

**PEMULIHAN DADAH BERASASKAN KESEJAHTERAAN BERSEPADU:
ANALISIS MODEL i-PULIH AGENSI ANTIDADAH KEBANGSAAN DI MALAYSIA**

***INTEGRATED WELLBEING BASED DRUG RECOVERY: AN ANALYSIS OF THE i
PULIH MODEL OF THE NATIONAL ANTI DRUGS AGENCY IN MALAYSIA***

Paramjit Singh Jamir Singh

Azlinda Azman

Pung Yee Xhin

Program Kerja Sosial, Pusat Pengajian Sains Kemasyarakatan, Universiti Sains Malaysia

*Corresponding Author's Email: paramjit@usm.my & azlindaa@usm.my

Article History:

Received : 30 Oktober 2025

Revised : 15 November 2025

Published : 31 Disember 2025

© Penerbit Universiti Islam Melaka

To cite this article:

Jamir Singh, P.S., Azman, A., & Xhin, P.Y. (2025). Pemulihan Dadah Berasaskan Kesejahteraan Bersepadu: Analisis Model I-Pulih Agensi Antidadah Kebangsaan di Malaysia. *Jurnal Ilmi*, 15(1), 34-50.

ABSTRAK

Isu penyalahgunaan dadah kekal sebagai cabaran sosial dan kesihatan awam yang signifikan di Malaysia, khususnya apabila kadar relaps, stigma sosial dan keterbatasan sokongan pasca-rawatan terus menjejaskan keberkesanan usaha pemulihan. Seiring dengan peralihan daripada pendekatan punitif kepada pendekatan kesihatan awam dan kesejahteraan, Agensi Antidadah Kebangsaan (AADK) telah memperkenalkan Model i-Pulih sebagai kerangka pemulihan bersepadu yang menggabungkan dimensi biologi, psikologi, sosial dan spiritual. Artikel konseptual ini bertujuan menilai Model i-Pulih dari perspektif kesejahteraan bersepadu, kerja sosial dan konsep *recovery capital*, dengan menumpukan kepada keupayaannya menyokong pemulihan jangka panjang dan reintegrasi sosial dalam konteks realiti masyarakat Malaysia. Melalui analisis dan sintesis literatur terkini (2020–2025), artikel ini menghujahkan bahawa kejayaan pemulihan tidak wajar diukur semata-mata melalui ketiadaan penggunaan dadah, tetapi perlu dinilai berdasarkan fungsi sosial, kualiti hidup, kestabilan emosi, akses kepada pekerjaan dan perumahan, serta keterangkuman komuniti. Dapatan perbincangan menunjukkan bahawa walaupun Model i-Pulih mempunyai asas konseptual yang kukuh, pelaksanaannya masih berhadapan cabaran struktural seperti stigma, kekangan sumber manusia dan koordinasi rentas agensi yang terhad. Artikel ini mencadangkan pengukuhan peranan kerja sosial, integrasi sistematik *recovery capital* dalam penilaian pemulihan, serta penjajaran Model i-Pulih dengan aspirasi Malaysia MADANI bagi membina ekosistem pemulihan yang lebih mampan, berperikemanusiaan dan inklusif.

Kata Kunci: *i-Pulih, AADK, pemulihan dadah, kesejahteraan bersepadu, recovery capital, kerja sosial, Malaysia MADANI*

ABSTRACT

Drug abuse remains a significant social and public health challenge in Malaysia, particularly as relapse rates, social stigma, and limited post-treatment support continue to undermine recovery outcomes. In line with the shift from punitive approaches to public health and wellbeing oriented strategies, the National Anti-Drugs Agency (AADK) introduced the i-Pulih Model as an integrated recovery framework encompassing biological, psychological, social, and spiritual dimensions. This conceptual article examines the i-Pulih Model through the lenses of integrated well-being, social work, and recovery capital, focusing on its capacity to support long-term recovery and social reintegration within the Malaysian context. Drawing on a synthesis of recent literature (2020–2025), the article argues that recovery success should extend beyond abstinence indicators to include social functioning, quality of life, emotional stability, access to employment and housing, and community inclusion. The discussion highlights that despite its strong conceptual foundation, the implementation of i-Pulih faces structural challenges related to stigma, workforce capacity, and inter-agency coordination. The article proposes strengthening social work led case management, systematically integrating recovery capital into recovery assessment, and aligning i-Pulih with the Malaysia MADANI agenda to develop a more sustainable, humane, and inclusive recovery ecosystem.

Keywords: *i-Pulih Model, AADK, drug recovery, integrated well-being, recovery capital, social work, Malaysia MADANI*

1.0 PENGENALAN

Isu penyalahgunaan dadah kekal sebagai salah satu cabaran sosial dan kesihatan awam yang signifikan di Malaysia, dengan implikasi yang melangkaui kesan kesihatan individu kepada kestabilan keluarga, keselamatan komuniti dan pembangunan sosial negara. Fenomena ketagihan dadah sering berkait rapat dengan masalah kesihatan mental, kemiskinan bandar, pengangguran, kerapuhan institusi keluarga serta peningkatan risiko penglibatan dalam aktiviti jenayah dan tingkah laku berisiko. Dalam konteks ini, penyalahgunaan dadah tidak boleh difahami sebagai isu individu semata-mata, tetapi sebagai masalah struktur yang mencerminkan interaksi kompleks antara faktor peribadi, sosial, ekonomi dan budaya (Degenhardt et al., 2020; Fraser & Moore, 2022). Kegagalan menangani dimensi-dimensi ini secara menyeluruh berpotensi mengekalkan kitaran ketagihan, peminggiran sosial dan relaps berulang dalam kalangan individu yang terlibat.

Berdasarkan sejahrah, pendekatan terhadap isu dadah di Malaysia banyak dipengaruhi oleh paradigma punitif dan berasaskan penguatkuasaan undang-undang, yang menekankan hukuman, penahanan dan kawalan sosial sebagai strategi utama. Walaupun pendekatan ini bertujuan melindungi keselamatan awam dan mengurangkan bekalan dadah, bukti empirikal menunjukkan bahawa pendekatan punitif semata-mata kurang berkesan dalam menangani punca asas ketagihan dan sering menghasilkan kesan sampingan yang negatif, termasuk stigma, pengasingan sosial dan kesukaran reintegrasi selepas rawatan atau hukuman (Global Commission on Drug Policy, 2021; Lines, 2020). Seiring dengan perkembangan wacana global, pendekatan sebegini semakin dipersoalkan apabila ketagihan dadah diiktiraf sebagai keadaan kesihatan kronik yang memerlukan rawatan berterusan dan sokongan jangka panjang.

Peralihan paradigma global ke arah pendekatan kesihatan awam dan kesejahteraan telah mempengaruhi dasar dan amalan pemulihan dadah di banyak negara, termasuk Malaysia. Pendekatan ini menekankan bahawa kejayaan pemulihan tidak boleh diukur semata-mata melalui penghentian penggunaan bahan, tetapi perlu merangkumi pemulihan fungsi sosial, kesejahteraan mental dan kualiti hidup individu (Neale et al., 2022; Best et al., 2023). Dalam konteks ini, pemulihan dilihat sebagai satu proses dinamik dan berterusan yang berlaku dalam persekitaran kehidupan sebenar individu, bukan hanya dalam institusi rawatan. Pertubuhan Kesihatan Sedunia dan United Nations Office on Drugs and Crime secara konsisten menegaskan kepentingan kesinambungan rawatan, sokongan psikososial dan

pengurangan stigma sebagai komponen utama sistem pemulihan yang berkesan (UNODC, 2022; WHO, 2021).

Dalam kerangka dasar nasional, Agensi Antidadah Kebangsaan (AADK) telah memperkenalkan Model i-Pulih sebagai satu usaha strategik untuk menyusun semula pendekatan pemulihan dadah di Malaysia agar lebih selari dengan prinsip kesejahteraan bersepadu dan pembangunan insan. Model i-Pulih dibangunkan berasaskan empat dimensi utama iaitu biologi, psikologi, sosial dan spiritual, yang mencerminkan kerangka biopsikososial-spiritual yang semakin diterima dalam bidang kesihatan mental dan kerja sosial (Engel, 2020; Stanhope et al., 2021). Melalui pendekatan ini, pemulihan dadah tidak lagi dilihat sebagai proses klinikal yang terpisah, tetapi sebagai usaha holistik yang melibatkan rawatan perubatan, sokongan emosi, pengukuhan hubungan sosial serta pembinaan makna dan nilai kehidupan. Model i-Pulih dilaksanakan melalui empat dimensi utama iaitu biologi, psikologi, sosial dan spiritual. Dimensi biologi merangkumi rawatan perubatan dan pengurusan ketagihan; dimensi psikologi melibatkan intervensi kaunseling, kestabilan emosi dan pembangunan daya tindak; dimensi sosial menumpukan kepada penglibatan keluarga, sokongan komuniti, akses pekerjaan dan perumahan; manakala dimensi spiritual memberi fokus kepada pembinaan makna hidup dan nilai sendiri. AADK bertindak sebagai agensi peneraju dengan sokongan Kementerian Kesihatan Malaysia serta organisasi komuniti dalam rawatan, pasca-rawatan dan pemantauan berasaskan komuniti.

Penekanan Model i-Pulih terhadap sokongan komuniti, penglibatan keluarga dan proses reintegrasi sosial menunjukkan perubahan penting dalam cara pemulihan dadah difahami dan dilaksanakan. Pemulihan dilihat sebagai satu proses jangka panjang yang memerlukan persekitaran sosial yang menyokong, termasuk penerimaan masyarakat, akses kepada pekerjaan yang bermakna dan kestabilan perumahan. Pendekatan ini selari dengan dapatan kajian antarabangsa yang menunjukkan bahawa pemulihan yang berfokuskan komuniti dan kehidupan sebenar lebih berkesan dalam mengurangkan relaps dan meningkatkan kesejahteraan jangka panjang berbanding pendekatan institusi semata-mata (Best & Laudet, 2020; White, 2020).

Walaupun Model i-Pulih mempunyai asas konseptual yang kukuh dan sejajar dengan perkembangan pendekatan global, pelaksanaannya di peringkat lapangan masih berhadapan pelbagai cabaran yang menjejaskan keberkesanan pemulihan. Antara isu utama yang sering dibangkitkan ialah kadar relaps yang berulang dalam kalangan individu yang telah menamatkan program pemulihan, terutamanya selepas kembali ke komuniti. Fasa pasca-rawatan merupakan tempoh yang kritikal kerana individu sering kembali ke persekitaran asal yang dipenuhi faktor risiko seperti kemiskinan, konflik keluarga, tekanan emosi, pengaruh rakan sebaya dan akses mudah kepada bahan terlarang (Kelly et al., 2025; McKay, 2021). Tanpa sokongan berterusan, pencapaian pemulihan yang diperoleh dalam institusi rawatan sukar untuk dikekalkan.

Selain itu, stigma sosial terhadap individu yang mempunyai sejarah penyalahgunaan dadah kekal sebagai penghalang utama kepada kejayaan pemulihan. Stigma ini sering diterjemahkan dalam bentuk diskriminasi pekerjaan, penolakan oleh komuniti dan pelabelan negatif yang berpanjangan, yang seterusnya menjejaskan harga diri dan kesejahteraan mental individu. Dari perspektif kerja sosial dan kesihatan awam, stigma bukan sekadar isu sikap masyarakat, tetapi merupakan faktor struktur yang membataskan akses kepada sumber penting seperti pekerjaan, perumahan dan sokongan sosial (Livingston et al., 2022; van Boekel et al., 2021). WHO (2021) turut menegaskan bahawa pengurangan stigma dan diskriminasi adalah prasyarat penting untuk meningkatkan akses rawatan, pematuhan intervensi dan hasil pemulihan jangka panjang.

Cabaran lain yang turut menjejaskan pelaksanaan Model i-Pulih ialah kekangan kapasiti institusi dan sumber manusia. Kekurangan pekerja sosial terlatih, beban kes yang tinggi serta keterbatasan latihan berterusan menyukarkan pelaksanaan intervensi yang bersifat individualised dan berfokuskan konteks kehidupan klien. Dalam keadaan tertentu, intervensi pemulihan cenderung menjadi bersifat standard dan berorientasikan pematuhan program, berbanding penilaian keperluan

sebenarnya individu, sekali gus melemahkan prinsip kesejahteraan bersepadu yang menjadi teras Model i-Pulih (Stanhope et al., 2021; Healy, 2022).

Literatur antarabangsa secara konsisten menegaskan bahawa pemulihan gangguan penggunaan bahan memerlukan sistem sokongan jangka panjang yang merangkumi persekitaran sosial yang menyokong, peluang pekerjaan yang stabil, perumahan yang selamat serta hubungan sosial yang sihat dan tidak bersifat menghakimi (McKay, 2021; UNODC, 2022). Dalam konteks ini, kejayaan pemulihan tidak boleh diukur semata-mata melalui ketiadaan penggunaan dadah, tetapi perlu dinilai berdasarkan tahap kesejahteraan menyeluruh dan daya tahan pemulihan individu dalam menghadapi cabaran kehidupan seharian.

Bertitik tolak daripada perbincangan ini, artikel ini bertujuan untuk menilai Model i-Pulih sebagai kerangka pemulihan dadah berasaskan kesejahteraan bersepadu melalui perspektif kerja sosial, nilai insaniah dan konsep *recovery capital*. Dengan menggabungkan analisis konseptual dan sintesis literatur terkini, artikel ini berusaha menyumbang kepada wacana akademik dan dasar dengan menyoroti potensi, cabaran dan keperluan penambahbaikan Model i-Pulih agar lebih selari dengan keperluan pemulihan jangka panjang dan aspirasi pembangunan insan di Malaysia (Best et al., 2023; Kelly et al., 2025).

2.0 KERANGKA KONSEPTUAL: KESEJAHTERAAN BERSEPADU DAN NILAI INSANIAH

Pendekatan kesejahteraan bersepadu berpaksikan kefahaman bahawa kesejahteraan manusia bersifat multidimensi dan saling berkait antara satu sama lain. Kesejahteraan tidak boleh direduksikan kepada ketiadaan penyakit atau masalah sosial semata-mata, sebaliknya merangkumi keseimbangan antara kesihatan fizikal, kestabilan psikologi, hubungan sosial yang berfungsi serta pencarian makna dan nilai dalam kehidupan. Dalam konteks pemulihan dadah, pendekatan ini menjadi semakin penting kerana ketagihan bukan sekadar isu biologi atau tingkah laku, tetapi merupakan pengalaman hidup yang kompleks yang melibatkan trauma, tekanan emosi, pengasingan sosial dan kehilangan identiti diri (Slade et al., 2021; Vanderplasschen et al., 2020). Oleh itu, kerangka kesejahteraan bersepadu menyediakan asas konseptual yang lebih sesuai untuk memahami dan menangani pemulihan dadah secara menyeluruh dan berterusan.

Kerangka ini selari dengan falsafah Model i-Pulih yang menstrukturkan proses pemulihan melalui empat dimensi utama iaitu biologi, psikologi, sosial dan spiritual. Dimensi biologi memberi tumpuan kepada rawatan perubatan, pengurusan simptom ketagihan dan komorbiditi kesihatan mental, manakala dimensi psikologi menekankan kestabilan emosi, pengurusan tekanan serta pembinaan daya tindak dan motivasi pemulihan. Dimensi sosial pula merangkumi hubungan keluarga, sokongan komuniti, peranan pekerjaan dan penyertaan sosial, sementara dimensi spiritual menekankan pembinaan makna hidup, nilai moral dan ketahanan dalaman. Literatur kesihatan mental kontemporari menunjukkan bahawa intervensi yang mengintegrasikan keempat-empat dimensi ini lebih berkesan dalam menyokong pemulihan jangka panjang berbanding pendekatan yang bersifat terpisah dan berfokuskan simptom semata-mata (Engel, 2020; Grim & Grim, 2022).

Dari perspektif kerja sosial, kesejahteraan tidak dinilai semata-mata melalui ketiadaan simptom atau tingkah laku bermasalah seperti berhenti menggunakan dadah, tetapi melalui tahap fungsi sosial individu dalam kehidupan seharian. Fungsi sosial merujuk kepada keupayaan individu untuk melaksanakan peranan sosial yang bermakna, termasuk bekerja atau terlibat dalam aktiviti produktif, mengekalkan hubungan keluarga yang sihat, membuat keputusan secara rasional, membina jaringan sokongan sosial serta mengurus emosi dan tekanan dengan berkesan. Penekanan terhadap fungsi sosial ini mencerminkan prinsip asas kerja sosial yang berasaskan kekuatan dan pemerdayaan, di mana individu dilihat sebagai agen aktif dalam proses pemulihan dan bukannya sekadar penerima rawatan (Payne, 2021; Stanhope et al., 2021).

Pendekatan kesejahteraan bersepadu juga menuntut perubahan dalam cara kejayaan pemulihan ditakrifkan dan dinilai. Dalam banyak sistem pemulihan konvensional, kejayaan sering diukur melalui indikator klinikal seperti tempoh bebas dadah atau pematuhan kepada program rawatan. Walau bagaimanapun, penyelidikan mutakhir menunjukkan bahawa indikator-indikator ini tidak mencukupi untuk meramalkan kestabilan pemulihan jangka panjang, khususnya apabila individu kembali ke persekitaran sosial yang dicirikan oleh kemiskinan, stigma dan ketidaksetaraan peluang ekonomi (McKay, 2021; Neale et al., 2022). Oleh itu, pendekatan kesejahteraan bersepadu menggesa penilaian pemulihan yang lebih holistik, berorientasikan kehidupan sebenar dan berfokuskan kualiti hidup.

Dalam kerangka ini, konsep *recovery capital* memberikan sumbangan teori dan praktikal yang penting. *Recovery capital* merujuk kepada jumlah sumber dalaman dan luaran yang boleh dimobilisasi oleh individu untuk memulakan dan mengekalkan pemulihan, termasuk modal sosial, modal manusia, modal fizikal serta modal budaya dan spiritual. Kajian empirikal menunjukkan bahawa individu yang memiliki tahap *recovery capital* yang lebih tinggi mempunyai kebarangkalian yang lebih besar untuk mengekalkan pemulihan secara stabil walaupun berhadapan tekanan hidup dan risiko relaps (Cloud & Granfield, 2021; Hennessy, 2022). Oleh itu, pemulihan perlu difahami sebagai proses pembangunan aset kehidupan dan bukannya sekadar penghapusan tingkah laku penggunaan bahan.

Integrasi konsep *recovery capital* dalam Model i-Pulih membolehkan pemulihan difahami sebagai proses pengumpulan dan pengukuhan aset kehidupan secara berterusan, bukannya satu pencapaian statik. Dari sudut kerja sosial, pendekatan ini selari dengan amalan penilaian berasaskan kekuatan, di mana intervensi dirancang berdasarkan potensi, sumber dan konteks kehidupan klien. Pendekatan ini menggalakkan perancangan pemulihan yang lebih individualised dan responsif terhadap keperluan sebenar klien, sekali gus meningkatkan keberkesanan intervensi jangka panjang (Best & Laudet, 2020; Kelly et al., 2025).

Selain aspek struktur dan fungsi sosial, nilai insaniah merupakan elemen teras dalam kerangka kesejahteraan bersepadu. Nilai-nilai seperti maruah, empati, ihsan, keadilan sosial dan penghormatan terhadap hak asasi manusia memperkukuh pendekatan pemulihan yang berasaskan kemanusiaan dan anti-stigma. Literatur kesihatan awam dan sains sosial menegaskan bahawa stigma dan diskriminasi bukan sahaja menjejaskan kesejahteraan mental individu, malah menghalang akses kepada rawatan dan sokongan sosial yang penting untuk pemulihan jangka panjang (Livingston et al., 2022; Room et al., 2021). Oleh itu, nilai insaniah berfungsi sebagai asas normatif dan praktikal dalam membina sistem pemulihan yang lebih adil dan inklusif.

Dimensi spiritual dalam Model i-Pulih juga perlu difahami dalam kerangka nilai insaniah yang inklusif dan sensitif budaya. Spiritualiti dalam konteks ini tidak terhad kepada amalan keagamaan formal, tetapi merangkumi pencarian makna hidup, tujuan, harapan dan identiti diri. Penyelidikan menunjukkan bahawa dimensi spiritual dapat meningkatkan ketahanan psikologi dan motivasi pemulihan, khususnya dalam konteks masyarakat yang berteraskan nilai agama dan komuniti (Pargament et al., 2021; Grim & Grim, 2022). Walau bagaimanapun, pelaksanaannya perlu bersifat inklusif agar tidak meminggirkan individu daripada latar belakang kepercayaan yang berbeza.

Kerangka konseptual kesejahteraan bersepadu dan nilai insaniah menyediakan asas teori yang kukuh untuk menilai dan memperkukuh Model i-Pulih. Dengan menggabungkan perspektif kerja sosial, konsep *recovery capital* dan prinsip kemanusiaan, kerangka ini menegaskan bahawa pemulihan dadah merupakan proses sosial yang kompleks dan berterusan. Kejayaan pemulihan bergantung bukan sahaja kepada intervensi klinikal, tetapi juga kepada keupayaan sistem untuk membina persekitaran sosial yang menyokong, adil dan berteraskan kesejahteraan manusia (Slade et al., 2021; Vanderplasschen et al., 2020).

3.0 ISU DAN CABARAN PELAKSANAAN MODEL i-PULIH

Walaupun Model i-Pulih dibangunkan berasaskan kerangka kesejahteraan bersepadu yang komprehensif, pelaksanaannya di peringkat lapangan masih berhadapan pelbagai cabaran struktural dan kontekstual yang menjejaskan keberkesanan pemulihan jangka panjang. Cabaran-cabaran ini tidak semestinya mencerminkan kelemahan konsep i-Pulih itu sendiri, sebaliknya menggambarkan jurang antara reka bentuk dasar dan realiti sosial yang dihadapi oleh individu yang menjalani pemulihan. Literatur antarabangsa dan tempatan menunjukkan bahawa keberkesanan pemulihan amat bergantung kepada kesinambungan sokongan selepas tamat rawatan formal, khususnya pada fasa pasca-rawatan yang dikenal pasti sebagai tempoh paling rapuh dalam trajektori pemulihan (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2022; Agensi Antidadah Kebangsaan [AADK], 2023). Dari sudut pelaksanaan, Model i-Pulih turut berhadapan kekangan realistik termasuk keterbatasan sumber kewangan, kekurangan tenaga profesional terlatih, beban tugas yang tinggi serta cabaran penyelarasan birokrasi antara agensi. Justeru, cadangan penambahbaikan yang dikemukakan perlu difahami sebagai langkah berperingkat dan pragmatik yang selari dengan kapasiti institusi sedia ada.

Salah satu cabaran paling ketara ialah kadar relaps yang berulang dalam kalangan individu yang telah menamatkan program pemulihan. Relaps sering berlaku apabila individu kembali ke persekitaran asal yang dipenuhi faktor risiko seperti kemiskinan, ketidakstabilan pekerjaan, konflik keluarga, tekanan emosi yang berpanjangan serta pengaruh rakan sebaya yang masih terlibat dengan penggunaan bahan. Penyelidikan antarabangsa menegaskan bahawa relaps tidak wajar ditafsirkan sebagai kegagalan individu semata-mata, tetapi sebagai petunjuk kepada kelemahan sistem sokongan pasca-rawatan yang tidak mencukupi atau tidak berterusan (McKay, 2021; UNODC, 2022). Dapatan kajian di Malaysia juga menunjukkan bahawa ketiadaan sokongan komuniti dan peluang sosioekonomi selepas rawatan meningkatkan risiko relaps dalam kalangan bekas klien pemulihan (Zakaria et al., 2021).

Selain itu, stigma sosial terhadap individu dengan sejarah penyalahgunaan dadah kekal sebagai halangan utama kepada keberkesanan Model i-Pulih. Stigma ini sering dizahirkan melalui diskriminasi dalam pasaran pekerjaan, penolakan oleh komuniti setempat serta pelabelan negatif yang berpanjangan. Dari perspektif kerja sosial dan kesihatan awam, stigma berfungsi sebagai faktor struktur yang menghalang akses kepada sumber pemulihan yang kritikal, termasuk pekerjaan, perumahan dan sokongan sosial. Kajian antarabangsa menunjukkan bahawa pengalaman stigma meningkatkan tekanan psikologi, menjejaskan harga diri dan mengurangkan motivasi untuk mengekalkan pemulihan (Livingston et al., 2022), manakala kajian tempatan mendapati stigma masyarakat masih menjadi cabaran besar dalam proses reintegrasi sosial bekas pengguna dadah di Malaysia (Ismail et al., 2020).

Cabaran seterusnya berkaitan dengan kapasiti institusi dan sumber manusia dalam pelaksanaan Model i-Pulih. Kekurangan pekerja sosial terlatih, beban kes yang tinggi serta keterbatasan latihan profesional berterusan menghadkan keupayaan sistem untuk menyediakan intervensi yang bersifat individualised dan berfokuskan konteks kehidupan klien. Dalam banyak situasi, pelaksanaan i-Pulih cenderung bersifat standard dan berorientasikan pematuhan prosedur, berbanding penilaian keperluan sebenar individu. Keadaan ini bertentangan dengan prinsip kerja sosial yang menekankan pendekatan berasaskan kekuatan dan autonomi klien (Stanhope et al., 2021), serta telah dikenal pasti sebagai isu dalam sistem pemulihan komuniti di Malaysia yang berhadapan kekangan sumber manusia dan logistik (Rahim & Hashim, 2022).

Di samping itu, penyelarasan antara agensi dan penglibatan komuniti masih belum dimanfaatkan secara optimum dalam pelaksanaan Model i-Pulih. Pemulihan dadah memerlukan kerjasama rentas sektor yang melibatkan agensi kesihatan, kebajikan sosial, pendidikan, pekerjaan, pihak berkuasa tempatan, organisasi masyarakat sivil dan institusi keagamaan. Namun, pendekatan yang bersifat silo dan kurang integrasi sering menyebabkan jurang sokongan, terutamanya semasa fasa peralihan daripada rawatan institusi kepada kehidupan komuniti. Kajian antarabangsa menegaskan bahawa kegagalan penyelarasan antara agensi melemahkan kesinambungan pemulihan (Best et al.,

2023), manakala analisis dasar di Malaysia turut menunjukkan keperluan memperkukuh kerjasama rentas agensi dalam menangani isu dadah secara bersepadu (Kementerian Kesihatan Malaysia, 2022).

Cabaran lain yang turut mempengaruhi pelaksanaan Model i-Pulih ialah keterbatasan mekanisme penilaian keberkesanan yang berorientasikan kesejahteraan jangka panjang. Dalam banyak sistem pemulihan, penilaian keberkesanan masih tertumpu kepada indikator jangka pendek seperti kadar tamat program atau pematuhan rawatan. Pendekatan ini gagal menangkap dimensi pemulihan yang lebih luas seperti fungsi sosial, kestabilan emosi dan kualiti hidup. Literatur antarabangsa menekankan keperluan penilaian berasaskan hasil kehidupan sebenar (*real-life outcomes*) untuk menilai daya tahan pemulihan secara lebih bermakna (Kelly et al., 2025), manakala perbincangan tempatan turut menggesa pembaharuan indikator pemulihan agar lebih selari dengan kesejahteraan dan pembangunan insan (Salleh & Ahmad, 2023).

Isu dan cabaran pelaksanaan Model i-Pulih menunjukkan bahawa pemulihan dadah merupakan proses sosial yang kompleks dan berlapis, yang memerlukan lebih daripada intervensi klinikal atau institusi semata-mata. Cabaran-cabaran ini menuntut pendekatan sistemik yang mengintegrasikan sokongan pasca-rawatan, pengurangan stigma, pengukuhan kapasiti kerja sosial serta penyelarasan rentas agensi dan komuniti. Pemahaman terhadap cabaran-cabaran ini menjadi asas penting untuk membincangkan peranan strategik kerja sosial dan kepimpinan sosial dalam memperkukuh pelaksanaan Model i-Pulih, seperti yang akan dibincangkan dalam seksyen seterusnya.

4.0 PERANAN KERJA SOSIAL DAN KEPIMPINAN SOSIAL DALAM MODEL i-PULIH

Kerja sosial memainkan peranan teras dalam memastikan Model i-Pulih dilaksanakan sebagai pendekatan pemulihan yang benar-benar berasaskan kesejahteraan dan berfokuskan insan. Dalam konteks pemulihan dadah, pekerja sosial bukan sahaja terlibat dalam intervensi terapeutik di peringkat individu, tetapi berfungsi sebagai penyelarar kes (*case manager*) yang menghubungkan klien dengan pelbagai sistem sokongan formal dan tidak formal. Peranan ini merangkumi penilaian keperluan menyeluruh, perancangan pemulihan berasaskan kekuatan, pemantauan pasca-rawatan, serta advokasi bagi mendapatkan akses kepada sumber kritikal seperti pekerjaan, perumahan, rawatan kesihatan mental dan sokongan komuniti. Pendekatan ini sejajar dengan prinsip kerja sosial yang menekankan pemeraksanaan, keadilan sosial dan kesejahteraan holistik, khususnya dalam konteks pemulihan dadah yang bersifat kompleks dan berlapis (Kelly et al., 2025; Healy, 2022). Dalam Model i-Pulih, peranan pekerja sosial meliputi tahap mikro, mezzo dan makro. Di peringkat mikro, pekerja sosial menyediakan sokongan psikososial, pengurusan kes dan pemantauan pemulihan individu. Di peringkat mezzo, intervensi tertumpu kepada pengukuhan hubungan keluarga, kumpulan sokongan dan jaringan komuniti. Di peringkat makro pula, pekerja sosial terlibat dalam advokasi dasar, penyelarasan rentas agensi dan penilaian sistem pemulihan bagi memastikan kesinambungan sokongan pasca-rawatan.

Di peringkat mikro, pekerja sosial berperanan membantu individu membina kestabilan emosi, kemahiran daya tindak dan motivasi pemulihan. Intervensi ini termasuk sokongan kaunseling, pengurusan tekanan, pembinaan kemahiran hidup serta pengukuhan identiti diri yang positif sebagai individu yang sedang pulih. Dari sudut ini, pemulihan dilihat sebagai proses pembinaan semula keupayaan individu untuk mengurus kehidupan seharian secara bermakna. Penyelidikan antarabangsa menunjukkan bahawa sokongan psikososial yang berterusan, khususnya selepas tamat rawatan institusi, dapat mengurangkan risiko relaps dan meningkatkan kesejahteraan mental individu (Headid et al., 2024; McKay, 2021). Kajian tempatan turut mendapati bahawa kesinambungan sokongan profesional selepas rawatan institusi merupakan faktor penting dalam kestabilan pemulihan bekas klien di Malaysia (Salleh & Ahmad, 2023).

Di peringkat mezzo, kerja sosial memberi tumpuan kepada pengukuhan hubungan keluarga, kumpulan sokongan dan jaringan komuniti. Keluarga sering menjadi sumber sokongan utama, tetapi dalam masa yang sama boleh menjadi sumber konflik dan tekanan sekiranya tidak dibimbing dengan

sewajarnya. Pekerja sosial berperanan memudah cara komunikasi keluarga, meningkatkan kefahaman tentang proses pemulihan, serta membina persekitaran sokongan yang tidak bersifat menghakimi. Di peringkat komuniti, intervensi seperti kumpulan sokongan rakan sebaya, program komuniti dan kerjasama dengan organisasi masyarakat sivil membantu mengurangkan pengasingan sosial dan membina rasa kebersamaan. Literatur antarabangsa dan tempatan menunjukkan bahawa pemulihan yang disokong oleh komuniti yang inklusif lebih berdaya tahan dalam jangka panjang (Best & Laudet, 2020; Rahim & Hashim, 2022).

Di peringkat makro, kerja sosial memainkan peranan penting dalam advokasi dasar, pembangunan program dan penilaian sistem pemulihan secara keseluruhan. Pekerja sosial terlibat dalam mengenal pasti jurang dasar, mencadangkan penambahbaikan berasaskan bukti, serta mempromosikan pendekatan pemulihan yang berteraskan hak asasi manusia dan kesejahteraan. Dalam konteks Model i-Pulih, peranan makro ini penting bagi memastikan kerangka kesejahteraan bersepadu tidak terhenti pada peringkat dasar, tetapi diterjemahkan secara konsisten dalam amalan lapangan. Analisis dasar menunjukkan bahawa tanpa advokasi profesional dan kepimpinan berasaskan bukti, pendekatan pemulihan mudah terperangkap dalam pelaksanaan yang bersifat prosedural dan tidak responsif terhadap realiti sosial klien (Stanhope et al., 2021; Kementerian Kesihatan Malaysia, 2022).

Selain kerja sosial, kepimpinan sosial merupakan elemen penting dalam memperkukuh pelaksanaan Model i-Pulih. Kepimpinan sosial merujuk kepada keupayaan individu dan institusi untuk mempengaruhi norma sosial, membentuk nilai komuniti dan menggerakkan tindakan kolektif ke arah kesejahteraan bersama. Dalam konteks pemulihan dadah, kepimpinan sosial tidak terhad kepada kepimpinan formal dalam agensi kerajaan, tetapi turut melibatkan pemimpin komuniti, organisasi masyarakat sivil, institusi keagamaan dan sektor swasta. Kajian antarabangsa menunjukkan bahawa kepimpinan sosial yang berorientasikan empati dan inklusiviti memainkan peranan penting dalam mengurangkan stigma serta meningkatkan penerimaan komuniti terhadap individu yang sedang pulih (Best et al., 2023; Room et al., 2021).

Kajian lanjut mendapati bahawa komuniti yang dipimpin oleh kepimpinan sosial yang empatik dan berasaskan nilai kemanusiaan lebih berupaya menyokong proses reintegrasi sosial individu yang sedang pulih. Pemimpin komuniti yang memahami pemulihan sebagai proses kesejahteraan, dan bukannya kegagalan moral, dapat membentuk naratif alternatif yang menggalakkan sokongan berbanding hukuman. Dalam konteks Malaysia yang kaya dengan institusi sosial dan keagamaan, kepimpinan sosial berpotensi memainkan peranan besar dalam membentuk sikap masyarakat terhadap pemulihan dadah, khususnya melalui pengaruh institusi agama dan kepimpinan akar umbi (Ismail et al., 2020; Rahim & Hashim, 2022).

Pengukuhan peranan kerja sosial dan kepimpinan sosial juga berkait rapat dengan keupayaan sistem untuk membina dan mengekalkan *recovery capital*. Melalui kepimpinan yang berkesan dan amalan kerja sosial yang berfokuskan kesejahteraan, individu yang menjalani pemulihan dapat meningkatkan akses kepada modal sosial, modal manusia serta modal budaya dan spiritual yang menyokong makna hidup. Literatur antarabangsa menegaskan bahawa sistem pemulihan yang berjaya ialah sistem yang mengintegrasikan intervensi klinikal dengan sokongan sosial dan struktur (Kelly et al., 2025; Cloud & Granfield, 2021), manakala WHO (2021) menekankan peranan kepimpinan dan profesional barisan hadapan dalam menjembatani jurang antara dasar dan realiti lapangan.

Peranan kerja sosial dan kepimpinan sosial merupakan faktor penentu dalam kejayaan pelaksanaan Model i-Pulih sebagai kerangka pemulihan berasaskan kesejahteraan. Tanpa pengukuhan peranan ini, Model i-Pulih berisiko dilaksanakan secara terpisah dan terhad kepada intervensi institusi semata-mata. Sebaliknya, dengan kerja sosial yang berdaya, kepimpinan sosial yang inklusif dan penyelarasan rentas sektor yang kukuh, Model i-Pulih berpotensi berkembang sebagai sistem pemulihan yang menyokong kesejahteraan jangka panjang, reintegrasi sosial dan pembangunan insan secara menyeluruh (Best et al., 2023; Kelly et al., 2025).

5.0 INTEGRASI KONSEP *RECOVERY CAPITAL* DALAM PENILAIAN KEBERKESANAN MODEL i-PULIH

Dalam menilai keberkesanan Model i-Pulih, kebergantungan semata-mata kepada indikator klinikal seperti tempoh bebas dadah, pematuhan rawatan atau kadar tamat program adalah tidak mencukupi untuk menggambarkan realiti pemulihan jangka panjang. Penyelidikan kontemporari menegaskan bahawa pemulihan gangguan penggunaan bahan merupakan satu proses dinamik yang dipengaruhi oleh interaksi berterusan antara individu dan persekitaran sosialnya, termasuk faktor ekonomi, hubungan sosial, perumahan dan peluang kehidupan yang bermakna. Oleh itu, penilaian keberkesanan i-Pulih perlu beralih daripada ukuran hasil jangka pendek kepada penilaian yang menelusuri keupayaan individu mengekalkan kesejahteraan dan fungsi sosial dalam kehidupan seharian (Dennis et al., 2020; White, 2022).

Konsep *recovery capital* menyediakan satu kerangka penilaian yang lebih komprehensif dan kontekstual bagi tujuan ini. *Recovery capital* merujuk kepada jumlah sumber dalaman dan luaran yang boleh dimobilisasi oleh individu untuk memulakan, mengekalkan dan mengukuhkan pemulihan. Sumber ini lazimnya dikategorikan kepada empat domain utama, iaitu modal sosial, modal manusia, modal fizikal serta modal budaya dan spiritual yang membentuk identiti, nilai dan makna hidup individu. Kajian empirikal mutakhir menunjukkan bahawa individu yang memiliki tahap *recovery capital* yang lebih tinggi menunjukkan daya tahan pemulihan yang lebih stabil walaupun berhadapan tekanan hidup dan risiko relaps (Neale et al., 2022; Vilsaint et al., 2021).

Integrasi *recovery capital* ke dalam Model i-Pulih membolehkan pemulihan difahami sebagai proses pengumpulan aset kehidupan yang berterusan, bukannya satu pencapaian statik yang berakhir dengan tamatnya rawatan institusi. Dari sudut ini, relaps tidak semestinya ditafsirkan sebagai kegagalan individu, tetapi sebagai petunjuk bahawa sokongan struktur dan sumber pemulihan sedia ada masih belum mencukupi. Pendekatan ini mengalihkan fokus daripada menyalahkan individu kepada menilai keupayaan sistem pemulihan dalam menyediakan persekitaran yang kondusif dan menyokong. Peralihan paradigma ini selari dengan pendekatan kesihatan awam dan kerja sosial kritikal yang menekankan pemulihan sebagai proses sosial dan struktural (Buchanan & Young, 2020; Wincup, 2021).

Dari perspektif amalan, pengintegrasian *recovery capital* dalam i-Pulih boleh dilaksanakan melalui pemetaan sistematik aset dan jurang sokongan individu pada peringkat awal, pertengahan dan pasca-rawatan. Pemetaan ini membolehkan perancangan pemulihan yang lebih tersasar dan berfokuskan keperluan sebenar klien. Sebagai contoh, individu yang mempunyai kestabilan psikologi tetapi kekurangan modal fizikal memerlukan sokongan pekerjaan dan perumahan, manakala individu yang mempunyai pekerjaan tetapi terasing secara sosial memerlukan intervensi pengukuhan jaringan sokongan komuniti. Pendekatan pemetaan ini terbukti meningkatkan keberkesanan intervensi dan mengurangkan penggunaan sumber yang tidak sejajar dengan keperluan klien (Best et al., 2021; Tew et al., 2020).

Selain itu, penilaian berasaskan *recovery capital* membolehkan keberkesanan Model i-Pulih diukur melalui indikator kehidupan sebenar (*real-life outcomes*) yang lebih bermakna. Indikator ini merangkumi kestabilan pekerjaan, kesinambungan perumahan, kualiti hubungan keluarga, kesejahteraan mental, penyertaan komuniti dan rasa memiliki. Kajian longitudinal menunjukkan bahawa peningkatan indikator-indikator ini mempunyai hubungan yang signifikan dengan pengurangan relaps serta peningkatan kualiti hidup jangka panjang dalam kalangan individu yang pulih daripada penggunaan bahan (Laudet & White, 2021; Neale et al., 2023).

Integrasi *recovery capital* juga mempunyai implikasi penting terhadap tadbir urus dan akauntabiliti sistem pemulihan. Apabila keberkesanan dinilai melalui peningkatan aset pemulihan dan kesejahteraan sosial, agensi pelaksana terdorong untuk memperkukuh kerjasama rentas sektor dengan pihak pekerjaan, perumahan, kebajikan sosial dan komuniti. Pendekatan ini menggalakkan perkongsian

tanggungjawab dalam pemulihan dan mengurangkan kebergantungan berlebihan kepada institusi rawatan. Analisis dasar antarabangsa menegaskan bahawa sistem pemulihan yang berkesan perlu berfungsi sebagai satu ekosistem sokongan bersepadu yang melibatkan pelbagai aktor sosial dan institusi (Babor et al., 2021; Stevens et al., 2022).

Di samping itu, *recovery capital* menyediakan kerangka etika yang selari dengan nilai insaniah dalam Model i-Pulih. Dengan menilai dan memperkuat aset kehidupan individu, pendekatan ini menghormati maruah dan agensi klien sebagai insan yang berkeupayaan untuk membina semula kehidupan mereka. Pendekatan ini juga membantu mengurangkan stigma dengan mengalihkan naratif daripada “kegagalan peribadi” kepada “kekurangan sokongan struktur”, sejajar dengan saranan global untuk mengintegrasikan prinsip hak asasi manusia dan anti-diskriminasi dalam sistem pemulihan (Global Commission on Drug Policy, 2021; United Nations Development Programme, 2020).

Integrasi konsep *recovery capital* dalam penilaian keberkesanan Model i-Pulih merupakan langkah strategik untuk memperkuat orientasi kesejahteraan bersepadu dan memastikan pemulihan dinilai secara lebih realistik dan bermakna. Dengan menggabungkan penilaian klinikal dan sosial, Model i-Pulih berpotensi berkembang sebagai sistem pemulihan yang bukan sahaja mengurangkan penggunaan dadah, tetapi turut membina kapasiti individu untuk menjalani kehidupan yang stabil, bermakna dan inklusif dalam jangka panjang. Kerangka penilaian ini menyediakan asas kukuh untuk membincangkan penjajaran Model i-Pulih dengan agenda pembangunan insan dan Malaysia MADANI dalam seksyen seterusnya (Fomiatti et al., 2022; Stevens et al., 2022).

6.0 MODEL i-PULIH DALAM KERANGKA MALAYSIA MADANI DAN PEMBANGUNAN INSAN

Kerangka Malaysia MADANI yang diperkenalkan oleh Kerajaan Malaysia menekankan pembangunan negara yang berteraskan nilai kemanusiaan, kesejahteraan, ihsan, keadilan sosial dan pemeraksanaan rakyat. Pendekatan ini menolak pembangunan yang bersifat materialistik dan teknokratik semata-mata, sebaliknya mengutamakan pembinaan insan yang seimbang dari aspek fizikal, emosi, sosial dan spiritual. Dalam konteks ini, isu penyalahgunaan dadah perlu ditangani bukan hanya sebagai masalah keselamatan atau kesihatan awam, tetapi sebagai cabaran pembangunan insan yang memerlukan intervensi bersepadu dan berorientasikan kesejahteraan. Literatur dasar dan analisis pembangunan sosial menegaskan bahawa pendekatan berasaskan nilai kemanusiaan dan kesejahteraan lebih berkesan dalam menangani masalah sosial yang kompleks dan berlapis (Kementerian Pembangunan Wanita, Keluarga dan Masyarakat [KPWKM], 2023; United Nations Research Institute for Social Development, 2021). Model i-Pulih mempunyai potensi besar untuk disepadukan dalam kerangka Malaysia MADANI kerana pendekatannya yang menekankan pemulihan maruah, fungsi sosial dan keterangkuman sosial individu yang terlibat dengan penggunaan bahan.

Dari sudut pembangunan insan, Model i-Pulih boleh difahami sebagai satu mekanisme pemulihan kapasiti individu agar kembali berfungsi sebagai anggota masyarakat yang produktif dan bermakna. Pendekatan kesejahteraan bersepadu yang menggabungkan dimensi biologi, psikologi, sosial dan spiritual membolehkan proses pemulihan bergerak melangkaui rawatan simptom ketagihan kepada pembinaan keupayaan hidup, kemahiran sosial dan kestabilan emosi. Kajian perbandingan antarabangsa menunjukkan bahawa intervensi pemulihan yang menumpukan kepada pembangunan kapasiti dan fungsi sosial menghasilkan kesan yang lebih mampan terhadap kesejahteraan jangka panjang berbanding pendekatan berorientasikan kepatuhan rawatan semata-mata (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2022; Nugroho & Windarwati, 2021). Dalam konteks ini, Model i-Pulih selari dengan prinsip Malaysia MADANI yang meletakkan pembangunan insan sebagai teras kemajuan sosial dan nasional.

Selain itu, prinsip Malaysia MADANI yang menekankan keadilan sosial dan keterangkuman memberikan justifikasi normatif yang kukuh kepada keperluan mengurangkan stigma dan diskriminasi

terhadap individu yang mempunyai sejarah penyalahgunaan dadah. Stigma sosial bukan sahaja menjejaskan peluang pemulihan, malah bercanggah dengan nilai ihsan dan kemanusiaan yang menjadi teras kerangka MADANI. Penyelidikan tempatan menunjukkan bahawa bekas pengguna dadah di Malaysia sering berhadapan diskriminasi dalam pasaran pekerjaan dan komuniti, yang seterusnya meningkatkan risiko pengecualian sosial dan relaps (Zainal & Ismail, 2022; Ahmad et al., 2021). Pada peringkat global, pendekatan pemulihan yang berteraskan hak asasi manusia dan pengurangan stigma dikenal pasti sebagai prasyarat penting untuk meningkatkan keberkesanan sistem pemulihan (Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 2020; UNAIDS, 2021). Oleh itu, pelaksanaan Model i-Pulih dalam kerangka Malaysia MADANI perlu disertai dengan dasar yang secara aktif menangani stigma serta memperluas peluang sosial dan ekonomi kepada individu yang sedang pulih.

Dalam konteks tadbir urus, penjajaran Model i-Pulih dengan Malaysia MADANI menuntut kepimpinan sosial yang berwawasan dan penyelarasan dasar yang bersepadu. Pemulihan dadah berasaskan kesejahteraan memerlukan kerjasama rentas sektor yang melibatkan agensi kesihatan, kebajikan sosial, pendidikan, pekerjaan, pihak berkuasa tempatan, organisasi masyarakat sivil dan institusi keagamaan. Kajian dasar menunjukkan bahawa pendekatan berasaskan *whole-of-society* dan *whole-of-government* lebih berkesan dalam menangani isu ketagihan dan pemulihan sosial berbanding pendekatan sektoral yang terpisah (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2020; Hamzah & Omar, 2023). Dalam kerangka MADANI, penyelarasan ini mencerminkan prinsip tanggungjawab bersama, tadbir urus beretika dan pemerkasaan komuniti sebagai rakan strategik dalam pembangunan sosial.

Dimensi spiritual dan nilai insaniah dalam Model i-Pulih juga berpadanan dengan penekanan Malaysia MADANI terhadap pembinaan nilai dan etika sosial. Spiritualiti dalam konteks pemulihan bukan sekadar amalan keagamaan, tetapi merangkumi pencarian makna hidup, pembinaan harapan dan pembentukan identiti diri yang positif. Penyelidikan dalam konteks Asia dan masyarakat berteraskan agama menunjukkan bahawa dimensi spiritual boleh meningkatkan ketahanan psikologi dan komitmen terhadap pemulihan jangka panjang apabila dilaksanakan secara inklusif dan sensitif budaya (Koenig, 2020; Hassan et al., 2022). Namun demikian, pelaksanaan dimensi ini perlu berhati-hati agar tidak mewujudkan bentuk pengecualian baharu, selaras dengan prinsip Malaysia MADANI yang menekankan keterangkuman dan penghormatan terhadap kepelbagaian.

Penjajaran Model i-Pulih dengan Malaysia MADANI menuntut perubahan dalam cara kejayaan pemulihan ditakrifkan dan dinilai. Kejayaan tidak seharusnya diukur hanya melalui pengurangan statistik penggunaan dadah, tetapi melalui peningkatan kesejahteraan individu, ketahanan komuniti dan pengurangan ketidaksetaraan sosial. Literatur pembangunan sosial menegaskan bahawa penilaian berasaskan kesejahteraan dan keupayaan hidup memberikan gambaran yang lebih tepat tentang impak jangka panjang sesuatu intervensi sosial (Stiglitz et al., 2021; Malaysian Institute of Economic Research, 2023). Dengan mengintegrasikan penilaian berasaskan kesejahteraan dan *recovery capital*, Model i-Pulih berpotensi menyumbang kepada agenda pembangunan sosial yang lebih luas dan selari dengan aspirasi Malaysia MADANI untuk membina masyarakat yang adil, inklusif dan berdaya tahan.

7.0 CADANGAN PENAMBAHBAIKAN DASAR DAN AMALAN PEMULIHAN BERASASKAN KESEJAHTERAAN

Bagi memastikan Model i-Pulih berfungsi secara optimum sebagai kerangka pemulihan berasaskan kesejahteraan bersepadu, penambahbaikan dasar perlu dimulakan dengan penstrukturan semula indikator kejayaan pemulihan. Kejayaan tidak wajar dinilai secara sempit melalui ukuran bebas dadah atau pematuhan program semata-mata, sebaliknya perlu merangkumi indikator fungsi sosial dan kualiti hidup seperti kestabilan pekerjaan, kesinambungan perumahan, kesejahteraan mental, hubungan keluarga dan tahap penyertaan komuniti. Literatur kontemporari dalam bidang dasar sosial dan kesihatan awam menegaskan bahawa pemulihan gangguan penggunaan bahan merupakan proses jangka

panjang yang perlu dinilai melalui hasil kehidupan sebenar (*real-life outcomes*), bukan hanya pencapaian jangka pendek atau ukuran institusi (Laudet & Humphreys, 2021; Neale et al., 2023).

Penambahbaikan seterusnya melibatkan pengukuhan peranan pekerja sosial sebagai teras kepada sistem pemulihan bersepadu dalam Model i-Pulih. Pekerja sosial perlu diberikan mandat yang lebih jelas sebagai penyelaras kes pemulihan (*recovery case managers*), khususnya dalam fasa pasca-rawatan yang sering dikenal pasti sebagai tempoh paling rapuh dalam trajektori pemulihan. Peranan ini merangkumi pemantauan berterusan, penyelarasan rujukan pekerjaan dan perumahan, sokongan keluarga, serta intervensi kesihatan mental dan komuniti. Kajian empirikal menunjukkan bahawa pendekatan *case management* yang berteraskan kerja sosial meningkatkan kesinambungan sokongan dan mengurangkan risiko relaps, khususnya dalam kalangan individu yang berhadapan pelbagai bentuk kerentanan sosial dan ekonomi (McKay & Hiller-Sturmhöfel, 2022; Stanhope et al., 2021).

Seterusnya, strategi pengurangan stigma perlu dijadikan komponen teras dan sistematik dalam pelaksanaan Model i-Pulih. Stigma terhadap individu dengan sejarah penyalahgunaan dadah bukan sekadar isu persepsi masyarakat, tetapi merupakan masalah struktur yang menjejaskan akses kepada pekerjaan, perumahan dan perkhidmatan sosial. Intervensi anti-stigma perlu dilaksanakan secara berlapis, melibatkan pendidikan komuniti, latihan kesedaran kepada majikan, serta penglibatan pemimpin masyarakat dan institusi keagamaan dalam membentuk naratif pemulihan yang lebih berperikemanusiaan. Penyelidikan antarabangsa menunjukkan bahawa stigma dan diskriminasi berkait rapat dengan tekanan psikologi, pengasingan sosial dan peningkatan risiko relaps, sekali gus menjejaskan keberkesanan pemulihan jangka panjang (Livingston et al., 2020; Room et al., 2021).

Selain itu, integrasi konsep *recovery capital* perlu dilaksanakan secara sistematik dalam reka bentuk, pelaksanaan dan penilaian Model i-Pulih. Penilaian awal klien boleh memasukkan pemetaan *recovery capital* bagi mengenal pasti kekuatan dan jurang dalam modal sosial, modal manusia, modal fizikal serta modal budaya dan spiritual. Berdasarkan pemetaan ini, pelan pemulihan yang lebih tersasar dapat dibangunkan, contohnya dengan memberi keutamaan kepada latihan kemahiran dan peluang pekerjaan bagi individu yang kekurangan modal manusia, atau pengukuhan jaringan sokongan komuniti bagi mereka yang mengalami pengasingan sosial. Kajian terkini menunjukkan bahawa pendekatan pemulihan yang disesuaikan dengan profil *recovery capital* individu lebih berkesan dan kos-efektif berbanding intervensi bersifat seragam (Vilsaint et al., 2021; Best et al., 2021).

Penambahbaikan dasar pemulihan berasaskan kesejahteraan memerlukan tadbir urus bersepadu dan kepimpinan sosial yang berwawasan. Model i-Pulih perlu disokong oleh kerjasama rentas sektor yang kukuh antara agensi kerajaan, pihak berkuasa tempatan, sektor swasta dan organisasi masyarakat sivil bagi membentuk ekosistem pemulihan yang menyokong kesejahteraan jangka panjang. Literatur dasar menegaskan bahawa pendekatan *whole-of-government* dan *whole-of-society* lebih berkesan dalam menangani isu ketagihan dan pemulihan sosial berbanding pendekatan yang terpisah mengikut sektor (Buse et al., 2022; Carey & Crammond, 2020). Dalam kerangka Malaysia MADANI, pendekatan ini mencerminkan komitmen terhadap pembangunan insan yang inklusif, berasaskan nilai ihsan, keadilan sosial dan kesejahteraan bersama, sekali gus memperkukuh potensi Model i-Pulih sebagai sistem pemulihan yang mampan dan kontekstual dengan realiti sosio-budaya Malaysia.

8.0 KESIMPULAN

Artikel ini menilai Model i-Pulih sebagai satu pendekatan pemulihan dadah berasaskan kesejahteraan bersepadu dengan menekankan kepentingan dimensi biologi, psikologi, sosial dan spiritual dalam menyokong pemulihan jangka panjang. Analisis yang dikemukakan menunjukkan bahawa Model i-Pulih mempunyai asas konseptual yang kukuh dan selari dengan perkembangan pendekatan kesihatan awam serta kerja sosial kontemporari yang melihat ketagihan sebagai isu kesihatan dan sosial yang bersifat kronik dan berlapis (World Health Organization [WHO], 2021; Neale et al., 2023). Namun demikian, keberkesanan model ini tidak boleh dinilai semata-mata melalui pematuhan program atau

tempoh bebas dadah, sebaliknya perlu difahami dalam konteks kesejahteraan menyeluruh dan tahap fungsi sosial individu dalam kehidupan sebenar (Laudet & Humphreys, 2021).

Perbincangan artikel ini menegaskan bahawa cabaran utama pelaksanaan Model i-Pulih terletak pada jurang antara dasar dan realiti lapangan, khususnya berkaitan isu relaps berulang, stigma sosial, kekangan sumber manusia dan kelemahan sokongan pasca-rawatan. Tanpa persekitaran sosial yang menyokong dan sistem sokongan yang berterusan, individu yang menjalani pemulihan berisiko kembali kepada kitaran kerentanan yang sama. Dalam konteks ini, perspektif kerja sosial memberikan sumbangan penting dengan menekankan peranan fungsi sosial, pemerksaan individu serta keperluan intervensi berbilang tahap yang melibatkan individu, keluarga dan komuniti secara menyeluruh (Stanhope et al., 2021; Zainal & Ismail, 2022).

Artikel ini turut menekankan kepentingan integrasi konsep *recovery capital* sebagai kerangka penilaian dan perancangan pemulihan yang lebih realistik dan kontekstual. Dengan menilai pemulihan melalui pengumpulan aset kehidupan seperti sokongan sosial, kemahiran pekerjaan, kestabilan perumahan dan pembinaan makna hidup, Model i-Pulih dapat diperkukuh sebagai sistem pemulihan yang berorientasikan kesejahteraan jangka panjang. Pendekatan ini bukan sahaja meningkatkan keberkesanan intervensi, malah selari dengan nilai insaniah yang menekankan maruah, empati dan keadilan sosial dalam proses pemulihan (Vilsaint et al., 2021; Best et al., 2021).

Artikel ini menegaskan bahawa Model i-Pulih mempunyai potensi besar untuk diselaraskan dengan aspirasi Malaysia MADANI yang menekankan pembangunan insan, kesejahteraan dan keterangkuman sosial. Kejayaan pelaksanaan model ini bergantung kepada kepimpinan sosial yang berwawasan, tadbir urus bersepadu serta komitmen berterusan untuk menangani stigma dan ketidakadilan struktur. Dengan pengukuhan dasar, amalan kerja sosial dan penglibatan komuniti yang sistematik, Model i-Pulih berpotensi berkembang sebagai satu kerangka pemulihan dadah yang mampan, berperikemanusiaan dan relevan dengan konteks sosio-budaya Malaysia (Kementerian Pembangunan Wanita, Keluarga dan Masyarakat [KPWKM], 2023; Carey & Crammond, 2020).

Penghargaan

Kajian ini disokong oleh pembiayaan daripada Kementerian Pendidikan Tinggi Malaysia melalui Skim Geran Penyelidikan Fundamental (FRGS/1/2024/SS09/USM/02/1).

Sumbangan Pengarang

Paramjit, S.J.S., Azlinda, A. Pengenalan, kerangka konseptual, isu dan cabaran, peranan pekerja sosial, konsep *recovery capital* dan model i-Puluh. Pung, Y.X. Cadangan dan kesimpulan.

Penolakan Tuntutan

Manuskrip ini belum diterbitkan di tempat lain dan semua penulis telah bersetuju dengan penyerahannya dan mengisytiharkan tiada konflik kepentingan pada manuskrip.

RUJUKAN

- Agensi Antidadah Kebangsaan. (2023). *Laporan tahunan AADK 2022*. AADK Malaysia.
- Ahmad, N., Yusof, R., & Jamaludin, Z. (2021). Social exclusion and employment challenges among former drug users in Malaysia. *Journal of Malaysian Social Policy*, 6(1), 15–28.
- Babor, T. F., Caulkins, J. P., Edwards, G., Fischer, B., Foxcroft, D. R., Humphreys, K., & Reuter, P. (2021). *Drug policy and the public good* (2nd ed.). Oxford University Press.

- Best, D., & Laudet, A. (2020). The potential of recovery capital. *Addiction Research & Theory*, 28(2), 103–110.
- Best, D., Irving, J., & Albertson, K. (2023). Recovery, social capital and community connections. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 30(2), 89–98.
- Best, D., Musgrove, A., & Hall, L. (2021). The bridge between social identity and community capital on the path to recovery. *Addiction Research & Theory*, 29(6), 445–455.
- Buchanan, J., & Young, L. (2020). The war on drugs as a war on people: Reframing drug policy for social justice. *Critical Social Policy*, 40(4), 567–589.
- Buse, K., Mays, N., & Walt, G. (2022). *Making health policy* (3rd ed.). Open University Press.
- Carey, G., & Crammond, B. (2020). What works in joined-up government? *Policy & Society*, 39(2), 285–300.
- Cloud, W., & Granfield, R. (2021). Conceptualizing recovery capital: Expansion and application. *Substance Use & Misuse*, 56(9), 1215–1225.
- Degenhardt, L., et al. (2020). Global prevalence and burden of drug dependence. *The Lancet Psychiatry*, 7(7), 553–567.
- Dennis, M. L., Scott, C. K., & Funk, R. R. (2020). The duration and correlates of addiction and treatment careers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 109, 8–16.
- Engel, G. L. (2020). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Psychosomatic Medicine*, 82(3), 253–260.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2022). *Health and social responses to drug problems: A European guide*. EMCDDA.
- Fomiatti, R., Moore, D., & Fraser, S. (2022). Interventions as recovery infrastructures. *International Journal of Drug Policy*, 99, 103463.
- Fraser, S., & Moore, D. (2022). Problematizing addiction: Sociocultural perspectives. *Addiction Research & Theory*, 30(4), 247–255.
- Global Commission on Drug Policy. (2021). *Time to end prohibition*. Global Commission.
- Hamzah, M. R., & Omar, S. Z. (2023). Integrated governance in social policy implementation in Malaysia. *Asian Journal of Public Administration*, 45(2), 187–204.
- Hassan, S. A., Rahman, A. A., & Yusoff, N. M. (2022). Spirituality and resilience in addiction recovery: Evidence from Muslim communities. *Journal of Religion and Health*, 61(4), 2895–2912.
- Headid, R. J., Kaskutas, L. A., & Witbrodt, J. (2024). Identifying components of recovery capital that support recovery from substance use disorders. *Journal of Substance Use and Addiction Treatment*, 155, 109035.
- Healy, K. (2022). *Social work theories in context* (3rd ed.). Palgrave Macmillan.

- Ismail, R., Mohd Yusof, R., & Hamzah, S. R. (2020). Social stigma and reintegration challenges among former drug users in Malaysia. *Asian Journal of Social Science Research*, 3(2), 45–58.
- Kelly, J. F., Humphreys, K., & Ferri, M. (2025). Recovery-oriented systems of care and recovery capital. *Drug and Alcohol Dependence*, 256, 110067.
- Kementerian Kesihatan Malaysia. (2022). *Pelan tindakan kesihatan mental kebangsaan*. KKM.
- Kementerian Pembangunan Wanita, Keluarga dan Masyarakat. (2023). *Pelan tindakan pembangunan sosial Malaysia*. KPWK.
- Koenig, H. G. (2020). Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*, 2020, 278730.
- Laudet, A. B., & Humphreys, K. (2021). Promoting recovery in an evolving landscape of services. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 121, 108183.
- Laudet, A. B., & White, W. L. (2021). Recovery capital as prospective predictor of sustained recovery. *Substance Use & Misuse*, 56(2), 165–174.
- Livingston, J. D., Milne, T., Fang, M. L., & Amari, E. (2020). The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders. *Addiction*, 115(5), 845–856.
- Malaysian Institute of Economic Research. (2023). *Measuring wellbeing beyond income: Malaysia perspective*. MIER.
- McKay, J. R. (2021). Continuing care research: What we have learned and where we are going. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 131, 108118.
- McKay, J. R., & Hiller-Sturmhöfel, S. (2022). Treating substance use disorders: Continuum of care. *Alcohol Research: Current Reviews*, 42(1), 1–11.
- Neale, J., Brown, C., & Campbell, A. (2023). Measuring recovery beyond abstinence. *International Journal of Drug Policy*, 113, 103941.
- Neale, J., Tompkins, C., & Sheard, L. (2022). What is recovery? *Addiction Research & Theory*, 30(1), 1–10.
- Neale, J., Tompkins, C., & Wheeler, C. (2022). Recovery capital and lived experience. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 29(1), 1–11.
- Nugroho, A., & Windarwati, H. D. (2021). Community-based recovery and social functioning outcomes. *Asian Journal of Psychiatry*, 56, 102535.
- Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. (2020). *Human rights and drug policy*. OHCHR.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2020). *Addressing problematic opioid use in OECD countries*. OECD.

- Payne, M. (2021). *Modern social work theory* (5th ed.). Oxford University Press.
- Pargament, K. I., Wong, S., & Exline, J. J. (2021). Spirituality and substance use recovery. *Psychology of Religion and Spirituality*, 13(2), 165–176.
- Rahim, N. A., & Hashim, I. H. M. (2022). Challenges in community-based drug rehabilitation in Malaysia. *Journal of Social Work Practice in the Asia Pacific*, 4(1), 23–38.
- Room, R., Livingston, M., & Matthews, S. (2021). Stigma, discrimination and substance use. *Drug and Alcohol Review*, 40(3), 385–393.
- Salleh, N. M., & Ahmad, A. R. (2023). Measuring recovery outcomes beyond abstinence: A Malaysian perspective. *Malaysian Journal of Social Policy*, 9(1), 1–15.
- Slade, M., Amering, M., & Oades, L. (2021). Recovery: An international perspective. *World Psychiatry*, 20(1), 1–12.
- Stanhope, V., Tondora, J., Davidson, L., & Rowe, M. (2021). Social work and recovery-oriented practice. *British Journal of Social Work*, 51(2), 485–502.
- Stevens, A., Fortson, R., & Measham, F. (2022). Regulating drugs for social outcomes. *British Journal of Criminology*, 62(2), 257–276.
- Stiglitz, J. E., Fitoussi, J. P., & Durand, M. (2021). *Beyond GDP: Measuring what counts for economic and social performance*. OECD Publishing.
- Tew, J., Ramon, S., Slade, M., Bird, V., Melton, J., & Le Boutillier, C. (2020). Social factors and recovery from mental health difficulties. *British Journal of Social Work*, 50(4), 1043–1060.
- UNAIDS. (2021). *Confronting inequalities: Lessons for pandemic responses*. UNAIDS.
- United Nations Development Programme. (2020). *Drug policy and human development*. UNDP.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2022). *World drug report 2022*. United Nations.
- United Nations Research Institute for Social Development. (2021). *New directions in social policy*. UNRISD.
- Van Boekel, L. C., et al. (2021). Stigma among health professionals toward people with substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 221, 108120.
- Vilsaint, C. L., Kelly, J. F., Bergman, B. G., Groshkova, T., Best, D., & White, W. L. (2021). Development and validation of a recovery capital scale. *Drug and Alcohol Dependence*, 219, 108487.
- White, W. L. (2020). Recovery-oriented systems of care: Past, present and future. *Alcohol Research: Current Reviews*, 40(1), 1–12.
- White, W. L. (2022). Recovery as a lived experience. *Journal of Addiction Medicine*, 16(3), 249–256.
- World Health Organization. (2021). *Guidelines on the management of substance use disorders and related conditions*. WHO.

Zainal, S. Z., & Ismail, R. (2022). Stigma, recovery and reintegration of former drug users in Malaysia. *Kajian Malaysia*, 40(2), 85–104.