

**KESAN INTERVENSI TERAPI KELOMPOK TINGKAH LAKU KOGNITIF
TERHADAP ESTIM KENDIRI DAN LOKUS KAWALAN
DALAM KALANGAN PENAGIH DADAH**

HUZILI BIN HUSSIN

**UNIVERSITI SAINS MALAYSIA
2013**

**KESAN INTERVENSI TERAPI KELOMPOK TINGKAH LAKU KOGNITIF
TERHADAP ESTIM KENDIRI DAN LOKUS KAWALAN
DALAM KALANGAN PENAGIH DADAH**

oleh

HUZILI BIN HUSSIN

Tesis yang diserahkan untuk memenuhi
keperluan bagi
Ijazah Doktor Falsafah

JANUARI 2013

LAMPIRAN

LAMPIRAN A

SURAT KEBENARAN
MENJALANKAN KAJIAN
OLEH AADK

LAMPIRAN B

INSTRUMEN KAJIAN

LAMPIRAN C

MODUL INTERVENSI CBT(S)

LAMPIRAN D

MODUL INTERVENSI CBT(B)

PENGHARGAAN

Segala puji bagi Allah S.W.T yang telah mencipta seluruh alam serta makhluknya. Alhamdulillah, syukur kehadiran Allah kerana dengan rahmatnya saya telah diberikan kekuatan, kemudahan dan kelapangan sehingga berjaya menyiapkan tesis ini bagi memenuhi keperluan Ijazah Doktor Falsafah (PhD) di Universiti Sains Malaysia. Saya cukup sedar bahawa kejayaan penulisan ilmiah ini tidak akan tercapai tanpa adanya bantuan, bimbingan, kerjasama, nasihat dan pengorbanan daripada pelbagai pihak yang terlibat. Oleh itu, saya ingin merakamkan setinggi-tinggi penghargaan dan ucapan terima kasih kepada penyelia utama Prof. Madya Dr. Mohamad Hashim bin Othman dan penyelia bersama Prof. Madya Dr. Nordin bin Abdul Razak dan Prof. Madya Dr. Abdul Rashid bin Mohamad kerana telah memberikan tunjuk ajar, dorongan, bimbingan dan nasihat yang berharga kepada saya sehingga selesai penulisan tesis ini. Hanya Allah yang dapat membalasnya.

Saya juga mengambil kesempatan untuk mengucapkan penghargaan kepada Kementerian Pengajian Tinggi dan Universiti Malaysia Perlis kerana telah banyak memberikan sokongan dan bantuan kepada saya sepanjang proses penulisan tesis ini. Malah tidak lupa saya ucapkan penghargaan dan terima kasih kepada pihak AADK Persekutuan, Negeri dan Daerah kerana telah memberikan kebenaran dan kerjasama yang cukup tinggi terutamanya para kaunselor AADK Daerah yang cukup berdedikasi dan berdisiplin semasa menjalankan proses intervensi. Selain itu, saya ingin mengucapkan terima kasih kepada semua sahabat handai yang sentiasa prihatin dan membantu saya sewaktu susah dan senang.

Akhir sekali ucapan terima kasih yang tidak terhingga kepada isteri yang tercinta Nizar Bt Ibrahim Arawi yang sentiasa sabar dan telah memberikan pengorbanan dan sokongan yang cukup tinggi kepada saya, kepada ibu bapa yang sentiasa mendoakan kepada saya walaupun kedua-duanya sudah uzur, kepada anak-anak iaitu, Ahmad Munzir Hakim, Alyaa Insyirah, Ahmad Muqri Hakim, Awadah Insyirah dan anak bongsu Ahmad Muadzam Hakim kerana memahami kerja-kerja saya sepanjang proses penulisan tesis ini.

Insya Allah segala kejayaan ini bukanlah untuk dijunjung dan dijaja sebaliknya akan dicurahkan kembali kepada anak bangsa yang memerlukannya.

Sekian.

HUZILI BIN HUSSIN
JANUARI 2013

ISI KANDUNGAN

	HALAMAN
PENGHARGAAN	ii
JADUAL KANDUNGAN	iv
SENARAI JADUAL	ix
SENARAI RAJAH	xii
SENARAI SINGKATAN	xiv
ABSTRAK	xv
BAB 1 : PENGENALAN	
1.1 Pengenalan	1
1.2 Latar Belakang Kajian	2
1.2.1 Estim Kendiri dengan Penagihan Dadah	8
1.2.2 Lokus Kawalan dengan Penagihan Dadah	10
1.3 Terapi Kelompok	12
1.4 Pendekatan Teori, Model dan Kerangka Konseptual Terapi Tingkah Laku Kognitif (CBT)	14
1.4.1 Teori Terapi Tingkah Laku Kognitif (CBT)	14
1.4.2 Model Terapi Tingkah Laku Kognitif (CBT)	18
1.4.3 Kerangka Konseptual Terapi Tingkah Laku Kognitif (CBT)	20
1.5 Kerangka Konsep Kajian	23
1.6 Pernyataan Masalah Kajian	25
1.6.1 Masih Belum Terdapat Kaedah Yang Berkesan Dalam Menangani Masalah Penagihan Berulang Dalam Kalangan Penagih Dadah di Malaysia	25
1.6.2 Masalah Lokus Kawalan dan Estim Kendiri Yang Rendah Dalam Kalangan Penagih Dadah	27
1.6.3 Kekurangan Kajian Yang Menggunakan Reka Bentuk Eksperimen Bagi Mengetahui Keberkesanan Intervensi Penagihan Dadah	28
1.6.4 Ketidakpastian Keberkesanan Antara Intervensi Terapi Tingkah Laku Kognitif Standard CBT(S) dan Terapi Tingkah Laku Kognitif <i>Brief</i> CBT(B) dalam Meningkatkan Skor Min Estim Kendiri dan Lokus Kawalan Penagih Dadah	30
1.6.5 Perkhidmatan Kaunseling Penagihan Dadah Masih Belum Diberikan Kepercayaan Yang Tinggi Oleh Penagih Sebagai Satu Mekanisme Memulihkan Mereka	32
1.7 Tujuan Kajian	34
1.8 Objektif Kajian	34
1.9 Persoalan Kajian	35
1.10 Hipotesis Kajian	36
1.11 Kepentingan Kajian	37
1.11.1 Kementerian Dalam Negeri dan AADK	37

1.11.2	Pusat Pemulihan dan Rawatan AADK, Pusat Pemulihan Penagihan Dadah NGO's dan Persendirian	38
1.11.3	Meningkatkan Kemahiran dan Pengetahuan Para Kaunselor	39
1.11.4	Meningkatkan Keupayaan Para Penagih Dadah Untuk Pulih	39
1.11.5	Memberi Manfaat Kepada Para Penyelidik Dan Ahli Akademik Mengembangkan Ilmu	40
1.12	Definisi Konsep	44
1.12.1	Kesan	44
1.12.2	Intervensi	44
1.12.3	Terapi Kelompok	41
1.12.4	Estim Kendiri	41
1.12.5	Lokus Kawalan	42
1.12.6	Penagih Dadah	43
1.13	Definisi Operasional	44
1.13.1	Kesan	44
1.13.2	Intervensi	44
1.13.3	Terapi Kelompok	45
1.13.4	Terapi Tingkah Laku Kognitif Standard CBT(S)	45
1.13.5	Terapi Tingkah Laku Kognitif <i>Brief</i> CBT(B)	45
1.13.6	Estim Kendiri	46
1.13.7	Lokus Kawalan	46
1.13.8	Penagih Dadah	46
1.13.9	Umur	46
1.13.10	Orang Kena Pengawasan (OKP)	47
1.13.11	Status Perkahwinan	47
1.13.12	Teknik CBT	47
1.14	Limitasi Kajian	47
1.15	Rumusan	50

BAB 2 : TINJAUAN LITERATUR

2.1	Pengenalan	51
2.2	Permasalahan Berkaitan Penagihan Dadah	51
2.3	Perkembangan Terapi Tingkah laku Kognitif (CBT)	55
2.4	Kajian Literatur Kesan Intervensi Terapi Tingkah laku Kognitif <i>Brief</i> [CBT(B)] dengan Terapi Tingkah Laku Standard [CBT(S)]	61
2.5	Kajian Literatur Berkaitan Keberkesanan CBT Terhadap Penagihan Dadah dan Bahan	66
2.6	Kajian Literatur Berkaitan Keberkesanan CBT Terhadap Estim Kendiri	73
2.7	Kajian Literatur Berkaitan Keberkesanan CBT Terhadap Lokus Kawalan	78
2.8	Kajian Literatur Berkaitan Keberkesanan Kaunseling Kelompok	83
2.9	Kesimpulan	95

BAB 3 : METODOLOGI KAJIAN

3.1	Pengenalan	96
3.2	Pendekatan Kajian Kuantitatif	96
3.3	Reka Bentuk Kajian	97
3.3.1	Reka Bentuk Kuasi Eksperimen	97
3.3.2	Reka Bentuk Faktoral	98
3.4	Sampel Kajian	101
3.4.1	Prosedur Pemilihan Sampel Kajian	101
3.4.2	Bilangan Sampel Kajian	104
3.5	Pemboleh ubah	106
3.5.1	Pemboleh ubah Bersandar dan Alat Pengukuran	106
3.5.2	Alat Ukur <i>Rosenberg Self Esteem Scale</i> (RSES)	107
3.5.2(a)	Kesahan dan Kebolehpercayaan Alat Ukur <i>Rosenberg Self Esteem Scale</i> (RSES)	108
3.5.3	Alat Ukur <i>Internal Control Index</i> (Dutweiler, 1984)	109
3.5.3(a)	Kesahan dan Kebolehpercayaan Alat Ukur <i>Internal Control Index</i> (Dutweiler, 1984)	110
3.6	Kajian Rintis	112
3.7	Prosedur Kajian	113
3.7.1	Prosedur Melaksanakan Kajian	113
3.7.2	Prosedur Melaksanakan Intervensi Kajian	116
3.7.2(a)	Perbandingan Prosedur Intervensi Kelompok Rawatan	116
3.7.2(b)	Prosedur Intervensi CBT	119
3.8	Penggunaan Teknik Dalam Kelompok Intervensi CBT	126
3.9	Pengawasan Pemboleh ubah Ekstranus	131
3.9.1	Pemilihan Sampel Kajian	131
3.9.2	Kawalan Interaksi Sampel Kajian	131
3.9.3	Waktu Perjumpaan	132
3.9.4	Pengecualian Daripada Mengikuti Program CBT di Tempat Lain	132
3.9.5	Pemilihan dan Latihan Kepada Kaunselor	132
3.9.6	Kerahsiaan Kajian	133
3.9.7	Peranan Pengkaji	133
3.10	Analisis Data Kuantitatif	134
3.11	Rumusan	135

BAB 4 : DAPATAN KAJIAN

4.1	Pendahuluan	136
4.2	Penyemakan dan Penelitian Ciri-Ciri Data Kajian	137
4.3	Maklumat Demografi Sampel Kajian Mengikut Umur, OKP dan Status Perkahwinan Berdasarkan Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) dan KW	138

4.4	Profil Estim Kendiri (EK) dan Analisis ANOVA Dua Hala Ujian Berulangan	140
4.4.1	Analisis Profil Estim Kendiri (EK) Bagi Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) dan KW Merentasi Masa Ujian	141
4.4.2	Analisis Profil EK Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) dan KW Merentasi Masa Ujian Berdasarkan Kategori Umur	144
4.4.2(a)	Kategori Umur 19 hingga 29 Tahun	144
4.4.2(b)	Kategori Umur 30 hingga 39 Tahun	147
4.4.2(c)	Kategori Umur 40 hingga 60 Tahun	149
4.4.3	Analisis Profil EK Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) dan KW Merentasi Masa Ujian Berdasarkan Kategori OKP	152
4.4.3(a)	Kategori OKP 1 hingga 8 Bulan	152
4.4.3(b)	Kategori OKP 9 hingga 16 bulan	155
4.4.3(c)	Kategori OKP 17 hingga 24 bulan	158
4.4.4	Analisis Profil EK Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) dan KW Merentasi Masa Ujian Berdasarkan Status Perkahwinan Sampel Kajian	160
4.4.4(a)	Kategori Status Bujang	161
4.4.4(b)	Kategori Status Berkahwin.	163
4.4.5	Analisis Anova Dua Hala Ujian Berulangan Berdasarkan Skor Estim Kendiri (EK)	166
4.4.5(a)	Kesan Utama Antara Kelompok Rawatan	167
4.4.5(b)	Kesan Utama Masa Ujian dan Kesan Interaksi	168
4.5	Profil Lokus Kawalan (LK) dan Analisis Anova Dua Hala Ujian Berulangan.	171
4.5.1	Analisis Profil Lokus Kawalan (LK) Bagi Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) dan KW Merentasi Masa Ujian	171
4.5.2	Profil LK Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) dan KW Merentasi Masa Ujian Berdasarkan Kategori Umur Sampel Kajian	175
4.5.2(a)	Kategori Umur 19 hingga 29 Tahun	175
4.5.2(b)	Kategori Umur 30 hingga 39 Tahun	178
4.5.2(c)	Kategori Umur 40 hingga 60 Tahun	180
4.5.3	Profil LK Menurut Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) dan KW Merentasi Masa Ujian Berdasarkan Kategori OKP Sampel Kajian	183
4.5.3(a)	Kategori OKP 1 hingga 8 bulan	183
4.5.3(b)	Kategori OKP 9 hingga 16 bulan	186
4.5.3(c)	Kategori OKP 17 hingga 24 bulan	189
4.5.4	Profil LK Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) dan KW Merentasi Masa Ujian Berdasarkan Status Perkahwinan Sampel Kajian	191

	4.5.4(a) Kategori Status Bujang	191
	4.5.4(b) Kategori Status Berkahwin	194
4.5.5	Analisis Anova Dua Hala Ujian Berulangan Berdasarkan Skor Lokus Kawalan (LK)	196
	4.5.5(a) Kesan Utama Antara Kelompok Rawatan	197
	4.5.5(b) Kesan Utama Masa Ujian dan Kesan Interaksi	199
4.6	Rumusan	201

BAB 5: PERBINCANGAN, RUMUSAN DAN CADANGAN

5.1	Pendahuluan	204
5.2	Perbincangan Hasil Analisis Profil EK dan LK bagi Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) dan KW Merentasi Masa Ujian	205
5.3	Perbincangan Hasil Analisis Profil EK dan LK Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) dan KW Merentasi Masa Ujian Berdasarkan Kategori Umur	211
5.4	Perbincangan Hasil Analisis Profil EK dan LK Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) dan KW Merentasi Masa Ujian Berdasarkan Kategori OKP	214
5.5	Perbincangan Hasil Analisis Profil EK dan LK Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) dan KW Merentasi Masa Ujian Berdasarkan Kategori Status	218
5.6	Perbincangan Analisis Anova Dua Hala Ujian Berulangan Berdasarkan Skor Estim Kendiri (EK) dan Lokus Kawalan (LK)	221
5.7	Implikasi Kajian	229
5.8	Cadangan Kajian Untuk Masa Hadapan	233
5.9	Rumusan	236

	SENARAI RUJUKAN	237
	LAMPIRAN	

SENARAI JADUAL

		HALAMAN
Jadual 1.1	Perbandingan Penagih Baru dan Berulang Bagi Januari-Disember 2011	2
Jadual 3.1	Reka Faktoral 3×4 Intervensi Terapi Tingkah laku Kognitif (CBT)	99
Jadual 3.2	Reka Bentuk Dan Penerangan Sel Yang Dibentuk	100
Jadual 3.3	Ringkasan Perbandingan Intervensi Kelompok CBT(S), CBT(B) dan KW	118
Jadual 4.1	Skor Skewness Dan Kurtosis Terhadap Instrumen Estim Kendiri (EK) Dan Lokus Kawalan (LK)	138
Jadual 4.2	Maklumat Demografi Sampel Kajian Mengikut Umur, OKP Dan Status Perkahwinan Berdasarkan Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) Dan KW	139
Jadual 4.3	Keputusan Analisis Profil EK Bagi Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) Dan KW Merentasi Masa Ujian	141
Jadual 4.4	Profil EK Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) Dan KW Merentasi Masa Ujian Untuk Kategori Umur 19-29 Tahun.	144
Jadual 4.5	Profil EK Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) Dan KW Merentasi Masa Ujian Untuk Kategori Umur 30-39 Tahun	147
Jadual 4.6	Profil EK Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) Dan KW Merentasi Masa Ujian Untuk Kategori Umur 40-60 Tahun	150
Jadual 4.7	Profil EK Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) Dan KW Merentasi Masa Ujian Untuk Kategori OKP 1-8 Bulan	153
Jadual 4.8	Profil EK Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) Dan KW Merentasi Masa Ujian Untuk Kategori OKP 9-16 Bulan.	156
Jadual 4.9	Profil EK Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) Dan KW Merentasi Masa Ujian Untuk Kategori OKP 17-24 Bulan	158
Jadual 4.10	Profil EK Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) Dan KW Merentasi Masa Ujian Bagi Kategori Status Bujang	161

Jadual 4.11	Profil EK Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) Dan KW Merentasi Masa Ujian Bagi Kategori Status Berkahwin.	164
Jadual 4.12	Keputusan Ujian Anova Dua Hala Merentasi Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) Dan KW	167
Jadual 4.13	Ujian <i>Post-Hoc Bonferroni</i> Antara Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) Dan KW	168
Jadual 4.14	Keputusan Ujian <i>Levene</i> Bagi Kesamaan Varians	169
Jadual 4.15	Keputusan Ujian Anova Dua Hala Kesan Utama Masa Ujian Dan Kesan Interaksi	169
Jadual 4.16	Ujian <i>Post Hoc Bonferroni</i> Antara Masa Ujian Pra, Pos 1, Pos 2 dan Pos 3	170
Jadual 4.17	Keputusan Analisis Profil LK Bagi Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) Dan KW Merentasi Masa Ujian	172
Jadual 4.18	Profil LK Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) Dan KW Merentasi Masa Ujian Untuk Kelompok Umur 19-29 Tahun	175
Jadual 4.19	Profil LK Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) Dan KW Merentasi Masa Ujian Untuk Kategori Umur 30-39 Tahun	178
Jadual 4.20	Profil LK Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) Dan KW Merentasi Masa Ujian Untuk Kategori Umur 40-60 Tahun	181
Jadual 4.21	Profil LK Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) Dan KW Merentasi Masa Ujian Untuk Kategori OKP 1-8 Bulan	183
Jadual 4.22	Profil LK Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) Dan KW Merentasi Masa Ujian Untuk Kategori OKP 9-16 Bulan	187
Jadual 4.23	Profil LK Menurut Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) Dan KW Merentasi Masa Ujian Untuk Kategori OKP 17-24 Bulan	189
Jadual 4.24	Profil LK Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) Dan KW Merentasi Masa Ujian Bagi Kategori Status Bujang	192
Jadual 4.25	Profil LK Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) Dan KW Merentasi Masa Ujian Bagi Kategori Status Berkahwin.	194

Jadual 4.26	Keputusan Ujian Anova Dua Hala Merentasi Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) Dan KW	198
Jadual 4.27	Ujian <i>Post Hoc Bonferroni</i> Antara Kelompok Rawatan CBT(S, CBT(B) Dan KW	198
Jadual 4.28	Keputusan Ujian <i>Levene</i> Bagi Kesamaan Varian	199
Jadual 4.29	Keputusan Ujian Anova Dua Hala Kesan Utama Masa Ujian Dan Kesan Interaksi.	200
Jadual 4.30	Ujian <i>Post Hoc Bonferroni</i> Antara Masa Ujian Pra, Pos 1, 2 dan Pos 3	201

SENARAI RAJAH

	HALAMAN
Rajah 1.1	Model CBT 20
Rajah 1.2	Kerangka Konseptual CBT 22
Rajah 1.3	Kerangka Konsep Kajian 24
Rajah 3.1	Langkah Pemilihan Sampel Kajian 102
Rajah 3.2	Agihan Sampel Kajian Berdasarkan Kelompok Rawatan 105
Rajah 3.3	Prosedur Melaksanakan Kajian 115
Rajah 3.4	Kerangka Prosedur Intervensi CBT 125
Rajah 4.1	Pola Perubahan Min Skor EK Bagi Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) Dan KW Merentasi Masa Ujian 143
Rajah 4.2	Pola Perubahan Min Skor EK Bagi Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) Dan KW Merentasi Masa Ujian Untuk Kategori Umur 19-29 Tahun 146
Rajah 4.3	Pola Perubahan Min Skor EK Bagi Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) Dan KW Merentasi Masa Ujian Untuk Kategori Umur 30-39 Tahun 149
Rajah 4.4	Pola Perubahan Min Skor EK Bagi Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) Dan KW Merentasi Masa Ujian Untuk Kategori Umur 40-60 Tahun 151
Rajah 4.5	Pola Perubahan Min Skor EK Bagi Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) Dan KW Merentasi Masa Ujian Untuk Kategori OKP 1-8 Bulan 154
Rajah 4.6	Pola Perubahan Min Skor EK Bagi Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) Dan KW Merentasi Masa Ujian Untuk Kategori OKP 9-16 Bulan 157
Rajah 4.7	Pola Perubahan Min Skor EK Bagi Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) Dan KW Merentasi Masa Ujian Untuk Kategori OKP 17-24 Bulan 159
Rajah 4.8	Pola Perubahan Min Skor EK Bagi Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) Dan KW Merentasi Masa Ujian Untuk Kategori Status Bujang 162

Rajah 4.9	Pola Perubahan Min Skor EK Bagi Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) Dan KW Merentasi Masa Ujian Untuk Kategori Status Berkahwin	165
Rajah 4.10	Pola Perubahan Min Skor LK Bagi Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) Dan KW Merentasi Masa Ujian	174
Rajah 4.11	Pola Perubahan Min Skor LK Bagi Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) Dan KW Merentasi Masa Ujian Untuk Kategori Umur 19-29 Tahun	177
Rajah 4.12	Pola Perubahan Min Skor LK Bagi Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) Dan KW Merentasi Masa Ujian Untuk Kategori Umur 30-39 Tahun	180
Rajah 4.13	Pola Perubahan Min Skor LK Bagi Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) Dan KW Merentasi Masa Ujian Untuk Kategori Umur 40-60 Tahun	182
Rajah 4.14	Pola Perubahan Min Skor LK Bagi Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) Dan KW Merentasi Masa Ujian Untuk Kategori OKP 1-8 Bulan	185
Rajah 4.15	Pola Perubahan Min Skor LK Bagi Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) Dan KW Merentasi Masa Ujian Untuk Kategori OKP 9-16 Bulan	188
Rajah 4.16	Pola Perubahan Min Skor Lk Bagi Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) Dan KW Merentasi Masa Ujian Untuk Kategori OKP 17-24 Bulan	190
Rajah 4.17	Pola Perubahan Min Skor LK Bagi Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) Dan KW Merentasi Masa Ujian Untuk Kategori Status Bujang	193
Rajah 4.18	Pola Perubahan Min Skor LK Bagi Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) Dan KW Merentasi Masa Ujian Untuk Kategori Status Berkahwin	195

SENARAI SINGKATAN

AADK	Agensi Anti Dadah Kebangsaan
CBT	Terapi Tingkah Laku Kognitif
CBT(S)	Terapi Tingkah Laku Kognitif Standard
CBT(B)	Terapi Tingkah Laku Kognitif <i>Brief</i>
CCSC	<i>Cure and Care Service Center</i>
CCRC	<i>Cure and Care Rehabilitaion Center</i>
CCIM	<i>Cure and Care 1 Malaysia</i>
CCH	<i>Caring Community House</i>
EK	Estim Kendiri
JKMD	Jawatankuasa Kabinet Membanteras Dadah Kebangsaan
KW	Kumpulan Kawalan
LK	Lokus Kawalan
NATs	<i>Negative Automatic Thoughts</i>
OKP	Orang Kena Pengawasan
PUSPEN	Pusat Pemulihan Narkotik Negara
<i>n</i>	Bilangan

KESAN INTERVENSI TERAPI KELOMPOK TINGKAH LAKU KOGNITIF TERHADAP ESTIM KENDIRI DAN LOKUS KAWALAN DALAM KALANGAN PENAGIH DADAH

ABSTRAK

Kajian ini bertujuan untuk mengkaji kesan intervensi terapi kelompok Tingkah Laku Kognitif Standard [CBT(S)] dengan terapi kelompok Tingkah Laku Kognitif *Brief* [CBT(B)] terhadap skor min estim sendiri (EK) dan lokus kawalan (LK) dalam kalangan penagih dadah. Kajian ini menggunakan reka bentuk kuasi eksperimen yang melibatkan dua kumpulan rawatan [CBT(S) & CBT(B)] dan satu kelompok kawalan (KW) serta empat ujian berulang iaitu; ujian Pra, Pos 1, Pos 2 dan Pos 3. Seramai 108 penagih dadah telah dipilih dengan menggunakan kaedah persampelan bertujuan. Setiap kumpulan mengandungi 36 sampel kajian. Data dikumpul dengan menggunakan instrumen psikometriks yang standard iaitu; *Internal Control Index* (Patricia Duttweiler, 1984) dan *The Rosenberg Self-Esteem Scale*. Analisis ANOVA dua hala ujian berulang digunakan untuk menganalisis data. Hasil analisis menunjukkan terdapat perbezaan yang signifikan bagi kesan utama antara kelompok rawatan CBT(S), CBT(B) dan KW terhadap skor min estim sendiri [$F(2, 20.13) = 20.09, p < .05$]; kesan utama antara masa ujian terhadap skor min estim sendiri [$F(2.35, 51.74) = 351.17; p < .05$]; kesan interaksi antara kelompok rawatan dan masa ujian terhadap skor min estim sendiri [$F(4.69, 51.74) = 4.23; p < .05$]. Sementara itu, dapatan kajian ini juga menunjukkan terdapat perbezaan yang signifikan bagi kesan utama antara kelompok rawatan CBT(S), CBT(B) dan KW terhadap skor min lokus

kawalan [$F(2, 13.38) = 200.4, p < .05$]; kesan utama antara masa ujian terhadap skor min lokus kawalan [$F(2.76, 17.22) = 322.77; p < .05$]; dan kesan interaksi antara kelompok rawatan dan masa ujian terhadap skor min lokus kawalan [$F(5.53, 17.22) = 60.28; p < .05$]. Secara keseluruhannya, didapati intervensi kelompok rawatan CBT(S) dan CBT(B) dapat meningkatkan skor min estim sendiri dan lokus kawalan sampel kajian.

THE EFFECTS OF COGNITIVE BEHAVIOURAL THERAPY GROUP INTERVENTION ON SELF-ESTEEM AND LOCUS OF CONTROL AMONG DRUG ABUSERS

ABSTRACT

The purpose of this study is to investigate the effects between Standard Cognitive Behavioural Therapy [CBT(S)] and Brief Cognitive Behavioural Therapy [CBT(B)] on self-esteem and locus of control mean score among drug abusers. The quasi experimental design with two treatment group [CBT(S) & CBT(B)] and one control group (KW) and four measurements (pre, post1, post 2, and post 3) were employed in this study. The sample of 108 drug abusers was chosen using purposive sampling procedure. Sample were then distributed randomly into three groups: CBT(S), CBT(B) and control group (KW). Each group consisted of 36 samples. Data were collected with standardized psychometric instruments, including Internal Control Index (Patricia Duttweiler, 1984) and Rosenberg Self-Esteem Scale. Data were analyzed using Two-way ANOVA repeated measurement. Result demonstrated significant differences among group CBT(S), CBT(B) and KW on self-esteem mean score [$F(2, 20.13) = 20.09, p < .05$]; main effects between time occasions on self-esteem mean score [$F(2.35, 51.74) = 351.17; p < .05$]; and interaction effects between group and time occasions on self-esteem mean score [$F(4.69, 51.74) = 4.23; p < .05$]. Meanwhile the result also demonstrated significant differences on main effects among group CBT(S), CBT(B) and KW on locus of control mean score [$F(2, 13.38) = 200.4, p < .05$]; main effects between time occasions on locus of control

mean score [$F(2.76, 17.22) = 322.77; p < .05$]; and interaction effect between group and time occasions on locus of control mean score [$F(5.53, 17.22) = 60.28; p < .05$]. As a whole, this study shows that CBT(S) and CBT(B) intervention are able to increase self-esteem and locus of control mean score among the subjects.

BAB 1

PENGENALAN

1.1 Pengenalan

Secara umumnya, kronologi membasmi dadah di Malaysia telahpun bermula semenjak tahun 1952 lagi, di mana usaha menangani masalah dadah dilaksanakan melalui tindakan undang-undang dengan penguatkuasaan Akta Dadah Berbahaya 1952. Bagi memantapkan lagi penguatkuasaan, pencegahan, penyelarasan dan penyelidikan berkaitan dengan permasalahan dadah, Biro Narkotik Pusat telah diwujudkan di bawah seliaan Kementerian Undang-Undang Malaysia pada tahun 1972. Mulai tahun 1996 kerajaan Malaysia telah menubuhkan Majlis Dadah Kebangsaan (MDK) bagi memastikan usaha membasmi dadah dapat dilaksanakan dengan lebih efisien dan bersepadu. Dalam masa yang sama, Agensi Dadah Kebangsaan (ADK) telah ditubuhkan oleh kerajaan. Walaupun demikian, bersesuaian dengan perkembangan organisasi semasa, Agensi Dadah Kebangsaan (ADK) telah dinamakan semula kepada Agensi Anti Dadah Kebangsaan (AADK) pada tahun 2004. Pada tahun tersebut juga Jawatankuasa Kabinet Membanteras Gejala Dadah (JKMD) telah ditubuhkan sebagai badan tertinggi Negara dalam membasmi penyalahgunaan dadah bagi menggantikan Majlis Dadah Kebangsaan (AADK, 2008).

Usaha membasmi dan memulihkan penagih dadah sudah cukup serius dilaksanakan oleh kerajaan Malaysia, namun menurut AADK (2008) statistik pada tahun 2001-2008 menunjukkan seramai 221,514 kes penagih dadah yang telah dikesan termasuk dengan kes baru dan berulang. Jadual 1.1 menunjukkan perbandingan penagih baru dan berulang bagi Januari hingga Disember, 2011.

Jadual 1.1:
Perbandingan Penagih Baru dan Berulang Bagi Januari-Disember 2011

Status Kes	Jan-Dis 2011	Peratus %	Purata Jan-Dis 2011	
			Sebulan	Sehari
Penagih Baru	6, 956	62.14%	580	19
Penagih Berulang	4, 238	37.86%	353	12
Jumlah	11,194	100%	933	31

Sumber: Laporan Dadah AADK, Disember 2011

Merujuk kepada Jadual 1.1, pada Januari sehingga Disember 2011, jumlah kes penagihan dadah seramai 11,194 orang yang mana hampir 38% adalah kes penagih berulang. Memandangkan secara purata 19 penagih baru dan 12 kes penagih berulang dikesan setiap hari, keadaan ini cukup membimbangkan kerana masalah ini bukan sahaja melibatkan kos pemulihan yang tinggi, namun pada masa yang sama memberikan kesan negatif kepada masyarakat terhadap keberkesanan sistem pemulihan penagih dadah yang dilaksanakan sebelum ini (AADK, 2011).

1.2 Latar Belakang Kajian

Gejala penyalahgunaan dadah bukan hanya merupakan masalah dalaman negara Malaysia sahaja sebaliknya merupakan masalah di peringkat global. Gejala penyalahgunaan dadah ini jika dibiarkan berterusan sudah tentu boleh memudaratkan negara dalam jangka masa panjang, kerana mempunyai kaitan dengan masalah jenayah (Abdullah & Iran Herman, 1997; Yahya, 2000), sosial (Hussain & Mustafa, 1999) dan juga penularan penyakit HIV dan AIDs.

Apa yang jelas, menangani kes penagihan dadah ini bukannya sesuatu yang mudah kerana masalah ini melibatkan elemen ketagihan yang cukup tinggi (Blume, 2005). Walaupun begitu, kerajaan Malaysia begitu komited membasmi dadah dengan menggubal Dasar Dadah Negara yang cukup jelas dan berani iaitu ingin mewujudkan negara Malaysia yang bebas dari ancaman gejala dadah menjelang tahun 2015. Bagi merealisasikan hasrat tersebut, terdapat empat objektif yang ingin dicapai iaitu; Keluarga Bebas Dadah, Institusi Pendidikan Bebas Dadah, Tempat Kerja Bebas Dadah dan Kawasan Bebas Dadah (AADK, 2008).

Menurut Kominars dan Dornheim (2004), penyalahgunaan dadah didefinisikan sebagai suatu '*maladaptive pattern*' iaitu gagal memenuhi sesuatu tanggungjawab, menghadapi masalah interpersonal, sentiasa melanggar undang-undang serta menunjukkan keadaan fizikal yang tidak terurus. Selain itu, penyalahgunaan dadah juga dikaitkan dengan pengambilan dadah yang tidak ditranskripsikan oleh doktor ataupun yang telah ditranskripsikan tetapi telah disalahgunakan. Selain itu, Steven dan Smith (2005), menjelaskan para penagih kebanyakannya sentiasa memikirkan untuk melakukan aktiviti penagihan sepanjang masa, terlibat dengan tingkah laku yang boleh merosakkan fizikal dan emosi, sentiasa merasa murung dan bersalah dan tidak boleh mengawal diri sendiri.

Agensi Dadah Kebangsaan, (1997) telah mendefinisikan dadah sebagai bahan psikoaktif yang mempunyai ciri-ciri berikut; membawa kesan buruk kepada sistem saraf pusat, digunakan bukan untuk tujuan perubatan, diperoleh secara haram, membawa pergantungan fizikal serta psikologi dan memberi kesan buruk kepada kesihatan dan fungsi sosial.

Dadah terbahagi kepada beberapa jenis, antaranya daripada sumber tumbuh-tumbuhan seperti kanabis, ganja, heroin dan morfin. Selain itu, terdapat juga dadah sintetik iaitu ATS (*Amphetamine Type Stimulants*) yang semakin hari semakin popular digunakan. Dadah ini kebanyakannya dalam bentuk pil dan dikenali dengan 'Pil Ecstasy' dan juga 'Pil Kuda'. Dadah jenis ini lebih bahaya kerana boleh menyebabkan penagih menjadi semakin ganas selain kerosakan otak yang teruk. Kebanyakan dadah ini datangnya dari Eropah dan menjadikan Malaysia sebagai transit untuk pengedaran ke negara-negara seperti Amerika Selatan, Australia, Thailand dan Hong Kong.

Di Malaysia lazimnya penagih dikategorikan kepada dua jenis iaitu; Penagih Tegar dan Penagih Ringan. Penagih Tegar ialah mereka yang menggunakan dadah untuk jangka masa 10 tahun dan telah menerima rawatan lebih daripada dua kali di Pusat Pemulihan Narkotik Negara (PUSPEN). Penagih ringan ialah penagih yang menggunakan dadah untuk jangka masa yang pendek dan belum lagi dirawat ataupun baru pertama kali dirawat (Mahmood, 1999). Secara umumnya para penagih menggunakan dadah kerana pelbagai sebab. Namun demikian, mereka tidak dapat meninggalkannya kerana satu sebab utama iaitu untuk mengelakkan daripada mengalami sindrom putus dadah '*withdrawal syndrome*'. Melalui pengambilan dadah jenis heroin, sindrom putus dadah akan dialami dalam jangka masa empat hingga enam jam sahaja selepas pengambilan dos terakhir. Penagih akan mengalami gejala seperti cirit-birit, sakit perut, rasa sejuk, berpeluh, rasa loya, perasaan gelisah dan takut. Gejala ini memuncak selepas kira-kira 24 jam sehingga 72 jam. Mereka mengalami masalah tidak dapat tidur serta perasaan gelisah berpanjangan tanpa sebab

yang jelas. Semua gejala ini dapat dihapuskan dengan pengambilan semula heroin pada dos yang semakin meningkat. Di samping itu, mereka juga menghadapi masalah pergantungan (*dependency*) terhadap bahan psikoaktif (Mahmood, 2009). Memandangkan keadaan yang begitu kronik berlaku kepada penagih dadah, selain bantuan ubat ubatan, perkhidmatan kaunseling untuk mengubah corak pemikiran penagih agar dapat membina tingkah laku baru haruslah dilaksanakan secara serius dan berkesan walaupun agak sukar (Kottler & Shepard, 2008).

Menurut Mahmood (2003), istilah penagihan dadah digunakan apabila penggunaan dadah menjadi satu agenda penting dalam kehidupan seharian individu yang menyalahgunakan bahan. Penggunaan dadah akan mengatasi lain-lain keperluan dan motivasi hidup. Selain itu daya ketahanan terhadap dadah semakin meningkat menyebabkan dos perlu ditambah untuk mencapai tahap kepuasan dan kelegaan berbanding dengan keadaan sebelum ini. Terdapat pelbagai faktor yang menyebabkan mereka menagih dadah antaranya; faktor budaya, faktor persekitaran, faktor interpersonal dan faktor intrapersonal (Miller, 2010). Secara prinsipnya, penagihan dadah merupakan satu bentuk kecelaruan yang sangat kompleks. Penagihan dadah dicirikan dengan keinginan yang amat tinggi dan kadangkala tidak dapat dikawal. Usaha mencari dadah sudah menjadi keperluan yang mendesak dan kecenderungan untuk menagih semula adalah tinggi walaupun telah dipulihkan daripada penagihan dadah (Mahmood, 2001). Menurut Juhnke dan Hagedorn (2006), apabila penagih ketiadaan dadah, mereka akan merasakan bahawa masalah dan beban hidup tidak dapat diselesaikan dan secara langsung mengakibatkan mereka tidak akan dapat

ketenangan dan ketenteraman hidup. Pada peringkat ini mereka dianggap telah bergantung secara psikologi kepada dadah.

Sejajar dengan pengiktirafan penagih dadah dianggap pesakit oleh kebanyakan negara di peringkat dunia, maka kerajaan Malaysia telah memulakan program rawatan dan pemulihan penagih dadah semenjak tahun 1975 lagi dengan menggunakan pendekatan psikosial. Apabila Agensi Dadah Kebangsaan (ADK) ditubuhkan pada tahun 1996, pendekatan merawat pulih penagih dadah mula distrukturkan semula dan dimantapkan lagi bersesuaian dengan perubahan masalah dadah yang semakin mencabar. Apa yang penting, setelah mendapat rawatan dan pemulihan, para penagih akan insaf dan produktif serta memutuskan pergantungan kepada dadah dan tidak kembali menagih semula. Mengikut Sek. 6(1) Akta Penagih Dadah (Rawatan dan Pemulihan) 1983 (Pindaan 1998) telah menetapkan sekiranya seseorang itu telah dibuktikan menagih dadah maka pihak mahkamah akan memerintahkan penagih dadah tersebut ditempatkan di PUSPEN [sekarang dikenali *Cure & Care Rehabilitation Center (CCRC)*] untuk menerima rawatan pemulihan selama dua tahun. Sehingga Disember 2011, seramai 4,861 berada di CCRC untuk mendapatkan rawatan dan pemulihan (AADK, 2011). Secara umumnya para pelatih yang berada di CCRC akan menerima lapan komponen rawatan dan pemulihan iaitu; kesihatan dan detoksifikasi, fizikal dan penerapan disiplin, bimbingan dan kaunseling, agama dan moral, latihan kemahiran, sivik dan tatanegara, sukan dan riadah serta yang terakhir ialah usaha mengintegrasikan semula ke dalam masyarakat Selain itu, mereka juga diwajibkan mengikuti pengawasan selama dua tahun selepas tamat menjalani rawatan dari CCRC (AADK, 2009)

Selain daripada CCRC, terdapat beberapa tempat rawatan, perubatan dan pemulihan yang telah disediakan oleh AADK seperti, Pusat *Cure & Care 1 Malaysia* (CC1M) bagi penagih yang secara sukarela ingin mendapatkan rawatan dan pemulihan. Sehingga Disember 2011 terdapat seramai 528 orang penagih yang ditempatkan di Pusat CC1M seluruh Malaysia. Di samping itu, terdapat juga *Cure & Care Service Center* (CCSC), dahulunya dikenali dengan Pusat Khidmat Komuniti telah dibangunkan. Sehingga Disember 2011, seramai 18,436 telah berada di CCSC. Sementara itu, *Caring Community House* (CCH) atau dahulunya dikenali Rumah Komuniti telah menerima seramai 3,844 penagih dadah sehingga Disember 2011 untuk dilaksanakan rawatan, perubatan dan pemulihan.

Walaupun begitu, kes pengawasan dalam komuniti yang bertempat di kesemua AADK Daerah mempunyai bilangan penagih yang paling ramai iaitu; 56,134 penagih di mana sebanyak 9,788 kes daripada Seksyen 6(1)(a) [Perintah majistret kepada penagih dadah agar menjalani rawatan dan pemulihan di CCRC dalam tempoh 2 tahun dan selepas itu menjalani pengawasan dalam komuniti selama 2 tahun] dan sebanyak 20,070 kes daripada seksyen 6(1)(b) [Perintah majistret kepada penagih dadah agar diletakkan dibawah pengawasan tidak kurang 2 tahun dan tidak lebih daripada 3 tahun]. Jumlah penagih yang selebihnya adalah berkaitan dengan Seksyen 38(b), Seksyen 8(3)(a), 8(3)(b) dan Seksyen 9(2) (AADK, 2011). Memandangkan kes pengawasan dalam komuniti merupakan penagih dadah yang paling ramai hendak dipulih dan dirawat, maka pengkaji telah memilih penagih dadah atau dikenali Orang Kena Pengawasan (OKP) di bawah seksyen 6(1) (a) yang berada di bawah pengurusan AADK daerah sebagai sampel kajian.

Selain daripada AADK, mengikut seksyen 16 Akta Penagih dadah (Rawatan dan Pemulihan 1983), Menteri Dalam Negeri boleh meluluskan penubuhan dan pengendalian pusat-pusat rawatan dan pemulihan dadah persendirian. Setakat ini terdapat beberapa pusat rawatan dan pemulihan dadah secara persendirian iaitu PENGASIH dan Pusat Rawatan Inabah. Antara kaedah rawatan dan pemulihan yang digunakan ialah; sokong bantu rakan sebaya, terapi keluarga, perubatan tradisional, kerohanian dan agama, kaunseling dan motivasi serta penggunaan ubat-ubatan herba (AADK, 2008).

Menurut Mohd. Rafidi (2008), profil para penagih agak kompleks kerana mereka bukan terdiri daripada satu kumpulan yang sama atau '*homogeneous*' tetapi secara individu yang mempunyai perbezaan sama ada dari segi personaliti, corak penggunaan bahan, status kesihatan, sosialisasi, pendidikan, latihan kerja dan kemahiran, pengaruh persekitaran dan kefungsiian mental. Hal ini bermakna, pendekatan sistematik dalam meningkatkan kekuatan psikologi penagih dadah amat diperlukan. Justeru, kajian keberkesanan intervensi kaunseling kelompok dengan menggunakan pendekatan Terapi Tingkah Laku Kognitif (CBT) telah dilakukan untuk membantu para penagih meningkatkan semula estim sendiri dan lokus kawalan dalaman mereka. Selain itu, secara tidak langsung dapat membantu negara membanteras penyakit sosial yang agak serius dalam masyarakat hari ini.

1.2.1 Estim Kendiri dengan Penagihan Dadah

Menurut Rosenberg (1979) responden yang mempunyai tahap estim sendiri yang rendah akan meningkatkan tahap kemurungan dan kebimbangan dalam diri mereka dan sentiasa mengalami reputasi negatif dalam kalangan rakan-rakan mereka.

Selain itu, estimasi diri adalah diukur secara implisit dari segi jangkaan dan penentu kadar nilai harga diri seseorang. Justeru jika seseorang itu mempunyai estimasi diri yang tinggi secara langsung dapat merasakan diri mereka lebih berharga dan berfikiran positif (Bossone, 2011; Kellenhear & Cvetkovski, 2009). Sementara bagi mereka yang mempunyai estimasi diri yang rendah dapat merasakan mereka mempunyai harga diri yang rendah (Wilson & Branch, 2006). Menurut Van Zyl, Cronje dan Payze (2006), estimasi diri adalah berkaitan dengan penerimaan watak diri seseorang itu dan mempunyai kesan yang besar terhadap pembentukan sikap, emosi, tingkah laku dan penyesuaian psikologikal.

Kebanyakan penagih dadah mempunyai harga diri yang rendah, konsep diri yang bercelaru, amat sensitif serta bersifat murung dan mempunyai keraguan yang agak tinggi (Kominars & Dornheim, 2004; Mahmood, 1991). Sementara itu, mereka agak sukar menjalani kehidupan yang normal apabila menghadapi tekanan daripada masyarakat luar kesan daripada harga diri serta keyakinan diri yang rendah yang sudah sebatikan dalam diri (Miller, 2010). Sikap harga diri yang rendah ini bukanlah bermula selepas mereka mengambil dadah, sebaliknya bermula sebelum mereka mengambil dadah lagi. Menurut Coombs dan Howatt (2005) dan Shaw, Ritvo dan Irvine (2005), mereka melibatkan diri dengan penyalahgunaan dadah apabila dipandang hina, diketepikan dan dilabel dengan sikap yang buruk oleh masyarakat apabila gagal mencapai sesuatu kejayaan dalam kehidupan. Selain itu, kesan daripada pengalaman masa lampau yang menyakitkan serta perjalanan hidup yang begitu mencabar menyebabkan estimasi diri seseorang itu akan bertambah merosot (Clarke & Nicholson, 2011). Keadaan mereka akan menjadi lebih teruk

apabila mereka terlibat dengan penyalahgunaan dadah (Miller, 2010; Stevens & Smith, 2005). Sehubungan dengan itu, menurut Clarke dan Nicholson, (2011) para penagih perlu diberikan sokongan dan bantuan yang sistematik agar mereka dapat meningkatkan estim sendiri dan pulih semula *'bounce back'*, serta kembali semula ke pangkuan masyarakat untuk menjalani kehidupan yang normal.

1.2.2 Lokus Kawalan dengan Penagihan Dadah

Orientasi lokus kawalan secara prinsipnya berkaitan dengan proses kognitif, autonomi, motivasi dan kebolehan berdikari seseorang individu (Duttweiler, 1984). Perkataan lokus berasal daripada bahasa latin yang bermaksud pusat atau tempat (Clarke & Nicholson, 2011). Sementara itu, Rotter (1966) menjelaskan lokus kawalan adalah berkaitan dengan jangkaan umum seseorang itu terhadap kawalan peneguhan dalaman dan luaran yang ada pada diri mereka. Hal ini bermakna seseorang itu berkeupayaan mengetahui sama ada dirinya mempunyai kuasa atau tidak terhadap sesuatu peristiwa yang berlaku terhadap diri mereka. Justeru, individu yang boleh mempengaruhi kehidupannya sendiri dianggap mempunyai lokus kawalan dalaman yang tinggi dan bagi individu yang banyak dipengaruhi oleh persekitaran dalam menentukan hala tuju hidupnya dianggap mempunyai lokus kawalan dalaman yang rendah kerana dipengaruhi oleh lokus kawalan luaran yang tinggi. Lokus kawalan dalaman yang rendah membolehkan mereka mudah terpengaruh dan menonjolkan tingkah laku yang negatif (Wilson, 2001; Keenan, 2009). Bagi mereka yang menghadapi masalah lokus kawalan dalaman yang rendah perlu mempelajari kemahiran untuk mengatasinya dengan cara yang memuaskan diri mereka sendiri (Wan Abdul Kader, 1994). Justeru, motivasi dan keinginan dalaman untuk berubah

merupakan faktor utama ke arah kejayaan penagih dapat dipulihkan (Salay, 1986; dalam Mahmood, et.al., 1994).

Masalah lokus kawalan dalam kalangan penagih telah pun dibuat kajian oleh Tan, Sabri dan Sharon (2007), yang mana hanya 52% daripada 865 responden di PUSPEN yang diuji menggunakan instrumen berkaitan lokus kawalan mempunyai tahap lokus kawalan dalaman yang tinggi. Selebihnya tergolong dalam kelompok yang menghadapi masalah lokus kawalan yang rendah yang mana mempercayai bahawa pemulihan mereka daripada penagihan dadah banyak bergantung kepada pengaruh luaran dan bukan bergantung kepada keupayaan dalaman mereka. Menurut Clarke dan Nicholson (2011) kelompok yang menghadapi masalah lokus kawalan dalaman yang rendah akan berfikiran negatif, suka menyalahkan dan sukar untuk kembali pulih pada keadaan asal. Sementara itu, cara mereka melihat kehidupan banyak berasaskan persepsi yang salah dan akan memberi kesan kepada terhadap kognitif dan tingkah laku mereka (Ivey & Simek-Downing, 1987; Sue & Sue, 1999). Menurut Courbasson, Endler, Kocovski dan Nancy (2002), kelompok yang mengalami masalah lokus kawalan dalaman yang rendah akan membantutkan mereka mengenal pasti punca masalah dan kaedah terbaik untuk menyelesaikan masalah berkenaan. Justeru kelemahan dalam melaksanakan intervensi penagih dadah perlu difokus bukan sahaja dari aspek makro tetapi juga mikro agar lokus kawalan dalaman para penagih dadah dapat ditingkatkan (Tan, et.al., 2007)

1.3 Terapi Kelompok

Secara umumnya terdapat beberapa pendekatan teori dan kaedah yang digunakan dalam sesuatu terapi bagi setiap kelompok intervensi. Menerusi kajian ini pengkaji menggunakan teknik kaunseling kelompok dalam melaksanakan intervensi. Menurut Kottler dan Brown (2000), pelaksanaan sesuatu proses kaunseling kelompok akan berjaya sekiranya pendekatan yang digunakan adalah berfokus kepada permasalahan klien. Selain itu, pembinaan hubungan terapeutik baik daripada kaunselor dan juga sesama klien itu sendiri amat membantu mempercepat lagi proses pemulihan klien (Bishop, 2002; Dryden, 2009)

Secara umumnya, matlamat utama kaunseling kelompok terapeutik ialah memulihkan kelompok yang berorientasikan masalah yang sama agar dapat membina kekuatan diri untuk menghalang meneruskan semula tabiat ketagihan dadah (Kottler & Shepard, 2008). Menurut Yalom, (1995) bagi mencapai matlamat yang berkesan dalam sesuatu proses kaunseling kelompok terapeutik mestilah menerapkan 11 elemen faktor-faktor terapeutik iaitu:

- a. *Penerapan harapan*: Elemen ini perlu dimasukkan kerana kebanyakan mereka yang hadir dalam sesi mempunyai harga diri yang rendah dan mudah berputus asa;
- b. *Nilai sejagat*: Elemen ini dapat memberikan hakikat sebenar permasalahan klien kerana mendapati rakan-rakan dalam kelompok berkongsi masalah yang sama;
- c. *Membekalkan maklumat*: Maklumat yang disebarkan melalui fakta dan kemahiran dapat membantu pemulihan klien dengan lebih cepat;

- d. *Altruisme atau sikap bantu-membantu*: Apabila wujudnya sikap saling membantu dalam kalangan kelompok akan merangsang para peserta kelompok untuk meningkatkan harga diri mereka;
- e. *Pembentukan semula sistem kelompok keluarga*: Ahli kelompok disemai sikap kekeluargaan dalam kelompok demi merapatkan lagi hubungan terapeutik dalam kalangan mereka;
- f. *Peniruan tingkah laku*: Ahli kelompok dapat meniru contoh dan model tingkah laku yang baru yang didedahkan dalam kelompok;
- g. *Perkembangan teknik bersosial*: Elemen ini dapat memberikan input berkemahiran sosial dalam kalangan mereka yang sebelum ini terputus dengan dunia luar;
- h. *Pembelajaran Interpersonal*: Apabila hubungan interpersonal dapat dilaksanakan dalam kelompok akan membantu menimbulkan celik akal dalam kalangan mereka di samping dapat mengurangkan sikap-sikap negatif yang telah ditonjolkan sebelum ini;
- i. *Kejeleketan kelompok*: Kejeleketan kelompok sama ada dengan pemimpin kelompok dan juga sesama mereka dapat membantu mencapai matlamat pemulihan dengan lebih cepat lagi;
- j. *Katarsis*: Apabila mereka sudah jeleket, maka mereka dapat jadikan kaunseling kelompok sebagai medan untuk meluahkan perasaan yang terbuku selama ini dan mendapat kelegaan setelah melakukannya; dan

- k. *Faktor-faktor kewujudan:* ahli diajar bagaimana menerima mereka sendiri dan seterusnya menerapkan apa yang dipelajari ke dalam kehidupan mereka yang sebenar

1.4 Pendekatan Teori, Model Dan Kerangka Konseptual Terapi Tingkah Laku Kognitif (CBT)

Pada dasarnya terdapat banyak pendekatan teori dan kaedah yang digunakan dalam memulihkan penagih dadah. Pendekatan teori yang digunakan sama ada secara pendekatan orientasi dalaman '*inner-oriented approach*' dan juga orientasi tindakan '*action-oriented approach*' adalah mempunyai kelebihan tersendiri (Kottler dan Shepard, 2008). Berikut ialah teori, model dan kerangka konseptual berkaitan Terapi Tingkah Laku Kognitif (CBT) sebagai intervensi untuk meningkatkan skor min estim sendiri dan lokus kawalan penagih agar dapat membantu mereka pulih dari ketagihan.

1.4.1 Teori Terapi Tingkah Laku Kognitif (CBT)

Menurut Beck, (2011), Dryden, (2011), dan Curwen, Palmer & Ruddel (2000), maksud perkataan 'Terapi' ialah merujuk kepada cara yang sistematik untuk mengatasi masalah klien. Sementara itu, maksud perkataan 'Kognitif' ialah proses mental seperti berfikir di mana merujuk kepada sesuatu yang berlegar dalam pemikiran individu seperti, mimpi, ingatan atau memori, imej, cara berfikir dan memberikan perhatian terhadap sesuatu. Selain itu, perkataan 'Tingkah laku' pula merujuk kepada sesuatu yang kita lakukan, seperti apa yang kita cakap, bagaimana cara kita menyelesaikan sesuatu masalah, bagaimana kita mengelak sesuatu perkara dan sebagainya. Malah ia juga melibatkan proses '*inaction*' seperti berkata-kata dalam kotak pemikiran.

Kejayaan pendekatan CBT (*Cognitive Behavioural Therapy*) memainkan peranan dalam memberikan rawatan terhadap masalah yang berkaitan dengan masalah emosi dan tingkah laku telah bermula lebih dari 50 tahun dahulu (Westbrook, Kennerly & Kirk, 2009). Menurut Stevens dan Craske (2002), secara prinsipnya pendekatan CBT adalah bercirikan kaunseling *Brief* (*Brief Counseling*) kerana mementingkan penstrukturan sesi dan tempoh masa dalam melaksanakan sesi kaunseling. Pada kebiasaannya, tempoh sesi yang standard dilakukan antara 10 hingga 20 sesi. Namun, memandangkan suasana kehidupan mula berubah yang mana kebanyakan klien lebih berminat kepada sesi yang lebih singkat untuk menjimatkan kos, mengurangkan tempoh masa menunggu giliran dan akibat proses kaunseling yang agak lama menyebabkan para pengamal CBT mula memikirkan untuk memendekkan lagi tempoh sesi kaunseling kepada klien.

Justeru, timbul istilah Terapi Tingkah Laku Kognitif Standard CBT(S) iaitu merujuk kepada rawatan CBT yang standard diberikan kepada klien sebanyak 10-20 sesi, manakala Terapi Tingkah Laku Kognitif *Brief* [CBT(B)] merujuk kepada rawatan kepada klien kurang daripada 10 sesi (Stevens dan Craske, 2002). Selaras dengan itu, terdapat beberapa perubahan dilakukan untuk memantapkan CBT(B) seperti mengadaptasikan rawatan kaunseling individu kepada format kaunseling kelompok, memperbanyak material untuk meningkatkan terapi sendiri klien dan mempelbagaikan lagi teknik penyampaian seperti penggunaan teknik biblioterapi dan alat bantu komputer.

Secara prinsipnya CBT(B) ini muncul apabila para pengamal CBT mula memikirkan untuk menjadikan pendekatan intervensi CBT lebih cekap, menjimatkan kos serta mampu untuk semua golongan. Justeru, pendekatan CBT(B) ini mula dihubungkan dengan memendekkan jumlah sesi kaunseling. Namun begitu, menurut Miller (2010) dan Curwen et.al (2000) tidak semua klien adalah sesuai dengan pendekatan CBT(B) kerana memerlukan motivasi yang tinggi untuk berubah dan sanggup berusaha bersungguh-sungguh dalam melaksanakan aktiviti pemulihan yang dirancang untuk mereka. Oleh itu, menurut Preston (1988) kerangka CBT(B) haruslah lebih berfokus, sesi yang berstruktur, mempunyai matlamat dan strategi serta dibantu dengan tugas di rumah.

Menurut Feltham dan Dryden (2004) pelaksanaan sesi kaunseling CBT(B) terhadap klien seharusnya tidak kurang daripada enam sesi. Selain itu terdapat juga beberapa pandangan lain berkaitan jumlah sesi kaunseling CBT(B) iaitu antara empat hingga lapan sesi kaunseling (Garfield & Bergin, 1994), antara lapan hingga 12 sesi (Piper & Ogrodniczuk, 2004), antara empat hingga enam sesi (White & Keenan, 1990) dan tidak kurang 12 sesi (Caroll, 1998). Berdasarkan kepada beberapa pandangan tersebut, dalam kajian ini pengkaji telah memilih untuk melaksanakan 12 sesi kaunseling bagi pendekatan CBT(S) dan enam sesi kaunseling bagi pendekatan CBT(B).

Prinsip utama CBT adalah mengajar individu bahawa kepercayaan dan pemikiran tidak rasional adalah penyebab daripada gangguan emosi dan tingkah laku (Hoffman,1984). Lanjutan itu, menurut Feltham dan Dryden (2004) setiap kepercayaan seseorang individu terhadap sesuatu perkara dalam kehidupan adalah

terbuka untuk perubahan. Justeru setiap perubahan dalam sistem kepercayaan individu (*belief system*) akan membantu mereka memulihkan apa jua elemen yang boleh merosakkan pemikiran negatif mereka terhadap kehidupan. Sementara itu, Dobson (2001) pula menyatakan setiap perubahan ke atas kognitif individu akan mengubah tingkah laku individu.

Banyak kajian telah menunjukkan kejayaan penggunaan CBT dalam memulihkan penagihan dadah. Antaranya ialah kajian yang telah dilakukan oleh Stephens, Roffman, dan Curtin (2000), Kadden, Christiansen, Roffman, Kabella, dan Duresky, (2000) serta Kaminer dan Burleson (1999). Selain itu, terdapat juga kajian menunjukkan CBT juga berjaya menyelesaikan masalah seperti depresi (Addis & Jacobson, 1996), menahan diri daripada penyalahgunaan ubatan (Griffin, Hohenstein dan Humfleet, 1998), masalah fobia (Rachman & Whittal, 1989) dan juga masalah panik (Brown & Barlow, 1995 dan Tsao, Lewin, & Craske, 1998.)

Menurut Gilliland, James dan Bowman, (1994) dan Curwen et.al., (2000), terdapat beberapa teknik yang digunakan dalam CBT seperti aktiviti '*Big I little I*' yang mana memastikan klien dapat memahami realiti diri yang lebih banyak nilai kebaikan berbanding dengan keburukan yang mana secara langsung dapat mengurangkan kesilapan dalam berfikir. Sementara itu, penggunaan teknik '*Socratic dialogue*' iaitu persoalan yang dikemukakan kepada klien agar dapat mengetahui secara mendalam masalah yang dihadapi oleh klien. Selain itu, terdapat juga teknik '*Desserted Island*' bertujuan untuk mengubah '*Negative Automatic Thoughts*' klien ke arah lebih positif. Menurut Beck (dalam Corsini, 1989) dan Beck (2011), terdapat juga aktiviti menjadualkan aktiviti harian, mencatat pemikiran yang tidak rasional,

menilai pola pemikiran dan juga tugas rumah yang bertujuan untuk mematahkan pemikiran tidak rasional klien.

1.4.2 Model Terapi Tingkah Laku Kognitif (CBT)

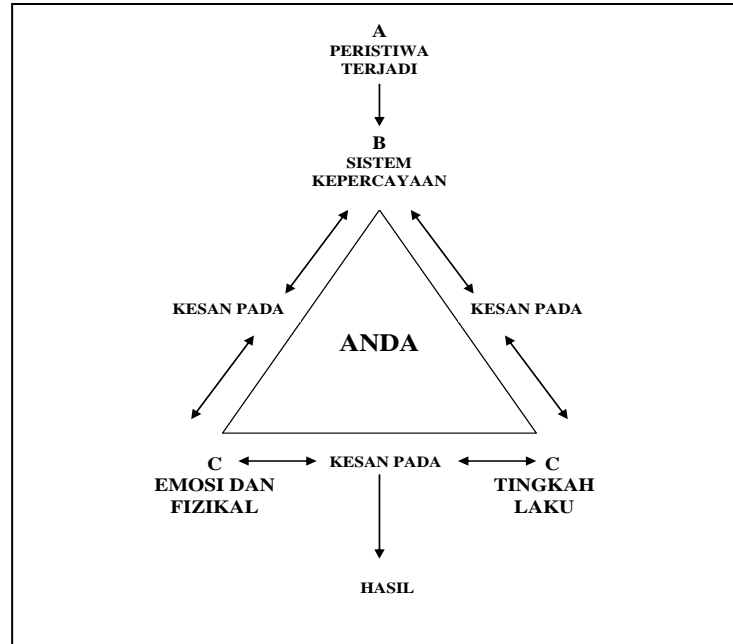
Secara prinsipnya, model CBT adalah selari dengan pandangan Epictetus seorang ahli falsafah Greek pada abad pertama selepas masihi bahawa seseorang itu terganggu bukannya disebabkan oleh sesuatu benda atau perkara sebaliknya disebabkan bagaimana mereka melihat sesuatu benda dan perkara tersebut (Curwen et.al, 2000; dan Westbrook, Kennerly, & Kirk, 2009).

Menurut Wilding dan Milne (2010), teras utama dalam model CBT ialah mengajar individu bahawa kepercayaan dan pemikiran tidak rasional adalah penyebab daripada gangguan emosi dan tingkah laku. Sementara itu, setiap perubahan dalam sistem kepercayaan individu boleh membantu mereka memulihkan apa jua elemen yang boleh merosakkan pemikiran negatif terhadap kehidupan, manakala setiap perubahan ke atas kognitif individu akan mengubah tingkah laku individu. Selain itu, setiap kepercayaan seseorang individu terhadap sesuatu perkara dalam kehidupan adalah terbuka untuk perubahan dan keadaan ini mebolehkan klien bukan sahaja merasa okay tetapi lebih mengetahui dengan lebih jelas mengapa mereka merasa okay.

Menurut Beck (2011), Dryden (2011), Joseph (2010), dan Trower, Jones, Dryden dan Casey (2011), kesalahan berfikir seseorang individu kerana elemen '*Negative Automatic Thoughts* (NATs)' yang terdapat dalam pemikiran mereka. Elemen ini terbentuk daripada '*Schema*' iaitu sistem fail otak yang abstrak yang mana berfungsi menstruktur memori dan menginterpretasi maklumat, membimbing dalam

melakukan tindakan dan membentuk bagaimana seseorang individu itu berfikir. Sementara itu, `schema` pula terbentuk hasil daripada `core belief` klien yang telah terbina semenjak dari kecil lagi menerusi pengalaman diri sendiri serta pengaruh dari masyarakat luar. Secara umumnya terdapat tiga `core belief` yang terdapat dalam diri seseorang individu iaitu, merasakan diri mereka: (i) tidak berdaya atau mampu, (ii) tidak dicintai dan dikasihi, dan (iii) tidak berguna dan tidak berharga. Justeru berasaskan model CBT ini, para penagih dadah dapat dipulihkan sekiranya teknik yang digunakan adalah secara sistematik di mana dapat mengubah `core belief` mereka dan pada masa yang sama dapat mengubah `Negative Automatic Thoughts` (NATs) mereka.

Merujuk kepada model CBT menerusi Rajah 1.1, seseorang individu akan mengalami *C* (*consequences*; kesan) sama ada kestabilan atau pergolakan emosi serta fizikal dan sama ada menunjukkan tingkah laku yang membina atau merosakkan adalah bergantung kepada pertimbangan kognitif atau *B* (*Belief*: sistem kepercayaan) seseorang itu terhadap sesuatu *A* (*Event*; peristiwa terjadi) yang telah berlaku kepada mereka. Sekiranya individu tersebut mempunyai kestabilan emosi serta fizikal dan juga tingkah laku yang membina membolehkan mereka menjalani kehidupan dengan normal, manakala jika sebaliknya berlaku individu tersebut akan menghadapi masalah dalam kehidupan mereka.



Petunjuk: A (*Activating event*: Peristiwa Terjadi); B (*Belief*: Sistem Kepercayaan); dan C (*Consequences*: Kesan pada emosi, fizikal dan tingkah laku)

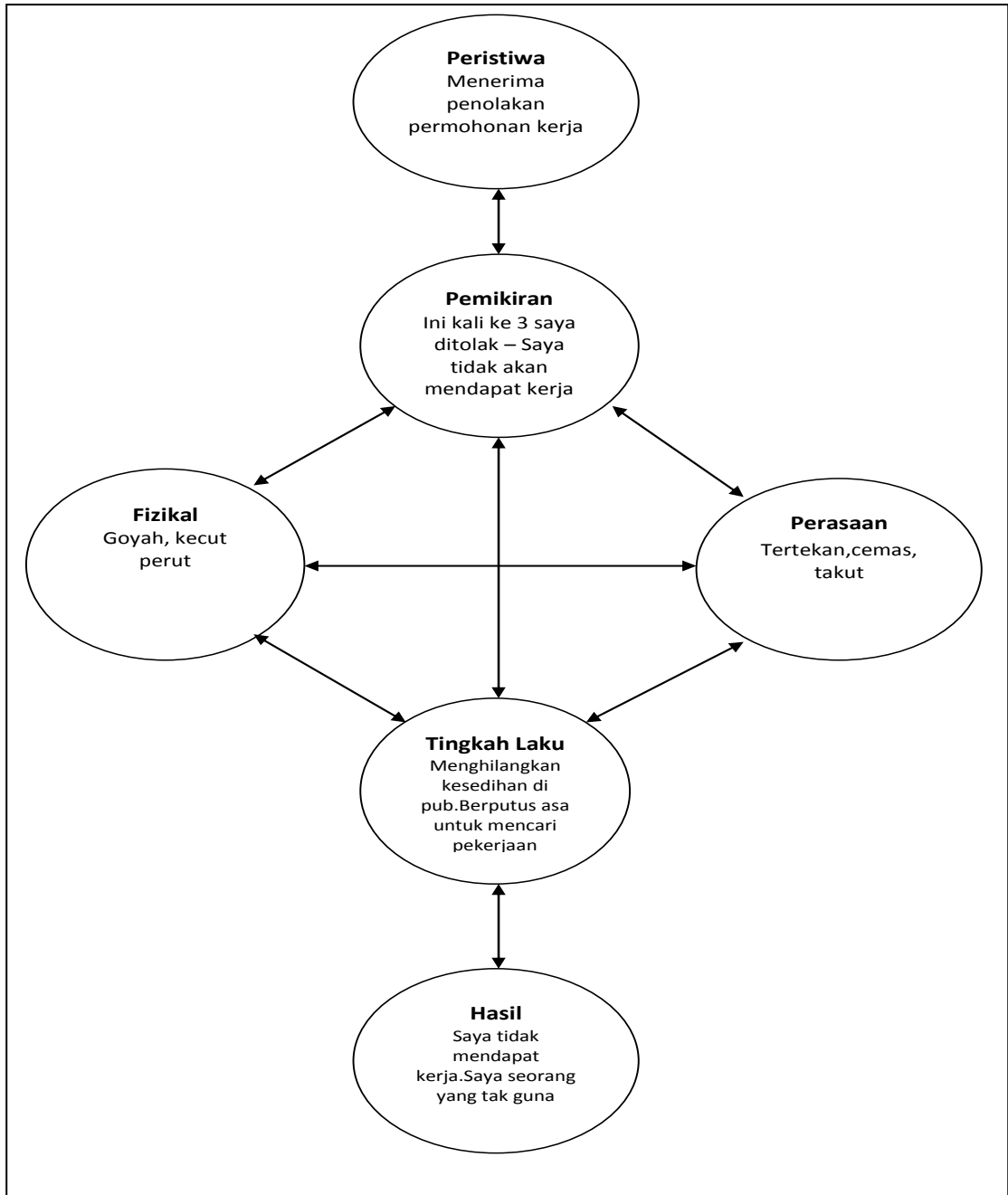
Rajah 1.1 : Model CBT (Wilding & Milne, 2010), m.s. 6.

1.4.3 Kerangka Konseptual Terapi Tingkah Laku Kognitif (CBT)

Kerangka konseptual Terapi Tingkah Laku Kognitif (CBT) dibincangkan dalam kajian ini bertujuan untuk menjelaskan dengan lebih komprehensif bagaimana pengaruh pemikiran atau kognitif memberikan impak yang besar kepada perubahan fizikal, perasaan dan tingkah laku individu. Menurut Beck (2011), Foreman dan Pollard (2011), dan Wilding & Milne (2010) berlakunya persepsi negatif terhadap sesuatu peristiwa yang menimpa diri mereka disebabkan kesilapan dalam cara berfikir '*thinking error*' yang memberi kesan kepada '*Negative Automatic Thoughts*' (NATs) individu. Terdapat tujuh '*thinking error*' yang biasa berlaku kepada individu iaitu: (i) *Black & white thinking* (Pemikiran Hitam Putih iaitu, terlalu ekstrim); (ii) *Catasrophizing* (Pemikiran huru-hara di mana mana takut membuat kesilapan);

(iii) *Overgeneralization* (Pemikiran suka membuat generalisasi melampau); (iv) *Fortune telling* (Pemikiran tenung nasib di mana suka membuat jangkaan mengenai masa hadapan); (v) *Mind reading* (Pemikiran baca minda iaitu suka membuat jangkaan apa orang lain akan fikir terhadap dirinya); (vi) *Mental filter* (Pemikiran menapis minda yang mana fokus kepada perkara negatif dan terlupa perkara positif dalam dirinya); (vii) *Labeling* (Pemikiran melabel di mana sentiasa melabelkan dirinya seorang yang gagal). Justeru bagi membantu pemulihan penagihan dadah, para penagih perlu didedahkan bahawa sindrom '*thinking error*' dan berusaha untuk mengubah pemikiran tersebut dengan menggunakan teknik-teknik tertentu yang terdapat dalam intervensi CBT.

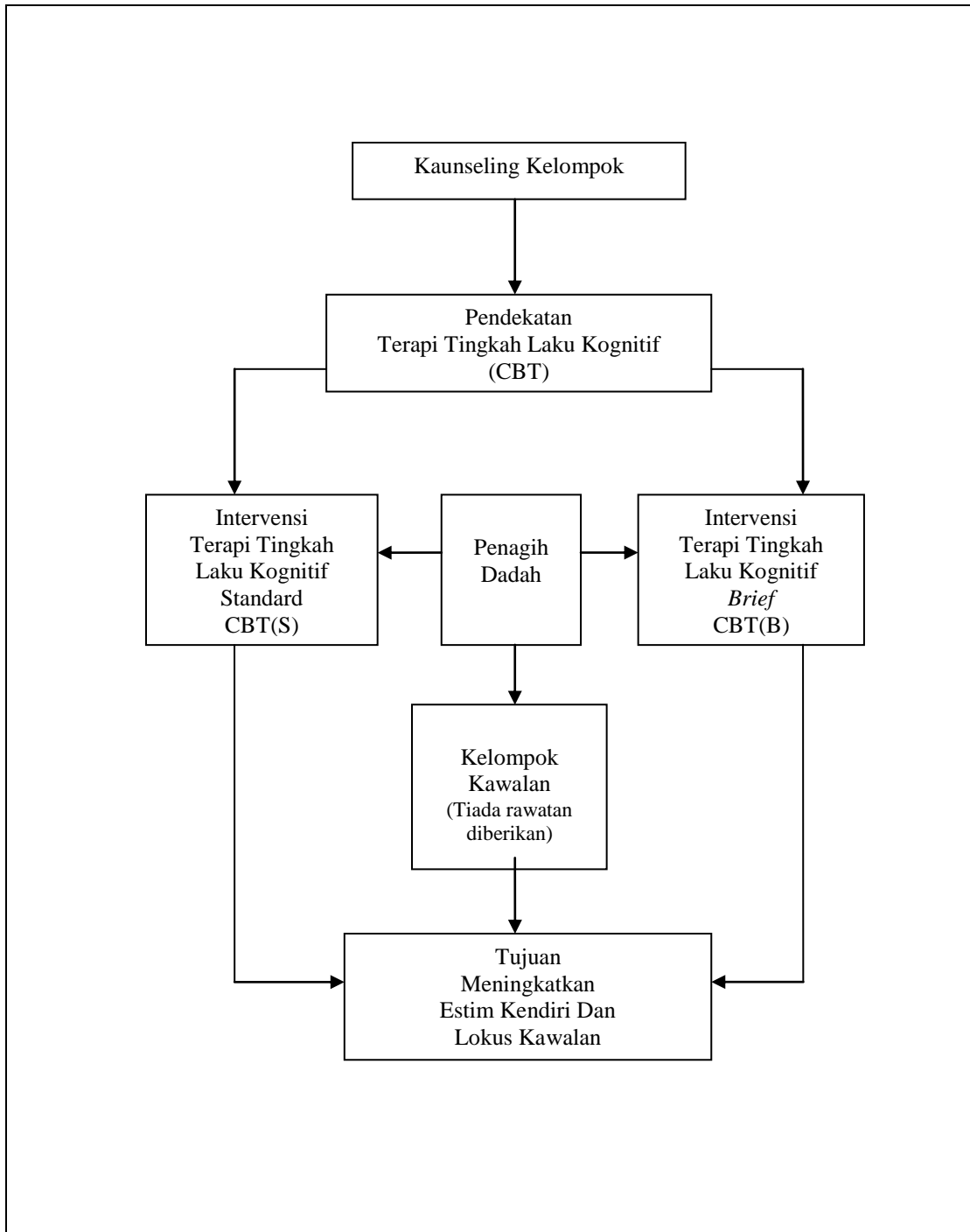
Merujuk kepada Rajah 1.2, menunjukkan kesan daripada penolakan permohonan kerja telah memberikan impak yang besar kepada perasaan individu sehingga menyebabkan rasa tertekan takut dan cemas, manakala turut memberi kesan kepada keadaan fizikal seperti goyah dan kecut perut. Akibatnya individu tersebut mula bertindak melepaskan tekanan di '*Pub*' dan akhirnya membuat kesimpulan bahawa dirinya adalah seorang yang malang dan gagal.



Rajah 1.2: Kerangka Konseptual CBT (Wilding & Milne,2010:23)

1.5 Kerangka Konsep Kajian

Kerangka konsep kajian ini menunjukkan pendekatan Terapi Tingkah Laku Kognitif (CBT) digunakan dalam intervensi kaunseling kelompok terhadap para penagih dadah. Menerusi pendekatan CBT, para penagih dadah akan didedahkan dengan teknik menghapuskan pemikiran negatif dan tidak rasional yang telah mempengaruhi tindak-tanduk kehidupan mereka selama ini menerusi aktiviti yang berpandu serta latihan dan tugas yang harus disempurnakan sepanjang sesi kaunseling kelompok berlangsung. Bagi mengenal pasti keberkesanan intervensi, perbandingan dua kaedah CBT iaitu, intervensi menerusi kaedah Terapi Tingkah Laku Kognitif Standard CBT(S) dan intervensi Terapi Tingkah Laku Kognitif *Brief* [CBT(B)] digunakan ke atas penagih dadah berkenaan. Kedua-dua kaedah ini digunakan dengan tujuan untuk meningkatkan estim sendiri dan lokus kawalan para penagih dadah agar tidak lagi terjebak dengan gejala penagihan dadah. Gambaran yang lebih jelas berkaitan intervensi kaunseling kelompok yang menggunakan pendekatan CBT adalah ditunjukkan menerusi Rajah 1.3.



Rajah 1.3: Kerangka Konsep Kajian