

**PENGGUNAAN KAEDAH Q DALAM MENGENALPASTI PERSEPSI BEKAS
PENAGIH HEROIN: KAJIAN KES DI KALANGAN SUBJEK YANG
SEDANG MENGIKUTI PROGRAM RAWATAN NALTREKSON DI
MALAYSIA**

VICKNASINGAM BALASINGAM KASINATHER

UNIVERSITI SAINS MALAYSIA

2004

**PENGGUNAAN KAEDAH Q DALAM MENGENALPASTI PERSEPSI BEKAS
PENAGIH HEROIN: KAJIAN KES DI KALANGAN SUBJEK YANG
SEDANG MENGIKUTI PROGRAM RAWATAN NALTREKSON DI
MALAYSIA**

Oleh

VICKNASINGAM BALASINGAM KASINATHER

Mac 2004

**Tesis ini diserahkan untuk memenuhi keperluan
bagi Ijazah Doktor Falsafah**

JADUAL KANDUNGAN

	MUKA SURAT
TAJUK	ii
PENGHARGAAN	iii
JADUAL KANDUNGAN	iv
SENARAI JADUAL	xii
SENARAI RAJAH	xiv
ABSTRAK	xvi
ABSTRACT	xviii
BAB 1: PENGENALAN	1
1.0 Pengenalan	1
1.1 Latar belakang kepada masalah dadah di Malaysia	1
1.1.1 Kedudukan masalah dadah semasa	4
1.1.2 Jenis dadah yang digunakan	5
1.2 Permasalahan kajian	6
1.3 Persoalan kajian	9
1.4 Objektif kajian	9
1.5 Skop dan lokasi kajian	9
1.6 Kesignifikan kajian	11
1.7 Batasan kajian	12
1.7.1 Agensi pelaksanaan	13
1.7.2 Subjek kajian	15
1.7.4 Batasan kajian kaedah Q	16
1.8 Definasi konsep-konsep	16
1.9 Pelan tesis	19

	MUKA SURAT
1.10 Kesimpulan	21
BAB 2: ULASAN KARYA	22
2.0 Pengenalan	22
2.1 Rawatan penagihan dadah di Malaysia	22
2.1.1 Program rawatan dan pemulihan dadah di Malaysia	24
2.2 Ubat Naltrekson sebagai rawatan sokongan dalam membantu bekas penagih dadah bebas daripada dadah	26
2.2.1 Teori penggunaan ubat Naltrekson	27
2.2.2 Keberkesanan ubat Naltrekson	29
2.3 Instrumen-instrumen penilaian psikososial	32
2.4 Teori-teori dalam bidang penagihan dadah	38
2.5 Teori kaedah Q	44
2.6 Kaedah Q	45
2.7 Model tesis	55
2.8 Kesimpulan	58
BAB 3: METODOLOGI KAJIAN	59
3.0 Pengenalan	59
3.1 Rekabentuk kajian	59
3.2 Lokasi dan sampel kajian	61
3.2.1 Lokasi dan sampel kajian subjek naltrekson yang telah ditemuduga untuk kaedah Q	62
3.3 Pengambilan ubat dan kaunseling	64
3.4 Pemilihan subjek	66

MUKA SURAT

3.5	Pemeriksaan kesihatan	67
3.5.1	Pemeriksaan perubatan pra-kajian	67
3.5.2	Pemeriksaan perubatan semasa kajian	68
3.6	Instrumen kajian	68
3.6.1	Borang maklumat mengenai subjek	68
3.6.2	Borang rekod (komplians) pengambilan ubat (projek Naltrekson) di Pusat Serenti dan komuniti	69
3.6.3	Rekod komplians kaunseling (projek Naltrekson) di Pusat Serenti dan komuniti	69
3.6.4	Rekod urinalisis (projek Naltrekson) di Pusat Serenti dan komuniti	69
3.6.5	Rekabentuk instrumen Q	70
3.7	Prakajian	72
3.7.1	Prakajian kaedah Q	73
3.8	Sumber manusia	77
3.9	Latihan	77
3.10	Etika penyelidikan	78
3.11	Tatacara kemasukan, pengurusan dan analisis data	79
3.11.1	Perisian Microsoft Access	79
3.11.2	Perisian sistem penghantaran ubat	80
3.11.3	Perisian Statistical Package for Social Sciences (SPSS)	80
3.11.4	Perisian kaedah Q	81
3.12	Kesimpulan	82

	MUKA SURAT
BAB 4: KEPUTUSAN KAJIAN NALTREKSON	83
4.0 Pengenalan	83
4.1 Latarbelakang subjek	83
4.2 Latarbelakang sosial	84
4.2.1 Kumpulan etnik	84
4.2.2 Umur	85
4.2.3 Taraf perkahwinan	86
4.2.4 Tahap pendidikan subjek	86
4.2.5 Pekerjaan subjek sebelum mula menagih	87
4.2.6 Pekerjaan sekarang	88
4.2.7 Pendapatan sekarang	89
4.3 Latarbelakang keluarga	89
4.3.1 Bilangan adik beradik	90
4.3.2 Ahli keluarga yang masih menagih	90
4.3.3 Status kediaman	91
4.3.4 Pendapatan ibubapa	91
4.3.5 Hubungan kini dengan keluarga	92
4.3.6 Kawasan dibesarkan	92
4.3.7 Jenis perumahan semasa membesar	93
4.4 Latarbelakang kesihatan	93
4.4.1 Keputusan ujian HIV	93
4.4.2 Penyakit kronik lain	94
4.5 Latarbelakang penagihan dadah	94
4.5.1 Tahun mula menagih	94

		MUKA SURAT
4.5.2	Umur mula menagih	95
4.5.3	Dadah utama yang digunakan	95
4.5.4	Penggunaan dadah lain (kedua)	96
4.5.5.	Kekerapan pengambilan dadah sehari (sebelum dimasukkan ke program pemulihan)	96
4.5.6	Cara pengambilan dadah	96
4.5.7	Purata kos pembelian dadah sehari	97
4.5.8	Bilangan kemasukkan ke Pusat Serenti	97
4.5.9	Bilangan kemasukan ke penjara	97
4.5.10	Bilangan kemasukan ke pusat pemulihan persendirian	98
4.6	Pusat Serenti	98
4.6.1	Kadar komplian pengambilan ubat di Pusat Serenti	98
4.6.2	Kadar komplian kaunseling di Pusat Serenti	101
4.6.3	Keputusan ujian air kencing di Pusat Serenti	104
4.6.4	Kesimpulan di Pusat Serenti	106
4.7	Komuniti	107
4.7.1	Kadar komplian pengambilan ubat di peringkat komuniti	107
4.7.2	Kadar komplian kaunseling di peringkat komuniti	109
4.7.3	Keputusan ujian air kencing di peringkat komuniti	112
4.7.4	Kesimpulan di peringkat komuniti	114
4.8	Kesimpulan	116

MUKA SURAT

BAB 5:	KEPUTUSAN KAEDAH Q	117
5.0	Pengenalan	117
5.1	Latarbelakang subjek kaedah Q	117
5.2	Tahap kebolehpercayaan faktor-faktor	119
5.3	Faktor-faktor	120
5.3.1	Faktor 1 (motivasi)	120
5.3.2	Faktor 2 (ketagihan)	121
5.3.3	Faktor 3 (pengekangan atau 'abstinence')	121
5.3.4	Faktor 4 (kawalan diri)	122
5.3.5	Faktor 5 (tanggungjawab individu)	123
5.3.6	Faktor 6 (rawatan Naltrekson)	123
5.4	Pencapaian subjek	124
5.4.1	Kecenderungan tinggi subjek untuk faktor 1 (motivasi)	124
5.4.2	Kecenderungan tinggi subjek untuk faktor 2 (ketagihan)	128
5.4.3	Kecenderungan tinggi subjek untuk faktor 3 (pengekangan atau 'abstinence')	131
5.4.4	Kecenderungan tinggi subjek untuk faktor 4 (kawalan diri)	134
5.4.5	Kecenderungan tinggi subjek untuk faktor 5 (tanggungjawab individu)	135
5.4.6	Kecenderungan tinggi subjek untuk faktor 6 (rawatan Naltrekson)	137
5.5	Kesimpulan	139
BAB 6:	PERBINCANGAN	142
6.0	Pengenalan	142

MUKA SURAT

6.1	Latarbelakang sosio-demografi subjek	142
6.2	Reliabiliti instrumen Q	143
6.3	Kepentingan faktor-faktor	145
6.4	Pencapaian subjek terhadap program rawatan Naltrekson	150
6.5	Batasan kaedah Q	153
6.6	Kesimpulan	155
BAB 7:	KESIMPULAN	156
7.0	Kesimpulan	156
7.1	Cadangan kajian masa depan	158
BIBLIOGRAFI		159
LAMPIRAN		
Lampiran 1	Program Rawatan dan Pemulihan Dadah Kerajaan	
Lampiran 2	Agensi-agensi lain yang Bertanggungjawab Dalam Tindakan Anti Dadah	
Lampiran 3	Pemilihan Subjek Berdasarkan Faktor Sokongan Keluarga, Prospek Mendapatkan Pekerjaan dan Pertumbuhan Sosial	
Lampiran 4	Clinical Case Report Form	
Lampiran 5	Kad Maklumat Subjek	
Lampiran 6	Maklumat Mengenai Subjek	
Lampiran 7	Rekod Komplians Pengambilan Ubat di Pusat Serenti dan Komuniti	
Lampiran 8	Rekod Komplians Kaunseling di Pusat Serenti dan Komuniti	
Lampiran 9	Rekod Urinalisis di Pusat Serenti dan Komuniti	
Lampiran 10	48 Pernyataan yang Digunakan didalam Kaedah Q untuk Mendapat Pendapat Subjek Kepada Pemilihan	

Lampiran 11	Kaedah Bagaimana Mengasingkan Kad Di Dalam Metodologi Q
Lampiran 12	Pendapat Kepada Pemulihan Data Agihan Kaedah Q
Lampiran 13	Penilaian Kefahaman
Lampiran 14	Borang Persetujuan Pesakit
Lampiran 15	Korelasi di antara Faktor (Sampel Institusi)
Lampiran 16	Korelasi di antara Faktor (Sampel Komuniti)
Lampiran 17	Matrik Faktor-faktor (Sampel Institusi)
Lampiran 18	Matrik Faktor-faktor (Sampel Komuniti)
Lampiran 19	Skor Z untuk Setiap Faktor (Sampel Institusi)
Lampiran 20	Skor Z untuk Setiap Faktor (Sampel Komuniti)

PENGHARGAAN

Saya ingin mengambil kesempatan ini untuk mengucapkan setinggi-tinggi terima kasih kepada penyelia utama saya Dr. P. Sundramoorthy atas bimbingan dan sokongan beliau. Ucapan ribuan terima kasih yang tidak terhingga juga di berikan kepada penyelia bersama saya Profesor (Dr.) V. Navaratnam yang telah banyak menolong memberi dorongan, sokongan dan pertolongan sepanjang tempoh pengajian saya. Ucapan ribuan terima kasih juga ditujukan kepada Pengarah di tempat saya bertugas iaitu Pusat Penyelidikan Dadah dan Ubat-ubatan, USM, Profesor Sharif Mahsufi Mansor yang telah banyak membantu dan memberikan sokongan moral sepanjang tempoh pengajian saya. Tidak ketinggalan ucapan terima kasih kepada Dekan Pusat Pengajian Sains Kemasyarakatan, Profesor Madya Abdul Rahim Ibrahim atas segala bantuan beliau. Saya juga ingin merakamkan ucapan terima kasih juga kepada Dr. Hamid Kadir Pakir, Profesor Suresh Narayanan, Profesor Isa Abdul Majid dan Dr. Surash Ramanathan atas sokongan moral mereka. Saya ingin mengambil kesempatan ini untuk mengucapkan terima kasih kepada Profesor Kevin O'Grady daripada University of Maryland, USA yang telah membantu dalam bahagian analisis data kajian ini. Sumbangan dan pertolongan daripada Nick Kozel dan Dr. George Beshner daripada National Institute on Drug Abuse, USA tidak dilupakan juga. Mending Dr. Jean Paul Smith daripada USA telah memperkenalkan saya kepada kaedah Q dan banyak memberikan sokongan dan pertolongan di peringkat awal kajian ini. Akhir sekali saya berterima kasih kepada ibubapa, kedua-dua abang saya dan isteri saya yang sentiasa memberikan dorongan dan sokongan di sepanjang tempoh pengajian saya.

SENARAI JADUAL

		MUKA SURAT
Jadual 2.0:	Kekerapan penggunaan (kajian yang diterbitkan sahaja) kaedah penilaian klinikal untuk tempoh 20 tahun (Butcher dan Rouse, 1996:89)	34
Jadual 2.1	Penerbitan kaedah Q mengikut bidang pengajian	45
Jadual 3.0:	Lokasi dan jumlah sampel kajian Naltrekson	62
Jadual 3.1:	Lokasi dan saiz Sampel subjek Naltrekson yang telah ditemuduga untuk kaedah Q	64
Jadual 3.2:	Ujian reliabiliti tiga subjek kepada pengasingan pernyataan kaedah Q	75
Jadual 4.0:	Tahun mula menagih	95
Jadual 4.1:	Jenis pemilihan	99
Jadual 4.2:	Kadar komplian pengambilan ubat	100
Jadual 4.3:	Jumlah sesi dihadiri	103
Jadual 4.4:	Kadar komplian kaunseling di institusi	104
Jadual 4.5:	Keputusan ujian air kencing di Pusat Serenti	105
Jadual 4.6:	Kadar komplian ubat mengikut fasa di peringkat komuniti	109
Jadual 4.7:	Kadar komplians kaunseling mengikut fasa di peringkat komuniti	111
Jadual 4.8:	Jumlah ujian air kencing di komuniti	112
Jadual 4.9:	Keputusan ujian air kencing mengikut fasa di peringkat komuniti	113
Jadual 4.10:	Keputusan akhir ujian kencing mengikut fasa di peringkat komuniti	114
Jadual 5.0:	Latarbelakang subjek kaedah Q	118
Jadual 5.1:	Reliabiliti komposit faktor untuk sampel institusi dan komuniti	119

MUKA SURAT

Jadual 5.2:	Kecenderungan tinggi subjek untuk faktor 1 (motivasi)	125
Jadual 5.3:	Kecenderungan tinggi subjek untuk faktor 2 (ketagihan)	129
Jadual 5.4:	Kecenderungan tinggi subjek untuk faktor 3 (pengekangan atau 'abstinence')	132
Jadual 5.5:	Kecenderungan tinggi subjek untuk faktor 4 (kawalan diri)	134
Jadual 5.6:	Kecenderungan tinggi subjek untuk faktor 5 (tanggungjawab diri)	136
Jadual 5.7:	Kecenderungan tinggi subjek untuk faktor 6 (rawatan Naltrekson)	138

SENARAI RAJAH

		MUKA SURAT
Rajah 2.0:	Langkah-langkah yang perlu diambil dalam Metodologi Q (Amin, 2000: 411)	54
Rajah 2.1:	Model tesis	57
Rajah 3.0:	Data agihan 48 pernyataan	82
Rajah 4.0:	Jenis pemilihan subjek	84
Rajah 4.1:	Kumpulan etnik	84
Rajah 4.2:	Umur	85
Rajah 4.3:	Taraf perkahwinan	86
Rajah 4.4:	Tahap pendidikan subjek	87
Rajah 4.5:	Pekerjaan subjek sebelum menagih	88
Rajah 4.6:	Pekerjaan sekarang	89
Rajah 4.7:	Pendapatan ibubapa	92
Rajah 4.8:	Jenis perumahan semasa membesar	93
Rajah 4.9:	Kadar komplian pengambilan ubat di Pusat Serenti	100
Rajah 4.10:	Kadar komplian kaunseling di Pusat Serenti	104
Rajah 4.11:	Keputusan ujian air kencing di Pusat Serenti	106
Rajah 4.12:	Kadar komplian ubat mengikut fasa di peringkat komuniti	109
Rajah 4.13:	Kadar komplian kaunseling mengikut fasa di peringkat komuniti	112
Rajah 4.14:	Keputusan ujian air kencing mengikut fasa di peringkat komuniti	114
Rajah 5.0:	Geraf 'scatter' menunjukkan kadar komplian (ubat dan kaunseling) subjek institusi untuk faktor 1 (motivasi)	127
Rajah 5.1:	Geraf 'scatter' menunjukkan kadar komplian (ubat dan kaunseling) subjek komuniti untuk faktor 1 (motivasi)	128

MUKA SURAT

Rajah 5.2:	Geraf 'scatter' menunjukkan kadar komplian (ubat dan kaunseling) subjek institusi untuk faktor 2 (ketagihan)	130
Rajah 5.3:	Geraf 'scatter' menunjukkan kadar komplian (ubat dan kaunseling) subjek komuniti untuk faktor 2 (ketagihan)	131
Rajah 5.4:	Geraf 'scatter' menunjukkan kadar komplian (ubat dan kaunseling) subjek institusi untuk faktor 3 (pengekangan atau ' <i>abstinence</i> ')	133
Rajah 5.5:	Geraf 'scatter' menunjukkan kadar komplian (ubat dan kaunseling) subjek komuniti untuk faktor 3 (pengekangan atau ' <i>abstinence</i> ')	133
Rajah 5.6:	Geraf 'scatter' menunjukkan kadar komplian (ubat dan kaunseling) subjek institusi untuk faktor 4 (kawalan diri)	135
Rajah 5.7:	Geraf 'scatter' menunjukkan kadar komplian (ubat dan kaunseling) subjek komuniti untuk faktor 4 (kawalan diri)	135
Rajah 5.8:	Geraf 'scatter' menunjukkan kadar komplian (ubat dan kaunseling) subjek institusi untuk faktor 5 (tanggungjawab individu)	137
Rajah 5.9:	Geraf 'scatter' menunjukkan kadar komplian (ubat dan kaunseling) subjek komuniti untuk faktor 5 (tanggungjawab individu)	137
Rajah 5.10:	Geraf 'scatter' menunjukkan kadar komplian (ubat dan kaunseling) subjek institusi untuk faktor 6 (rawatan Naltrekson)	139
Rajah 5.11:	Geraf 'scatter' menunjukkan kadar komplian (ubat dan kaunseling) subjek komuniti untuk faktor 6 (rawatan Naltrekson)	139

ABSTRAK

Selepas meneliti karya-karya yang wujud berkenaan kaedah Q didapati bahawa metodologi ini belum lagi digunakan dalam bidang rawatan penagihan dadah. Oleh itu kajian ini merupakan kajian yang pertama menggunakan Metodologi Q untuk mengenalpasti persepsi penagih yang sedang mengikuti program rawatan penagihan dadah. Dalam konteks kajian ini ialah mereka yang sedang mengikuti program rawatan Naltrekson.

Adalah mustahak bagi kita sebagai penyelidik untuk memahami persepsi penagih dadah terhadap rawatan yang diterimanya. Kerap kali penyelidik dalam bidang penagihan dadah menghadapi masalah untuk mengkuantifikasikan data yang subjektif. Tidak terdapat instrumen-instrumen yang sesuai untuk mengenalpasti subjektiviti penagih dadah terutamanya terhadap rawatan yang di terima. Kaedah Q adalah satu kaedah yang dapat mengkuantifikasikan subjektiviti. Kaedah ini berasal daripada 'self theory' berdasarkan pendekatan fenomenalogikal.

Rekabentuk kajian ini ialah tinjauan keratan lintang. Sejumlah 156 orang subjek telah dipilih menyertai kajian ini. Sampel kajian dibahagikan kepada dua kumpulan iaitu subjek institusi (101 subjek) dan subjek di peringkat komuniti (55 subjek). Kaedah persampelan yang digunakan ialah 'simple random sampling'. Pra-kajian telah dijalankan untuk menguji kaedah ini dan dapat disimpulkan bahawa instrumen ini menunjukkan tahap kebolehpercayaan yang sederhana (60%). Beberapa pengubahsuaian telah dibuat untuk kajian sebenar.

Dua objektif yang diutarakan dalam kajian ini ialah satu untuk melihat kebolegunaan kaedah ini di kalangan populasi penagih dadah di Malaysia. Dua ujian yang dijalankan ialah ujian reliabiliti komposit (skor reliabiliti hampir kepada 1) dan ujian korelasi diantara faktor (korelasi diantara faktor adalah dari .125 sehingga 1.0). Kedua-dua ujian yang dijalankan ini menunjukkan instrumen ini mempunyai tahap kebolehpercayaan yang tinggi.

Objektif kedua menggunakan kaedah ini ialah untuk melihat jika kaedah ini dapat mengenalpasti persepsi penagih yang sedang mengikuti program rawatan naltrekson di Malaysia. Untuk menjawab objektif ini, analisis faktor dilakukan. Enam faktor telah dikenalpasti oleh subjek sebagai persepsi mereka. Enam faktor tersebut ialah motivasi, ketagihan, pengekangan, kawalan diri, tanggungjawab individu dan rawatan Naltrekson. Kesemua enam faktor ini yang dikenalpasti oleh subjek sebagai persepsi mereka merupakan faktor-faktor yang penting dalam proses rawatan penagihan dadah. Sebagai tambahan kaedah ini juga digunakan untuk melihat pencapaian subjek kepada program rawatan naltrekson berdasarkan kadar komplian ubat dan kaunseling. Didapati subjek di peringkat institusi menunjukkan kadar komplian yang lebih baik daripada subjek diperingkat komuniti.

Akhir sekali dapat disimpulkan bahawa kaedah ini yang belum pernah digunakan dalam bidang rawatan penagihan dadah mempunyai tahap kebolehpercayaan yang tinggi dan dapat mengenalpasti persepsi populasi bekas penagih heroin yang sedang mengikuti program rawatan Naltrekson di Malaysia.

**THE USE OF Q-METHOD IN IDENTIFYING PERCEPTION OF EX-
HEROIN ADDICTS: CASE STUDY AMONG SUBJECTS UNDERGOING
NALTREXONE TREATMENT PROGRAM IN MALAYSIA**

ABSTRACT

After reviewing the existing literature on Q-method it was found that this method has not been used in the field of substance abuse treatment. Hence this is the first study that utilizes the Q method to identify addict's perception when they are undergoing substance abuse treatment program. In this study context those who are undergoing naltrexone treatment program.

It is important as researchers to understand the perception of drug users towards their treatment. Often researchers in the field of substance abuse are confronted with the difficulty of quantifying subjective data. There are no appropriate instruments to measure subjective perception of drug users especially towards their treatment. Q method is a method that quantifies subjectivity. This method is from self-theory, which is based on the phenomenological approach.

The study design is a cross-sectional survey. A total of 156 subjects were selected for this study. The samples were divided into two groups, institution (101 subjects) and community (55 subjects). Sampling technique used in this study was the simple random sampling method. A pilot study was carried out to test this method and it can

be concluded that the instrument in the pilot study showed moderate reliability (60%). Some modifications were made for the actual study.

Two objectives put forward in this study were one to determine the usability of this instrument among drug users in Malaysia. Two tests were carried out to determine this. The composite reliability test (composite reliability score close to 1) and the correlation between factors analysis (inter-factor correlation from .125 to 1.0) showed that the reliability of this instrument was high.

The second objective of using this instrument was to determine if this method could be used to identify the perception of drug users undergoing naltrexone treatment in Malaysia. To answer this objective, factor analysis was done. Subjects identified six factors as their perception. The six factors are motivation, craving, abstinence, self-control, individual responsibility and naltrexone treatment. All these six factors identified by subjects as their perception are important factors in the process of substance abuse treatment. In addition, this method was also used to look at outcome of subjects undergoing naltrexone treatment based on the compliance towards medication and counseling. It is found that subjects in the institution showed a better compliance rate compared to subjects in the community.

Finally, it can be concluded that this method, which has never been used in the field of substance abuse treatment, is reliable and is able to identify perception of ex-heroin addicts undergoing naltrexone treatment in Malaysia.

Bab 1

Pengenalan

1.0 Pengenalan

Bab ini akan memberikan latarbelakang kepada tesis ini. Bahagian awal bab ini akan membincangkan sejarah masalah dadah di Malaysia dan seterusnya masalah dadah yang dihadapi kini di negara kita. Bab ini juga akan menggariskan permasalahan kajian, persoalan kajian, objektif kajian, skop kajian, kesignifikan kajian, batasan kajian dan pelan tesis.

1.1 Latarbelakang Kepada Masalah Dadah di Malaysia

Penagihan dadah di Malaysia mempunyai sejarah yang berkait rapat dengan pembangunan awal ekonomi negara ini. Lombong-lombong bijih, ladang-ladang getah dan lada hitam yang mula diusahakan pada awal abad kesembilan belas memerlukan tenaga kerja asing dari negeri Cina dan India. Sebilangan besar buruh yang dibawa masuk untuk mengerjakan lombong-lombong dan ladang-ladang yang dibuka pada masa itu telah membawa bersama mereka tabiat menghisap candu adalah untuk keseronokan dan mengubati sakit dan penyakit seperti untut, ceret beret dan malaria. Pada masa yang sama tanda-tanda penggunaan ganja di kalangan buruh limbungan mula dikesan (Laporan dadah, 1998). Ganja juga dipercayai dapat

mengubati penyakit lelah. Para nelayan daripada kumpulan etnik Melayu mengambil ganja supaya tidak rasa mengantuk (Tan dan Haq, 1974).

Pada penghujung abad kesembilan belas, penagihan candu mula menimbulkan masalah. Perbalahan di antara kumpulan ahli-ahli kongsi gelap kerap kali terjadi untuk mengawal pasaran kongsi gelap. Kerajaan penjajah Inggeris pada waktu itu cuba mengawal masalah penagihan candu melalui kedai-kedai candu kerajaan serta mendaftarkan penagih candu. Mereka yang berdaftar sebagai penghisap *bona fide* serta diperakukan oleh pengamal-pengamal perubatan dibenarkan membeli dan menghisap candu (Adilah, 1985).

Navaratnam dan Spencer (1981) meramalkan di negeri-negeri Melayu bersekutu pada tahun 1929 (Perak, Selangor, Pahang dan Negeri Sembilan) terdapat seramai 52,313 penghisap candu. Manakala di negeri-negeri selat (Pulau Pinang, Melaka dan Singapura) terdapat seramai 73, 000 penghisap candu yang berdaftar. Meskipun candu dikaitkan dengan kumpulan etnik Cina tetapi di negeri-negeri Melayu tidak bersekutu (Kedah, Perlis, Terengganu, Kelantan dan Johor) terdapat juga mereka daripada kumpulan etnik Melayu yang menghisap candu. Fenomena ini berlaku terutamanya di negeri Perlis dan Kedah.

Memandangkan masalah menghisap candu menjadi lebih serius, kerajaan Inggeris pada tahun 1934 telah menyetujui undang-undang dengan hanya membenarkan penggunaan candu untuk tujuan perubatan. Semasa zaman pemerintahan Jepun tiada sekatan dikenakan terhadap pengimport candu sehingga pada tahun 1952 Ordinan

Dadah Merbahaya diperkenalkan yang melarang penggunaan semua jenis dadah berbahaya (Khairuddin, 1986).

Menjelang akhir tahun 1960an, seperti juga dengan kebanyakan negara di rantau ini, corak penggunaan dadah telah berubah. Belia berbagai kaum merupakan golongan terbesar bilangan penagih dadah. Sebilangan besar dari mereka menggunakan heroin dan morfin. Di samping itu, ganja juga merupakan dadah yang digemari. Bahan psikotropik seperti pil methaqualone, amfetamin, barbiturat dan lain-lain mula disalahgunakan (Laporan dadah, 1996).

Adilah (1985) berpendapat bahawa keadaan ini disebabkan oleh kebudayaan *hippy* yang telah menular ke negara ini dan mempengaruhi cara hidup sebilangan golongan muda di negara ini. Tabiat penagihan dadah khususnya oleh anggota tentera Amerika yang bercuti di Malaysia pada masa itu telah juga mempengaruhi ramai anak-anak muda tempatan. Peperangan di Vietnam telah meningkatkan permintaan heroin dan pertambahan pengeluaran di kawasan segitiga emas. Kejatuhan negara Vietnam selatan pada tahun 1975 mengakibatkan rangkaian dadah terputus. Sindiket dadah mula mengembangkan rangkaian baru pengedaran dadah di negara-negara Asia Tenggara, Amerika Utara, Eropah Barat dan Australia setelah pengunduran tentera Amerika dari Vietnam. Senario dadah di Asia Tenggara berubah secara dramatik di mana kadar penagihan dadah didapati telah meningkat.

Tren penyalahgunaan dadah di Malaysia menunjukkan satu peningkatan yang drastik. Misalnya pada tahun 1970 hanya 711 penagih dikesan. Bilangan ini meningkat ke 5,078 orang dalam masa 5 tahun. Dalam masa setahun bilangan ini meningkat ke

jumlah 10,000. Bilangan ini bertambah ke seramai 102,081 penagih dalam jangkamasa 15 tahun (Foong dan Navaratnam, 1987:iv).

Kadar prevalen penagih dadah juga meningkat daripada 6.8 penagih per 100,000 populasi pada tahun 1970 hingga 841.4 penagih per 100,000 populasi pada tahun 1984 (Navaratnam et al., 1992:17). Pada tahun 2000, kadar prevalen penagih dadah ialah 734 penagih per 100,000 populasi (Central Intelligence Agency, 2000).

1.1.1 Kedudukan Masalah Dadah Semasa

Sehingga akhir tahun 2001 sebanyak 223,123 penagih telah di kesan. Daripada jumlah ini dianggarkan seramai 40, 000 orang merupakan penagih tegar. Manakala daripada Januari hingga Disember tahun 2001 seramai 31,556 penagih dikesan. Daripada jumlah ini lebih kurang setengah (50.2%) merupakan penagih yang baru dikesan manakala yang selebihnya merupakan penagih ulang (49.8%). Hampir setengah (41.8%) penagih yang dikesan menggunakan heroin, 27.3% morfin, 19.8% ganja dan 6.7% methamphetamine (Sistem maklumat dadah kebangsaan, 2001).

Hampir semua (98.3%) penagih yang dikesan pada tahun 2001 ialah lelaki dan seperti tahun-tahun yang lalu kebanyakan (73%) daripada mereka berada dalam lingkungan umur 20 hingga 39 tahun. Jika dilihat dari segi negeri untuk tempoh masa yang sama Pulau Pinang merekodkan jumlah penagih yang terbanyak iaitu seramai 6,201 orang penagih. Daripada jumlah ini seramai 2,378 orang merupakan penagih yang baru. Lebih setengah (56.2%) daripada penagih mengambil dadah secara 'chase', 20%

secara menghisap dan 19.6% secara suntikan (Sistem maklumat dadah kebangsaan, 2002).

Tahun 2002 juga menunjukkan tren yang sama di mana kebanyakan (71.5%) mereka yang dikesan berada dalam lingkungan umur 20 hingga 39 tahun, 69.5% adalah daripada kumpulan etnik Melayu dan 38.4% penagih yang dikesan merupakan penagih heroin. Untuk tempoh lima bulan tahun ini (Januari hingga Mei 2003) tren yang sama berterusan iaitu 73.6% daripada 15,767 penagih yang dikesan adalah daripada kumpulan etnik Melayu, 70.7% berada dalam lingkungan umur 20 hingga 39 tahun dan 40% daripada mereka merupakan penagih heroin.

1.1.2 Jenis Dadah yang Digunakan

Perangkaan Pasukan Petugas Anti Dadah (1991) menunjukkan daripada tempoh 1970 hingga 1975 dadah jenis heroin merupakan dadah yang paling banyak (78.3%) digunakan oleh penagih, diikuti dengan morfin (16.6%), candu (6.3%) dan beberapa jenis dadah lain seperti ganja (4.7%). Foong dan Navaratnam (1987) melaporkan daripada tahun 1975 hingga 1984 heroin masih merupakan dadah utama yang digunakan iaitu sebanyak 81.6%. Penggunaan morfin telah menurun kepada 8.6% dan penggunaan candu telah meningkat kepada 12.8%.

Pada tahun 1990an heroin masih merupakan dadah utama yang digunakan di Malaysia. Misalnya, pada tahun 1995, 69.6% daripada penagih yang dikesan menggunakan heroin sebagai dadah utama mereka diikuti dengan ganja (16.4%) dan morfin (12.2%). Pada tahun 1996, penagih heroin yang dikesan ialah sebanyak 65%,

diikuti dengan ganja 17.7% dan morfin (14.7%). Manakala pada tahun 1997 hampir setengah (49.5%) daripada penagih yang dikesan menggunakan heroin. Penggunaan morfin meningkat ke 28.3% dan 18.5% menghisap ganja. Pada tahun 2001 tren penyalahgunaan dadah adalah masih sama.

Dapat disimpulkan bahawa masalah dadah di Malaysia bukan merupakan satu masalah yang baru. Imigren etnik cina telah membawa bersama mereka budaya mengisap candu dan etnik melayu pula telah mula mengambil ganja. Manakala dari tahun 1970 an hingga tahun 2001 heroin masih merupakan dadah utama yang digunakan oleh penagih dadah di Malaysia.

1.2 Permasalahan Kajian

Masalah utama yang dihadapi oleh pihak kerajaan dalam usaha menangani masalah penagihan dadah ialah kadar penagihan semula yang tinggi. Tims (1981) menyatakan yang kadar penagihan semula adalah tinggi disebabkan fenomena ini merupakan satu fenomena yang berkitar. Manakala Frabotta (1989) dalam kajiannya mendapati 80% daripada penagih yang berada dalam keadaan pengekangan tidak pulih sepenuhnya.

Di Malaysia, Navaratnam et al (1984) mendapati masalah penagihan semula di kalangan penagih dadah yang sudah mengikuti program rawatan adalah ketara. Kajiannya mendapati lebih kurang satu pertiga daripada mereka yang sedang mengikuti program rawatan kerajaan sudah mengikuti sekurang-kurangnya sekali program pemulihan. Navaratnam dan Foong (1996) dalam satu kajian yang lebih kini menunjukkan hanya 17.9% daripada mereka yang dibebaskan dalam tempoh 6 bulan

pertama daripada pusat serenti tidak menggunakan dadah. Perangkaan Pasukan petugas anti dadah (1992) menunjukkan hampir 60% daripada penagih yang diberkas setiap bulan adalah daripada mereka yang pernah diberkas. Sejak tahun 1988 bilangan penagih berulang yang dikesan setiap tahun ialah lebih kurang 50 hingga 60 peratus. Pada tahun 2001, hampir setengah (49.8%) penagih yang dikesan merupakan penagih berulang (Sistem maklumat dadah kebangsaan, 2001). Perangkaan ini menunjukkan setengah daripada penagih dadah di Malaysia yang ditangkap merupakan penagih yang sudah melalui program rawatan pemulihan dadah. Selepas meneliti perangkaan penagihan semula adalah wajar bagi kita untuk menimbulkan persoalan tentang keberkesanaan program rawatan dan pemulihan yang sedia ada.

Terdapat beberapa andaian yang diutarakan berkenaan dengan kejayaan atau kelemahan sesuatu program rawatan itu. Satu persoalan pokok yang seringkali ditimbulkan ialah tentang jangkamasa program rawatan itu. Hubbard et al (1989); Hubbard et al (1985); Sells (1979) dan Simpson et al (1979) menyarankan bahawa tahap kritikal untuk seorang penagih kekal dalam program rawatan ialah tempoh di antara 3 hingga 6 bulan.

Di peringkat kebangsaan soalan yang ditimbulkan ialah adakah program rawatan dan pemulihan yang disediakan di pusat-pusat serenti berkesan dalam mengubah dan memulihkan penagih dadah. Tidak terdapat banyak kajian yang memeriksa atau menilai program rawatan dan pemulihan yang diberikan oleh kerajaan. Beberapa kajian tempatan yang melihat isu ini ialah Noraini et al (1987) yang menekankan kepada pendekatan psikologikal dalam membantu penagih bebas daripada dadah selepas keluar daripada institusi pemulihan. Navaratnam dan Foong (1996) dalam satu

kajian susulan selepas penagih meninggalkan institusi pemulihan menekankan peranan keluarga supaya dapat membantu penagih hidup tanpa dadah. Navaratnam et al (1992) yang menilai program rawatan dan pemulihan di pusat serenti mendapati pendekatan 'tough' dan rugged' berguna tetapi kombinasi dengan pendekatan kebajikan dan terapeutik di dalam program rawatan dan pemulihan ini telah mengakibatkan konflik dan perpecahan di kalangan kakitangan pusat dan juga moral yang rendah di kalangan pelatih-pelatih. Kajian ini juga mendapati ketidakcekapan pengurusan kes-kes dalam unit kaunseling seperti modul penyampaian yang tidak lengkap. Unit vokasional yang ditubuhkan dihadapi dengan masalah kekurangan bahan-bahan dan perkakas.

Boleh disimpulkan bahawa masalah utama yang dihadapi program pemulihan dan rawatan di negara kita ialah masalah penagihan semula. Instrumen-instrumen psikologikal perlu digunakan untuk melihat apakah masalah sebenar yang dihadapi oleh penagih yang sedang melalui program rawatan dan pemulihan di negara kita supaya kadar penagihan semula dapat dikurangkan (bab 2 bahagian 2.3 membincangkan dengan lebih terperinci tentang instrumen-instrumen penilaian psikososial yang wujud). Instrumen untuk menilai persepsi, kehendak dan keperluan penagih semasa melalui program rawatan belum pernah digunakan. Oleh itu tesis ini akan melihat sejauhmanakah instrumen kaedah Q boleh digunakan untuk mengenalpasti persepsi penagih yang sedang melalui program rawatan dan pemulihan kebangsaan.

1.3 Persoalan Kajian

Selepas meneliti permasalahan kajian dua persoalan kajian diutarakan. Persoalannya adalah seperti berikut;

1. Sejauhmanakah kaedah Q sesuai digunakan di kalangan populasi penagih dadah yang sedang melalui program rawatan dadah di Malaysia?
2. Sejauhmanakah kaedah Q sesuai digunakan untuk mengenalpasti persepsi penagih terhadap program rawatan dadah di negara kita?

1.4 Objektif Kajian

1. Menguji kebolegunaan kaedah Q dikalangan populasi penagih dadah yang sedang melalui program rawatan naltrekson di Malaysia.
2. Menguji kebolegunaan kaedah Q untuk mengenalpasti persepsi penagih terhadap program rawatan naltrekson di Malaysia.

1.5 Skop dan Lokasi Kajian

Perlu diterangkan terlebih dahulu bahawa kajian ini merupakan sebahagian daripada kajian naltrekson yang lebih besar. Kajian yang lebih besar meliputi hampir keseluruhan semenanjung Malaysia. Manakala kajian kaedah Q hanya melibatkan beberapa pusat serenti. Adalah penting untuk kita mendapat satu gambaran yang

menyeluruh tentang kajian naltrekson yang lebih besar kerana dengan memahami kajian ini ia akan menolong pembaca dalam pemahaman bahagian kaedah Q. Oleh itu diterangkan terlebih dahulu skop kajian naltrekson yang lebih besar sebelum penerangan mengenai skop kajian kaedah Q di buat.

Sebagai latarbelakang kajian naltrekson secara amnya meliputi keseluruhan semenanjung Malaysia. Di sesetengah negeri hanya beberapa daerah yang terlibat dalam kajian ini. Pemilihan daerah ini adalah berdasarkan saranan pihak Agensi Dadah Kebangsaan¹ (ADK). Empat zon utama di semenanjung Malaysia yang terlibat dalam kajian naltrekson ialah;

- Zon Utara - Pulau Pinang, Kedah (Kuala Muda dan Kulim/Bandar Baru), Perlis dan Perak (Kerian, Hilir Perak, Kinta, Larut Matang/Selama dan Batang Padang).
- Zon Tengah - Selangor dan Negeri Sembilan.
- Zon Timur - Pahang (Bentong), Kelantan dan Terengganu (Besut).
- Zon Selatan – Melaka dan Johor.

Secara khususnya, pusat serenti yang terlibat dalam kajian naltrekson ialah;

Pusat serenti Bukit Chabang
 Pusat serenti Bukit Mertajam
 Pusat serenti Kampung Selamat
 Pusat serenti Karangan
 Pusat serenti Sungai Petani
 Pusat serenti Batu Kurau
 Pusat serenti Perlop
 Pusat serenti Serendah
 Pusat serenti Dengkil
 Pusat serenti Rawang
 Pusat serenti Sungai Besi

¹ Saranan ini adalah berdasarkan kepada kemampuan Agensi Dadah kebangsaan (ADK) untuk menyelia subjek di peringkat komuniti.

Pusat serenti Jelebu
 Pusat serenti Tampin
 Pusat serenti Karak
 Pusat serenti Jerantut
 Pusat serenti Raub
 Pusat serenti Gambang
 Pusat serenti Sungai Ruan
 Pusat serenti Benta
 Pusat serenti Besut
 Pusat serenti Jeli

Manakala untuk kajian kaedah Q enam pusat serenti dipilih. Enam pusat tersebut ialah;

Pusat serenti Bukit Mertajam
 Pusat serenti Rawang
 Pusat serenti Kampung Selamat
 Pusat serenti Sungai Petani
 Pusat serenti Tampoi
 Pusat serenti Muar

Bab 3 (bahagian 3.2) memberikan keterangan yang lebih lanjut mengenai rasional pemilihan daerah-daerah dan subjek yang termasuk/terlibat dalam kawasan kajian.

1.6 Kesignifikan Kajian

Signifikan kajian ini ialah kaedah Q yang telah digunakan dengan meluas dalam bidang lain seperti dalam bidang komunikasi dan sains politik untuk melihat persepsi orang ramai terhadap sesuatu isu diperkenalkan dalam tesis ini untuk melihat persepsi penagih terhadap rawatan yang diterima. Kaedah Q belum pernah digunakan di dalam bidang rawatan penagihan dadah sebelum ini. Diharap kaedah ini dapat menyumbang dalam bidang penagihan dadah terutamanya dalam bidang rawatan penagihan dadah di mana identifikasi masalah yang dihadapi oleh penagih semasa melalui program rawatan dapat dibuat dengan lebih berkesan.

Secara khususnya, 48 pernyataan yang telah dibangunkan selepas meninjau karya-karya terdahulu, instrumen-instrumen psiko-sosial yang sedia ada dan juga pengalaman penyelidik dalam bidang penagihan dadah juga merupakan sumbangan kajian ini dalam bidang rawatan penagihan dadah (bab 3 bahagian rekabentuk instrumen Q memberikan penerangan yang lebih khusus tentang sumber karya-karya terdahulu dan jenis-jenis instrumen-instrumen psiko-sosial yang ditinjau). Diharap pernyataan-pernyataan ini dapat digunakan dalam kajian-kajian yang lain dengan sedikit pengubahsuaian selaras dengan keperluan sesuatu kajian itu. Seterusnya, kaedah bagaimana melaksanakan kajian kaedah Q telah ditunjukkan dengan terperinci dalam kajian ini. Misalnya lampiran 11 menunjukkan kaedah bagaimana membuat pengasingan pernyataan-pernyataan dalam kaedah Q. Langkah-langkah yang perlu diambil semasa mentadbir instrumen juga merupakan sumbangan kajian ini di mana penyelidik lain yang menggunakan kaedah ini dalam bidang penyelidikan dadah dapat menggunakan langkah-langkah ini sebagai panduan.

1.7 Batasan Kajian

Untuk memahami dengan lebih lanjut tentang faktor-faktor yang kemungkinan boleh mempengaruhi dapatan kajian ini adalah penting bagi kita untuk memahami dengan lebih lanjut masalah-masalah yang dihadapi oleh agensi pelaksana dan subjek kajian semasa kajian naltrekson yang lebih besar dijalankan. Pemahaman masalah ini akan memudahkan pembaca memahami faktor-faktor luaran yang boleh mempengaruhi subjek semasa instrumen kaedah Q di tadbir.

Batasan yang dihadapi oleh pengkaji semasa mentadbir instrumen kaedah Q juga terangkan.

1.7.1 Agensi Pelaksanaan

- 1) Di peringkat permulaan kajian terdapat masalah koordinasi di antara agensi-agensi pelaksanaan dan pengkaji. Sering didapati kekeliruan di antara agensi-agensi pelaksanaan tentang bidang tugas masing-masing.
- 2) Para pegawai ADK juga mempunyai tugas-tugas lain dan tugas untuk projek ini hanya merupakan sebahagian daripada tugas mereka.
- 3) Faktor ketidakfahaman pegawai dan beban tugas yang berat menyebabkan banyak borang kajian tidak dihantar kepada pengkaji. Dengan ini, pengkaji mengalami kesulitan untuk menganalisa data kajian.

Kemungkinan sebab-sebab borang tidak diterima ialah:

- a. Masalah komunikasi antara Pusat Serenti dan pengkaji. Borang-borang telah dihantar ke alamat yang salah dan walaupun setelah diketahui oleh pihak yang menghantar, borang itu masih tidak diserahkan kepada alamat yang betul.

- b. Beberapa kes kebakaran telah berlaku di beberapa pusat serenti semasa projek ini dijalankan. Oleh itu, sebahagian besar daripada borang projek naltrekson telah hilang atau terbakar dalam kebakaran tersebut.
 - c. Terdapat juga pegawai-pegawai di Pusat Serenti yang telah menggabungkan maklumat dari beberapa jenis borang ke dalam satu borang. Akibatnya kebanyakan maklumat hilang tanpa dikesan dan ini menyulitkan lagi proses analisis.
 - d. Terdapat juga maklumat yang tidak lengkap dihantar untuk dianalisa. Keadaan ini mungkin dari kes-kes subjek yang gugur atau subjek yang telah gagal dikesan semasa jagaan lanjutan.
 - e. Pertukaran pegawai ADK juga berlaku. Pegawai baru yang dilantik tidak diberi penerangan tentang kajian ini. Akibatnya pegawai tersebut tidak memahami bagaimana untuk mengisi borang-borang projek dan bila sepatutnya maklumat dihantar kepada pengkaji.
- 4) Faktor di atas juga menyebabkan beberapa subjek kajian digugurkan daripada kajian tanpa persetujuan daripada pengkaji.
- 5) Bilangan pegawai ADK yang tidak mencukupi menyebabkan kaunselor menyelia terlalu ramai subjek. Misalnya, seorang kaunselor menyelia di antara 70 hingga 100 orang subjek secara puratanya. Manakala disarankan dalam

keadaan yang ideal seorang kaunselor tidak boleh mempunyai lebih daripada 30 orang subjek dalam penyeliaannya

- 6) Faktor di atas secara tidak langsung menyumbang kepada kualiti kaunseling yang rendah. Para kaunselor tidak dapat memberi tumpuan sepenuhnya kepada setiap subjek di bawah penyeliaannya kerana dibebankan dengan terlalu ramai subjek.

1.7.2 Subjek Kajian

- 1) Subjek mengetahui terdapat kumpulan kawalan dalam kajian. Oleh kerana kajian ini mengambil tempoh masa beberapa tahun, maka subjek yang telah diberkas kerana menagih semula kembali semula ke pusat serenti dan mula memberitahu rakan-rakan mereka tentang kewujudan kumpulan kawalan. Keadaan ini tidak menggalakkan subjek baru untuk menyertai kajian.
- 2) Subjek mendapati agak susah untuk mengambil ubat sebanyak tiga kali seminggu, menghadiri kaunseling seminggu sekali dan membuat pemeriksaan kesihatan setiap tiga bulan di peringkat komuniti. Keadaan ini kerap kali terjadi apabila subjek sudah mendapat pekerjaan. Subjek tidak lagi mempunyai masa untuk datang mengambil ubat dan menerima kaunseling seperti yang ditetapkan.
- 3) Kebanyakan subjek juga mempunyai masalah kewangan. Mereka tidak mampu membayar tambang kos pengangkutan untuk pergi ke pusat kesihatan

dan pejabat ADK untuk mengambil ubat dan menerima kaunseling. Faktor ini menyumbang kepada tahap komplian yang rendah.

- 4) Beberapa subjek didapati menggunakan peluang menyertai kajian supaya mereka dapat dibebaskan lebih awal daripada pusat serenti. Mereka tidak mempunyai minat dan apabila dibebaskan di komuniti mereka tidak komplian dengan pengambilan ubat dan kaunseling.

1.7.3 Batasan Kajian Kaedah Q

- 1) Disebabkan kajian ini di jalankan di beberapa pusat serenti dan di peringkat komuniti kemungkinan subjek akan memberikan pendapat yang berbeza kerana faktor persekitaran yang berbeza meskipun kesemua subjek menerima rawatan yang sama.

1.8 Definasi Konsep-konsep

Untuk menyeragamkan penggunaan istilah dalam tesis ini, definasi konsep-konsep yang sama digunakan dengan definasi Agensi Dadah Kebangsaan (ADK). Berikut adalah definasi konsep-konsep tersebut (1997: 171-181).

HIV/AIDS

Sejenis penyakit yang boleh membawa maut disebabkan oleh sejenis kuman virus yang melumpuhkan kemampuan semula jadi badan di dalam melawan penyakit. Akibatnya badan pesakit diserang oleh organisma-organisma penyakit serta organisma-organisma yang biasanya tidak merbahaya. Penyakit ini berjangkit, antara lain, melalui berkongsi menggunakan jarum suntikan yang dijangkiti di antara penagih-penagih dadah.

Dadah (Drugs of abuse)

Bahan kimia psikoaktif yang penggunaannya menyebabkan seseorang sentiasa bergantung pada bahan itu serta mendatangkan bahaya dan kerosakan kepada diri, keluarga, masyarakat dan negara (takrif ini tidak meliputi alkohol dan tembakau).

Heroin

Serbuk habluran putih yang diperolehi daripada morfin melalui proses kimia. Ia digunakan secara menghisap, menyuntik atau menghidu untuk mendatangkan kesan euphoria.

Jagaan Lanjutan (Aftercare)

Program pemulihan dalam masyarakat selama dua tahun yang diikuti oleh seseorang yang dibebaskan dari pusat pemulihan dadah. Dalam program ini rundingcara dan ujian air kencing diadakan dari semasa ke semasa untuk memastikan ianya benar-benar bebas daripada dadah.

Ketagihan (Addiction)

Keadaan seseorang yang sangat bergantung pada bahan tertentu untuk mengalami kesan psikik dan/atau untuk mengelakkan daripada berlakunya gejala-gejala tarikan.

Pemulihan (Rehabilitation)

Teknik membantu penagih dadah membebaskan diri mereka daripada menggunakan dadah dan membuat mereka merasa dirinya berguna dan dihormati oleh keluarga, kawan-kawan dan masyarakat.

Penagih Dadah (Dadah dependant)

Seseorang yang menggunakan mana-mana dadah untuk mengalami keadaan psikik dan fizikal yang dicirikan oleh tingkahlaku atau respons lain, yang di antaranya termasuklah desakan menggunakan dadah secara berterusan atau berkala elakkan daripada gejala tarikan kerana ketiadaannya.

Penggunaan Dadah (Drug Use)

Perbuatan memakan, mengunyah, menghisap, menyuntik atau memasukkan dadah ke dalam badan dengan apa cara sekalipun.

Pergantungan terhadap dadah (Drug Dependence)

Keadaan seseorang penagih dadah yang sentiasa mengalami desakan-desakan lain dan mengelakkan gejala-gejala tarikan dengan atau tanpa memperlihatkan daya tahan.

Rawatan “Cold Turkey”

Rawatan tanpa menggunakan sebarang ubat yang menyebabkan penagih yang dirawat itu mengalami gejala tarikan kerana tidak mengambil dadah secara mendadak.

Rawatan Kawal (Maintenance treatment)

Rawatan terhadap penagih dadah dengan membekalkan dadah yang ditagihnya atau dadah yang dapat menyekat timbulnya gejala tarikan kepadanya setiap hari secara sah di sisi undang-undang. Dengan cara ini penagih tersebut dapat berfungsi secara normal dalam masyarakat. (Rawatan ini tidak diamalkan di Malaysia).

Rundingcara (Counselling)

Nasihat dan penyampaian maklumat oleh seseorang yang terlatih mengenai implikasi penggunaan dadah.

Ujian air kencing (Urinalysis)

Kaedah untuk menentukan kewujudan metabolit dadah dalam air kencing.

1.9 Pelan Tesis

Bab 1 – Merupakan latarbelakang kepada tesis ini. Bab ini akan menunjukkan bagaimana seriusnya masalah dadah di negara kita dan akan membincangkan apakah masalah yang dihadapi dalam program rawatan dan pemulihan yang ada di negara kita. Seterusnya daripada permasalahan kajian ini pengkaji akan merumuskan persoalan kajian yang perlu dijawab dalam kajian ini. Objektif yang akan dicapai dalam kajian ini juga diterangkan dan seterusnya apakah kesignifikan kajian ini iaitu di mana kajian ini dapat menyumbang terhadap mengurangkan masalah penagihan semula. Seterusnya bab ini akan menyenaraikan batasan kajian ini supaya pembaca dapat memahami limitasi yang dihadapi oleh pengkaji.

Bab 2 – Bab ini adalah bab ulasan karya. Pengkaji menunjukkan kepentingan kajian ini dengan data-data sekunder daripada kajian-kajian lain yang lepas. Kajian-kajian yang lalu selain daripada memberikan data sekunder untuk menyokong kajian ini juga menunjukkan apakah dimensi-dimensi yang belum diselidiki lagi. Pengkaji menggunakan

karya-karya ini sebagai justifikasi untuk menjalankan kajiannya. Model tesis juga di tunjukkan di bab ini.

- Bab 3 – Bab ini membincangkan tentang metodologi kajian. Setiap langkah yang diambil oleh pengkaji semasa menjalankan kajiannya akan dibincangkan di dalam bab ini. Bab ini juga akan menerangkan mengapa sesuatu kaedah itu dipilih berbanding dengan kaedah lain berdasarkan kepada hujah saintifik.
- Bab 4 – Bermula daripada bab ini keputusan kajian akan dibincangkan. Keputusan kajian akan ditunjukkan di dalam dua bab iaitu bab 4 dan 5. Bab 4 akan memberikan keputusan kajian naltrekson yang lebih besar.
- Bab 5 – Bab ini akan membincangkan keputusan kajian kaedah Q. Kaedah Q yang pertama kalinya digunakan dalam bidang rawatan penagihan dadah akan dinilai jika ia boleh digunakan untuk menilai subjek yang sedang melalui program rawatan naltrekson.
- Bab 6 – Bab ini merupakan bab perbincangan tesis. Kesemua data kajian akan dibincang secara menyeluruh bersamaan dengan data-data sekunder daripada kajian-kajian yang lain.
- Bab 7 – Bab terakhir tesis ini merupakan bab kesimpulan tesis dan cadangan untuk penyelidikan masa hadapan juga akan disarankan didalam bab ini.

1.10 Kesimpulan

Bab pengenalan ini memberikan latarbelakang kepada tesis ini dan tujuan kajian ini.

Bab seterusnya (ulasan karya) akan membincangkan kajian-kajian lain yang relevan kepada kajian ini.

Bab 2

Ulasan Karya

2.0 Pengenalan

Bab ini akan membincangkan tentang penulisan kajian-kajian yang berkaitan. Di dalam bab ini satu gambaran am tentang program rawatan dadah di Malaysia diberikan terlebih dahulu dan di bincangkan juga bagaimana program rawatan yang sedia ada di negara kita tidak dapat mengurangkan masalah penagihan dadah. Bahagian seterusnya membincangkan tentang penggunaan ubat naltrekson sebagai rawatan sokongan dalam membantu penagih dadah bebas daripada dadah. Di dalam bab ini juga akan dihuraikan instrumen-instrumen psikososial yang digunakan untuk tujuan penilaian dalam keadaan-keadaan sosial dan klinikal. Seterusnya huraian mengenai kaedah Q dibuat.

2.1 Rawatan Penagihan Dadah di Malaysia

Memang tidak dapat dinafikan bahawa terdapat pelbagai faktor yang menyumbang kepada masalah penyalahgunaan dadah dan tidak terdapat satu kaedah rawatan atau pemulihan yang berjaya mengatasi masalah ini. Walaubagaimanapun, kajian telah menunjukkan bahawa memberikan perkhidmatan rawatan kepada penagih adalah lebih efektif daripada tidak memberikan rawatan langsung kepada penagih (Holder et al., 1991).

Sesuatu kaedah rawatan yang berkesan di sesuatu di negara itu tidak semestinya berkesan kepada negara lain. Pelbagai faktor lain seperti perbezaan nilai kebudayaan, tren penggunaan dadah, sikap terhadap penagih dadah, kos dadah dan kewujudan perkhidmatan kesihatan dan sosial yang baik boleh mempengaruhi sesuatu program rawatan itu. Disamping itu, bias politik, kebudayaan dan agama boleh juga mempengaruhi rawatan kepada penagihan dadah.

Di Malaysia pada peringkat awal prinsip rawatan dan pemulihan adalah berpaksikan kepada :

- a) Meletakkan tanggungjawab kepada penagih untuk mendapatkan hasil maksimum daripada rawatannya di pusat serenti.
- b) Menempatkan penagih jauh daripada kawasan bandar dan jauh daripada keluarga mereka.
- c) Menawarkan aktiviti yang bermaanfaat dengan tujuan untuk mengembalikan penagih kepada kehidupan yang bermakna dan dihormati.
- d) Menjadikan seseorang itu bebas dadah tanpa menempatkannya dalam satu keadaan seperti penjara.
- e) Memberikan kaunseling psikologikal sebagai tambahan kepada terapi kerja, agama dan rekreasi.

Adnan, (1978:19)

Malaysia merupakan sebuah negara di mana apabila seseorang itu disahkan seorang penagih dadah ia dimestikan untuk menjalani atau melalui program rawatan dan pemulihan. Kini modaliti rawatan yang wujud untuk merawat penagih heroin ialah

detoksifikasi dalaman (in-patient) dengan penyeliaan dan kaunseling luaran (out-patient) dan detoksifikasi dalaman dengan pemulihan di pusat serenti sebelum dibebaskan ke peringkat seliaan di komuniti. Di Malaysia kini, terdapat 27 buah pusat serenti yang menyediakan perkhidmatan rawatan dan pemulihan institusi.

Agensi Dadah Kebangsaan (ADK), Kementerian Dalam Negeri dan Jabatan Penjara Malaysia merupakan dua agensi utama yang menjalankan program rawatan dan pemulihan dadah di Malaysia. ADK bertanggungjawab merawat dan memulihkan mereka yang disahkan penagih mengikut Akta penagih dadah (Rawatan dan Pemulihan) 1983, manakala Jabatan Penjara Malaysia pula melaksanakan program pemulihan banduan dadah yang menjalani hukuman kerana kesalahan di bawah Akta dadah berbahaya 1952 dan undang-undang lain.

2.1.1 Program Rawatan dan Pemulihan Dadah di Malaysia

Lampiran 1 memberikan penerangan yang mendalam tentang program rawatan dan pemulihan yang di laksanakan oleh kerajaan di institusi (pusat serenti) dan di peringkat komuniti. Tiga unsur utama yang ditekankan dalam program rawatan dan pemulihan kerajaan ialah penentuan dan detoksifikasi, pemulihan di pusat dan pengawasan dan jagaan lanjutan. Secara ringkasnya penentuan dan detoksifikasi adalah di bawah tanggungjawab Kementerian Kesihatan manakala pemulihan di pusat dan jagaan lanjutan adalah di bawah Agensi Dadah Kebangsaan (ADK), Kementerian Dalam Negeri.

Selain daripada ini terdapat agensi-agensi lain yang bertanggungjawab dalam tindakan anti dadah di Malaysia. Lampiran 2 menunjukkan bahawa selain daripada badan kerajaan, badan bukan kerajaan seperti Persatuan Mencegah Dadah Malaysia (PEMADAM), PENGASIH dan Inabah juga terlibat dengan aktif dalam tindakan anti dadah. Usaha yang dibuat oleh kumpulan sosial dan agama juga tidak ketinggalan. Terdapat juga 56 klinik swasta yang telah diberi kebenaran oleh kerajaan untuk merawat penagih dadah. Rawatan secara tradisional juga wujud secara persendirian untuk merawat dan memulihkan penagih dadah.

Meskipun kerajaan dan badan bukan kerajaan telah menawarkan dan melaksanakan berbagai program rawatan dan pemulihan tetapi kadar penagihan semula di kalangan penagih masih lagi tinggi. Navaratnam et al (1992) mengatakan majoriti daripada penagih yang melalui program pemulihan di negara kita masih tidak dapat bebas daripada dadah selepas bebas daripada institusi. Kemungkinan kadar penagihan semula yang tinggi adalah disebabkan kerana program-program rawatan yang wujud sekarang tidak memberikan hasil yang diinginkan. Alternatif lain seperti pelaksanaan program rawatan farmakoterapi perlu dikaji untuk melihat kesesuaiannya.

Disamping itu, penilaian untuk menilai kehendak dan faktor-faktor yang mempunyai pengaruh ke atas subjek semasa melalui program pemulihan juga perlu dilihat untuk mendapat satu gambaran yang lebih menyeluruh tentang program rawatan dan pemulihan yang sedang diikuti oleh seseorang penagih itu. Kaedah Q akan digunakan untuk melihat kehendak subjek dan faktor-faktor yang mempunyai pengaruh ke atas penagih semasa mereka melalui program rawatan naltrekson.