daripada pelatih dan keluarga (12 peratus) serta menjalankan kerja-kerja kaunseling itu sendiri (12 peratus). Dari perihalan ini, beban kerja yang dihadapi adalah dari jenis kuantitatif (banyak kerja hingga tidak upaya) dan kualitatif (jenis kerja yang tidak mampu dilakukan kerana tiada kemahiran yang secukupnya). Hal ini juga disokong melalui dapatan dalam Jadual 5.2 yang mana aspek kelesuan kerja yang paling tinggi ialah rasa telah kuat kerja (beban kuantitatif) diikuti dengan letih, tidak bermaya, lesu, habis tenaga (beban kualitatif). Satu daripada

Jadual 5.2: Kelesuan Kerja (*Burnout*) dari Segi Keletihan Emosi yang Dialami oleh Pegawai Pemulihan (Program Pengawasan)

Subskala	Min	Rank
Rasa terlalu kuat bekerja	3.65	1
Rasa letih dan lesu	2.74	2
Tidak bermaya	2.55	3
Kehabisan tenaga	2.46	4
Banyak tekanan	2.24	5
Letih bila bangun pagi	2.22	6
Rasa tegang	1.95	7
Rasa tidak bermaya lagi	1.56	8
Rasa kecewa	1.54	9

aduan yang diajukan ialah dari segi beban kerja yang tidak selaras dengan bidang tugas. Pegawai pemulihan menggalakkan mereka membuat persediaan untuk program pencegahan selama 179 jam (purata) sebulan, bermakna mereka menghabiskan sekurang-kurangnya 6.8 jam pada satu hari bekerja. Hal ini menunjukkan mereka tidak punya banyak masa untuk tugas-tugas pemulihan (Jadual 5.3). Hal-hal program pencegahan juga dilakukan oleh NGO seperti Pemadam, Pengasih dan lain-lain. Pegawai pemulihan yang ditemu duga merasakan mereka boleh memperuntukkan lebih masa untuk kerja pemulihan lain jika agihan kerja dilakukan dengan lebih saksama. Batasan ini memberi kesan kepada perkhidmatan untuk program pemulihan yang lain.

Jadual 5.3: Masa yang Diperuntukkan dalam Sebulan oleh Pegawai Pemulihan ADK untuk Tugas-tugas Pemulihan dan Pentadbiran

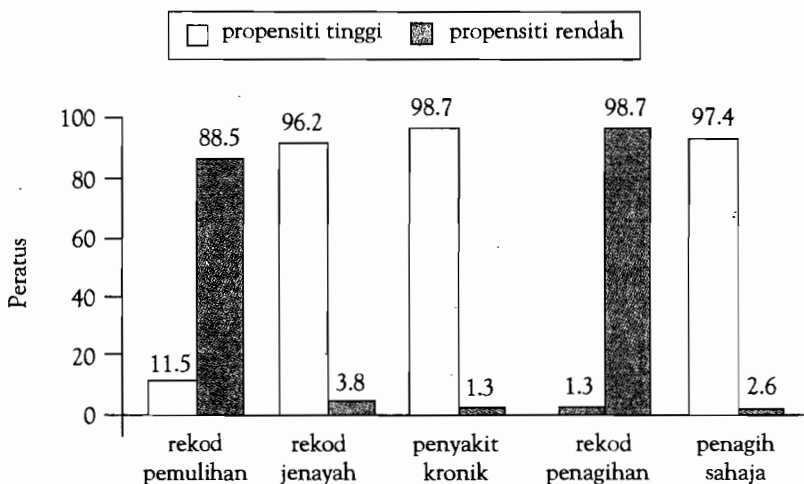
Bil.	Pemulihan dan Pentadbiran	Purata Jam
1.	Penyediaan Program Pencegahan	179
2.	Urus setia	72
3.	Kaunseling	32
4.	Hadiri mahkamah	32
5.	Laporan klien	32
6.	Kursus	25
7.	Pentadbiran pejabat	21
8.	Program PINTAR	17
9.	Ujian urin	13
10.	Laporan nadi	11
11.	Lawatan ke rumah klien	10
12.	Pameran antidadah	10
13.	Program gerak tempur	8
14.	Aktiviti masyarakat	7
15.	Masyarakat	7
16.	Program rakan bantu	6
17.	Ceramah umum	6
18.	Lawatan ke tempat kerja	5
19.	Penempatan tempat kerja klien	4

KEBERKESANAN KAUNSELING PADA KLIEN

Setelah kita pasti akan keberkesanan perkhidmatan yang diberikan, kita kemudiannya perlulah meneliti sama ada kaunseling yang diberikan itu dapat mengubah diri. Hal ini masih tertakluk kepada diri penagih itu sendiri. Rajah 5.2 menunjukkan *propensity* untuk pulih di kalangan

penagih yang berada dalam program pengawasan. Mereka yang mempunyai rekod pemulihan yang tidak baik (pernah *relapse*), ada rekod jenayah, mempunyai penyakit kronik (*dual-diagnosis*), rekod penagihan yang tidak baik (*multiple substance addiction*) dan bertindak sebagai penagih dan pengedar adalah ciri-ciri penagih yang sukar menerima rawatan. Ini bermakna keberkesanan kaunseling yang diberi itu haruslah juga berpandukan juga kepada propensiti bekas penagih untuk terus pulih daripada penagihannya.

Rajah 5.2: Perbandingan Propensiti Kes



Satu petunjuk kepada keberkesanan kaunseling ialah perubahan yang dialami oleh klien, dan salah satu petunjuknya ialah jenis strategi daya tindak yang digunakan untuk menghadapi dan menyelesaikan masalah (Mahmood & Md Taib, 1999; Mahmood, 2001; Mahmood, Ismail & Azniza, 2003). Kajian Mahmood & Md Taib (1999) dan Mahmood (2001) mendapati terdapat perubahan yang positif pada strategi daya tindak yang digunakan oleh penagih dadah, terutama sekali di kalangan mereka yang menjalani program pengawasan.

Juga, dari segi pertahanan diri, penagih yang menggunakan mekanisme pertahanan yang positif seperti pembangunan, keagamaan, perancangan dan pelaksanaan lebih mudah menerima rawatan berbanding mereka yang menggunakan mekanisme yang negatif seperti penafian dan mengambil ubatan, alkohol mahupun dadah (Jadual 5.8).

Ini bermakna bahawa pemulihan yang mereka ikuti telah meninggalkan kesan positif kepada diri mereka. Walaupun demikian, sampel bekas penagih yang diteliti adalah daripada kalangan mereka yang mengikuti program pengawasan. Ia tidak meliputi mereka yang gagal atau yang *relapse*, mahupun yang meninggalkan program berkenaan tanpa menamatkannya.

Jadual 5.8: Penggunaan Strategi Daya Tindak di Kalangan Bekas Penagih dalam Program Pengawasan

<i>Subscales</i>	<i>Weighted Mean (ranked)</i>	<i>Sisihan Piawai</i>
<i>Growth</i>	3.85	0.80
<i>Religion</i>	3.24	0.72
<i>Instrumental</i>	3.03	0.90
<i>Planning</i>	2.79	0.68
<i>Restrain</i>	2.68	0.65
<i>Emotional</i>	2.66	0.91
<i>Active</i>	2.66	0.56
<i>Suppression</i>	2.37	0.80
<i>Venting</i>	2.32	0.89
<i>Mental</i>	2.31	0.65
<i>Acceptance</i>	2.16	0.50
<i>Denial</i>	2.03	0.70
<i>Behavior</i>	1.78	0.77
<i>Alcohol</i>	1.28	0.70

KESIMPULAN

Setelah meneliti batasan dalam perkhidmatan, proses dan output kaunseling kepada penagih dadah, apakah yang boleh dilakukan untuk memperkasa komitmen klien ke arah kepulihan berterusan? Ini bukannya satu soalan yang mudah dijawab kerana kita berhadapan dengan pelbagai urusan dan batasan yang harus diselesaikan terlebih dahulu. Berikut adalah pandangan tentang cara meningkatkan keberkesanan kaunseling dari aspek sumber manusia agar insiden *relapse* dapat dikurangkan.

- (a) Tingkatkan kemahiran ikhtisas pegawai pemulihan dan kaunselor dadah. Ini perlu dilakukan dengan melatih pegawai pemulihan di peringkat ijazah yang tinggi dengan kemahiran khusus dalam perkhidmatan kaunseling.
- (b) Sediakan latihan kemahiran secara berkala kepada pegawai dalam perkhidmatan supaya mereka sentiasa peka dengan perkembangan ilmu yang berkaitan dengan tugas.
- (c) Semua kaunselor harus berlesen untuk mempraktikkan terapi dan kaunseling daripada Akta Kaunseling Malaysia.
- (d) Beban tugas pegawai pemulihan dan kaunselor perlu diteliti agar tidak mengganggu tugas utama mereka

Untuk residen pula, ada beberapa aspek yang boleh diperhatikan agar mereka dapat menerima kaunseling dengan lebih berkesan.

- (a) Menilai dan mentaksir masalah yang mereka hadapi agar dapat merancang kaunseling dengan lebih berkesan;
- (b) Mengenal pasti dengan tepat propensiti dan motivasi mereka untuk pulih dan bebas dadah;
- (c) Analisis hasil kaunseling peribadi dan kelompok.

Selepas residen menamatkan pemulihan masing-masing, mereka masih perlu dibimbing agar kurang kecenderungannya untuk *relapse*. Terdapat beberapa strategi yang perlu dilakukan di sini.

- (a) Perlu ada sokongan sosial yang kukuh daripada keluarga, rakan dan masyarakat.
- (b) Pekerjaan atau aktiviti menjana ekonomi.
- (c) Mengikuti kumpulan rakan bantu supaya boleh menyelesaikan isu-isu bersama.
- (d) Pertemuan sesekali dengan kaunselor di ADK untuk meneliti perkembangan.
- (e) Bekas residen perlu digalakkan untuk menyumbang kepada poses pemulihan seperti menjadi sponsor kumpulan pertemuan.

Walaupun kaunseling sering dianggap sebagai input penting dalam program rawatan dan pemulihan dadah, namun, langkah-langkah yang digariskan di atas yang tidak berteraskan kaunseling perlu dipertimbangkan agar dapat membantu bekas penagih memulakan kehidupan yang bebas dadah serta membantu penagih lain untuk menyelesaikan masalah ketagihan masing-masing.

RUJUKAN

- Chiauzzi, E.J. (1991). *Preventing relapse in the addiction: a biopsychosocial approach*. Toronto, Pergamon Press, Inc.
- Dual Recovery Anonymous (2003). *Relapse Prevention*. <http://www.draonline.org>.
- George, R.L. (1990). *Counseling the chemically dependent: Theory and practice*. Massachusetts. Allyn and Bacon.
- Professional Association for Counsellors In South Australia. <http://www.casa.asn.au>.

- Lewis, J.A., Dana, R.Q., & Lewis, J.A.(1998). *Substance Abuse Counseling: An individualized approach*. California. Brook/Cole Publishing Company.
- Mahmood, N. M. (1991). "Perubahan Psikologi yang Dialami oleh Penagih Dadah yang Menjalani Program Pemulihan Kerajaan: Satu Kajian di Pusat Serenti Sungai". *Malaysian Parliament Journal*, 11(2): 46-49.
- Mahmood, N. M., Md. Shuaib Che Din & Abdul Halim Othman (1992). "Is Alteration on Defence Mechanism a Good Indicator For Mental Well-Being Among Psychoactive Addicts?". *Pakistan Journal of Psychological Research*, Summer, 1(2): 1-8.
- Mahmood, N. M., Md Shuaib Che Din & Abdul Halim Othman (1994). "Kaunseling Penagih Dadah: Fokus kepada Perubahan Mekanisme Bela diri". *Malaysian Journal of Counseling (PERKAMA)*, 5: 212-222.
- Mahmood, N. M., Md. Shuaib Che Din & Ismail Ishak (1998). "Keberkesanan Program Pemulihan Dadah Modaliti Tradisional. In Mahmood, N. M. (Ed.), *Proceedings: UUM 1997 Research Seminar*. Sintok: Center for Research and Consultancy, UUM.
- Mahmood, N. M. (1999). "Pemulihan Dadah secara Tradisional: Adakah ia berkesan". *Pemikir*, Jan-Mac, (15), 213-236.
- Mahmood, N. M. & Mohd Taib Ariffin (1999). "Tekanan kerja dan Strategi Daya Tindak di kalangan pegawai pemulihan dan kaunselor dadah". Laporan kajian, UUM.
- Mahmood, N. M. (2000). "Penilaian Mekanisme Bela Diri melalui *Thematic Apperception Test*: Aplikasi dalam Kaunseling dengan Penagih Dadah". In Mahmood N. M., Nadiyah Elias & Azmi Shaari (Eds), *Proceedings: National Seminar on Social Work Management*, Sintok: SPS-UUM.

- Mahmood, N. M. (2001). "Penggunaan strategi daya tindak: Adakah ia membantu penagih dadah untuk bebas dari dadah? *Proceedings of the National Seminar on Socio-economy and IT*, Sintok: Pusat Penyelidikan dan Perundingan.
- Mahmood, N. M., Ismail Ishak & Azniza Ishak. (2002). "Program pemulihan luar institusi untuk penagih dadah". Laporan Penyelidikan IRPA, UUM.
- Marlatt, G.A., & Gordon, J. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Rasmussen, S. (2000). *Addiction treatment: Theory and practice*. Beverly Hills, California: Sage Publication, Inc.