

## **Kesan Intervensi Terapi Kelompok Tingkah Laku Kognitif Bagi Kategori Umur Terhadap Estim Kendiri Penagih Dadah**

Huzili Hussin<sup>1</sup> dan Mohamad Hashim Othman<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universiti Malaysia Perlis

<sup>2</sup>Universiti Sains Malaysia

### **ABSTRAK**

Kajian ini bertujuan untuk menganalisis kesan intervensi terapi kelompok Tingkah Laku Kognitif Standard [CBT(S)] dengan terapi kelompok Tingkah Laku Kognitif Brief [CBT(B)] bagi kategori umur terhadap skor min estim sendiri (EK) 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. Sampel kajian dikategorikan kepada tiga kategori umur, iaitu (a) 19 hingga 29 tahun ( $n = 34$ ); (b) 30 hingga 39 tahun ( $n = 43$ ); dan (c) 40 hingga 60 tahun ( $n = 31$ ). Data dikumpul dengan menggunakan instrumen psikometriks yang standard iaitu; Internal Control Index (Patricia Duttweiler, 1984) dan The Rosenberg Self-Esteem Scale. Analisis deskriptif (min, peratus min dan sisihan piawai) dijalankan untuk melihat perbezaan skor min EK bagi ketiga-tiga kategori umur. Hasil analisis didapati intervensi CBT terhadap kelompok rawatan CBT(S) dan CBT(B) telah berjaya meningkatkan skor min EK berbanding dengan kelompok KW merentasi masa ujian bagi ketiga-tiga kategori umur. Daripada segi perbandingan peningkatan skor min EK, didapati intervensi CBT bagi kelompok rawatan CBT(S) menunjukkan peningkatan yang lebih tinggi berbanding dengan kelompok rawatan CBT(B). Keberkesanan intervensi CBT terhadap kedua-dua kelompok CBT(S) dan CBT(B) bagi ketiga-tiga kategori umur juga ditunjukkan menerusi peningkatan pola perubahan skor min EK pada ujian Pos 1 berbanding ujian Pra, peningkatan ujian Pos 2 berbanding dengan ujian Pos 1 dan peningkatan ujian Pos 3 berbanding dengan ujian Pos 2. Secara keseluruhannya, didapati intervensi kelompok rawatan CBT(S) dan CBT(B) dapat meningkatkan min skor estim sendiri bagi ketiga-tiga kategori umur penagih dadah.

## 1.0 PENDAHULUAN

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.

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 menunjukkan perbandingan penagih baru dan berulang bagi Januari hingga Disember, 2011.

**Jadual 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, pada Januari sehingga Disember 2011 jumlah kes penagihan dadah seramai 11,194 orang di 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).

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 kalangan masyarakat hari ini.

## **2.0 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, estim sendiri adalah diukur secara implisit daripada segi jangkaan dan penentu kadar nilai harga diri seseorang. Justeru, jika seseorang itu mempunyai estim sendiri yang tinggi secara langsung dapat merasakan diri mereka lebih berharga dan berfikiran positif (Bossone, 2011; Kellenhear & Cvetkovski, 2009). Sementara bagi mereka yang mempunyai estim sendiri yang rendah dapat merasakan mereka mempunyai harga diri yang rendah (Wilson & Branch, 2006). Menurut Van Zyl, Cronje dan Payze (2006), estim sendiri 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 sendiri 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 sebatu 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) serta 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 estim sendiri 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 ke pangkuan masyarakat untuk menjalani kehidupan yang normal.

### 3.0 MAKLUMAT DEMOGRAFI SAMPEL KAJIAN

Kajian ini melibatkan 108 sampel kajian yang terdiri daripada tiga kelompok rawatan CBT(S), CBT(B) dan KW. Semua sampel kajian ialah Orang Kena Pengawasan (OKP) di AADK Daerah di tiga buah negeri di utara Malaysia. Jadual 2 menunjukkan maklumat demografi sampel kajian mengikut umur, OKP dan status berdasarkan kelompok rawatan CBT(S), CBT(B) dan KW.

Jadual 2, menunjukkan seramai 10 orang (28%) daripada kelompok CBT(S) dalam kategori umur 19-29 tahun, 18 orang (50%) dalam kategori umur 30-39 tahun dan 8 orang (22%) dalam kategori umur 40-60 tahun. Sementara itu, seramai 15 orang (42%) daripada kelompok CBT(B) dalam kategori umur 19-29 tahun, 12 orang (33%) dalam kategori umur 30-39 tahun dan 9 orang (25%) dalam kategori umur 40-60 tahun. Bagi kelompok KW, seramai 9 orang (25%) dalam kategori umur 19-29 tahun, 13 orang (36%) dalam kategori umur 30-39 tahun dan 14 orang (39%) dalam kategori umur 40-60 tahun.

**Jadual 2 : Maklumat Demografi Sampel Kajian Mengikut Umur, OKP dan Status Perkahwinan Berdasarkan Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) dan KW**

Variabel	Kategori	CBT(S)		CBT(B)		KW	
		Bilangan	Peratus	Bilangan	Peratus	Bilangan	Peratus
Umur	19-29	10	28%	15	42%	9	25%
	30-39	18	50%	12	33%	13	36%
	40-60	8	22%	9	25%	14	39%
JUMLAH		36	100%	36	100%	36	100%

**CBT(S)** = Terapi Tingkah laku Kognitif Standard

**CBT(B)** = Terapi Tngkah Laku Kognitif *Brief*

**KW** = Kelompok Kawalan

**OKP** = Orang Kena Pengawasan

#### 4.0 SOROTAN LITERATUR

Menurut (Westbrook, Kennerly & Kirk, 2009) perkembangan CBT adalah berdasarkan kepada dua pengaruh utama, iaitu pengaruh Terapi Tingkah Laku (*Behaviour Therapy*) yang dibangunkan oleh Wolpe di sekitar tahun 1950 dan 1960an dan pengaruh Terapi Kognitif (*Cognitive Therapy*) yang dibangunkan oleh Beck di sekitar tahun 1970-an. Justeru, hasil daripada penggabungan prinsip-prinsip asas dalam Terapi Tingkah Laku iaitu stimulus dengan respons dan elemen sistem kepercayaan serta membuat interpretasi dan cara berfikir dalam Terapi Kognitif telah menghasilkan Terapi CBT. Secara ringkasnya, Terapi CBT menggabungkan elemen kognitif, emosi, tingkah laku dan fisiologi.

Menurut Stevens dan Craske (2002), secara prinsipnya pendekatan CBT adalah bercirikan kaunseling *Brief* atau '*Brief Counseling*' kerana mementingkan penstrukturan sesi dan tempoh masa dalam melaksanakan sesi kaunseling. Pada kebiasaannya, tempoh sesi yang standard dilakukan ialah 10 hingga 20 sesi. Namun, memandangkan suasana kehidupan mula berubah di 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 & 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, Palmer dan Ruddel, (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.

Secara umumnya kaunseling *Brief* ini telah pun diamalkan semenjak tahun 1949 lagi. Kebanyakan sesi kaunseling yang dijalankan bermula dari tahun 1949 hingga 1979 adalah secara purata antara lima hingga enam sesi sahaja. Malah terdapat juga kajian yang dijalankan menunjukkan hasil keberkesanan sesi kaunseling yang dijalankan selama 12 sesi dan 6 sesi adalah tidak berbeza secara signifikan. Jadi, sesi kaunseling yang lebih singkat ini adalah lebih optimum dilaksanakan (Garfield, 1980). Menurut Dryden (1995), kaunseling *Brief* ini bukan sahaja boleh dilakukan dengan menggunakan pendekatan CBT. sebaliknya terdapat pelbagai lagi pendekatan yang boleh digunakan seperti pendekatan psikodinamik, pendekatan tingkah laku, pendekatan REBT (*Rational Emotive Behavioral Therapy*), pendekatan Gestalt dan juga pendekatan strategik. Walaupun CBT(B) ini kebanyakannya dikaitkan dengan pengurangan kos (Feltham & Dryden, 2004; Stevens & Craske, 2002), namun objektif melaksanakan terapi berkenaan adalah lebih menguntungkan klien kerana tidak melibatkan proses penerokaan masalah yang panjang, sebaliknya lebih menumpukan kepada perubahan tingkah laku dan kognitif klien agar mereka dapat menguasai kemahiran untuk membantu diri sendiri dalam menyelesaikan masalah mereka (Branch & Wilson, 2010; Budman, 1986; Gladding, 2006 Wilding & Milne, 2010).

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).

## 5.0 OBJEKTIF KAJIAN

Terdapat tiga objektif kajian dalam kajian ini, iaitu;

- (i) Mengkaji kesan intervensi kelompok rawatan CBT(S), CBT(B) dan KW terhadap skor min estim sendiri bagi kategori umur 19-29 tahun.
- (ii) Mengkaji kesan intervensi kelompok rawatan CBT(S), CBT(B) dan KW terhadap skor min estim sendiri bagi kategori umur 30-39 tahun.
- (iii) Mengkaji kesan intervensi kelompok rawatan CBT(S), CBT(B) dan KW terhadap skor min estim sendiri bagi kategori umur 40-60 tahun.

## 6.0 METODOLOGI KAJIAN

Pengkaji telah menggunakan pendekatan kuantitatif dalam melaksanakan kajian ini. Penggunaan pendekatan kuantitatif membolehkan objektif kajian yang berhubungan dengan perbezaan skor min estim sendiri dalam kalangan penagih dadah dijawab. Selain itu, kajian ini telah menggunakan pendekatan kuasi eksperimen dengan menggunakan kaedah reka bentuk faktorial bagi tujuan penganalisan data. Seramai 108 penagih dadah telah dipilih dengan menggunakan kaedah persampelan bertujuan. Sampel kajian dikategorikan kepada tiga kategori umur, iaitu (a) 19 hingga 29 tahun ( $n = 34$ ); (b) 30 hingga 39 tahun ( $n = 43$ ); dan (c) 40 hingga 60 tahun ( $n = 31$ ). Data dikumpul dengan menggunakan instrumen psikometriks yang standard iaitu; *Internal Control Index* (Patricia Duttweiler, 1984) dan *The Rosenberg Self-Esteem Scale*. Analisis deskriptif (min, peratus min dan sisihan piawai) dijalankan untuk melihat perbezaan skor min EK bagi ketiga-tiga kategori umur.

Sampel kajian terdiri daripada Orang Kena Pengawasan (OKP) di bawah Seksyen 6(1)(a) iaitu; Perintah majistret kepada penagih dadah agar menjalani rawatan dan pemulihan di CCRC (dahulunya dikenali PUSPEN) dalam tempoh 2 tahun dan selepas itu menjalani pengawasan dalam komuniti di AADK Daerah selama 2 tahun. Sebanyak 3 buah AADK Daerah bagi setiap negeri di Perlis, Kedah dan Pulau Pinang telah dipilih sebagai lokasi kajian. Syarat pemilihan sampel kajian adalah seperti berikut: (i) Memperoleh skor min estim sendiri dan lokus kawalan yang rendah berdasarkan ujian '*Rosenberg Self Esteem Scale*' (Rosenberg, 1965) dan '*Internal Control Index*' (Dutweiler, 1984); (ii) Tahap minimum pendidikan sekurang-kurangnya tamat pembelajaran di peringkat sekolah rendah dan boleh menulis dan membaca; (iii) Bebas dari pengawasan doktor berkaitan penyakit mental dan emosi; dan (iii) bersetuju secara sukarela untuk terlibat dalam kajian ini.

## 7.0 ANALISIS KESAN INTERVENSI KELOMPOK

Bahagian berikut memaparkan hasil analisis kesan intervensi kelompok rawatan CBT(S), CBT(B) dan KW merentasi masa ujian mengikut kategori umur sampel kajian, iaitu (a) 19 hingga 29 tahun; (b) 30 hingga 39 tahun; dan (c) 40 hingga 60 tahun.

### 7.1 Kategori Umur 19 hingga 29 Tahun

Seramai 34 sampel dalam kategori umur 19 hingga 29 tahun yang merangkumi 10 orang dalam kelompok rawatan CBT(S), 15 orang dalam kelompok CBT(B) dan 9 orang dalam kelompok KW. Jadual 3 menunjukkan skor min (*M*), peratus perbezaan min dan sisihan piawai (*SP*) bagi sampel dalam kategori umur antara 19 hingga 29 tahun. Merujuk pada kelompok rawatan CBT(S), didapati skor min EK untuk ujian Pra ialah  $M = 1.56$  ( $SP = .07$ ), ujian Pos 1 ( $M = 2.74$ ;  $SP = .21$ ), ujian Pos 2 ( $M = 3.12$ ;  $SP = .47$ ) dan ujian Pos 3 ( $M = 3.43$ ;  $SP = .59$ ). Terdapat peningkatan min skor EK untuk kelompok CBT(S) merentasi masa ujian. Perbezaan peratus min adalah dikira berdasarkan formula pengiraan seperti berikut;

$$\% \text{ Perbezaan Min} = \frac{\text{Min Pos1} - \text{Min Pra}}{\text{Min Pra}} \times 100$$

**Jadual 3: Profil EK Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) dan KW Merentasi Masa Ujian untuk Kategori Umur 19-29 Tahun**

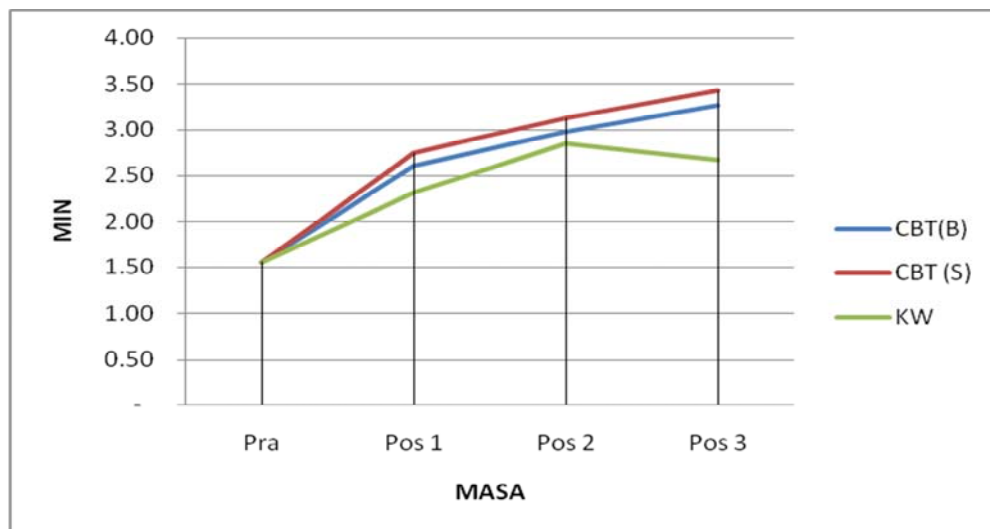
	CBT(S)			CBT(B)			KW		
	<i>M</i>	<i>SP</i>	% Beza Min	<i>M</i>	<i>SP</i>	% Beza Min	<i>M</i>	<i>SP</i>	% Beza Min
Pra	1.56	.07	-	1.55	.07	-	1.55	.09	-
Pos 1	2.74	.21	75.6	2.60	.23	67.7	2.31	.29	49
Pos 2	3.12	.47	13.8	2.97	.40	14.2	2.84	.50	22.9
Pos 3	3.43	.59	9.9	3.26	.65	9.8	2.66	.43	-6.3
Pra-Pos 3			119.8			110.3			71.6



Jadual 3 juga menunjukkan peningkatan min ujian Pos 1 sebanyak 75.6% berbanding min ujian Pra, peningkatan sebanyak 13.8% untuk min ujian Pos 2 berbanding dengan min ujian Pos 1 dan peningkatan sebanyak 9.9% bagi skor min ujian Pos 3 berbanding dengan min ujian Pos 2. Secara keseluruhannya, terdapat peningkatan sebanyak 119.8% antara min ujian Pra dan min pada masa ujian Pos 3.

Bagi kelompok rawatan CBT(B), terdapat peningkatan min skor bagi EK daripada masa ujian Pra ialah  $M = 1.55$  ( $SP = .07$ ), ujian Pos 1 ( $M = 2.60$ ;  $SP = .23$ ), ujian Pos 2 ( $M = 2.97$ ;  $SP = .40$ ) dan ujian Pos 3 ( $M = 3.26$ ;  $SP = .65$ ). Daripada segi perbezaan peratus min, terdapat peningkatan min ujian Pos 1 sebanyak 67.7% berbanding min ujian Pra, peningkatan sebanyak 14.2% untuk perbezaan min ujian Pos 2 berbanding dengan min ujian Pos 1 dan peningkatan sebanyak 9.8% bagi skor min ujian Pos 3 berbanding dengan min ujian Pos 2. Secara keseluruhannya, terdapat peningkatan sebanyak 110.3% antara min ujian Pra dan min pada masa ujian Pos 3.

Sementara itu, dalam kelompok KW didapati skor min EK untuk masa ujian Pra ialah  $M = 1.55$  ( $SP = .09$ ), ujian Pos 1 ( $M = 2.31$ ;  $SP = .29$ ), ujian Pos 2 ( $M = 2.84$ ;  $SP = .50$ ) dan ujian Pos 3 ( $M = 2.66$ ;  $SP = .43$ ). Daripada segi perbezaan peratus min, peningkatan min ujian Pos 1 sebanyak 49% berbanding min ujian Pra, peningkatan sebanyak 22.9% untuk perbezaan min ujian Pos 2 berbanding dengan min ujian Pos 1 dan penurunan sebanyak -6.3% bagi skor min ujian Pos 3 berbanding dengan min ujian Pos 2. Secara keseluruhannya, terdapat peningkatan sebanyak 71.6% antara min ujian Pra dan min pada masa ujian Pos 3. Huraian berkaitan pola perubahan min skor EK untuk setiap kelompok rawatan dan kawalan merentasi masa ditunjukkan dalam Rajah 1.



**Rajah 1: Pola Perubahan Min Skor EK bagi Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) dan KW Merentasi Masa Ujian untuk Kategori Umur 19-29 Tahun**

Rajah 1 menunjukkan pola profil perubahan min skor EK bagi kelompok rawatan CBT(S), CBT(B) dan KW merentasi masa ujian untuk kategori umur antara 19 hingga 29 tahun. Rajah 1 menunjukkan pada masa ujian Pra, min antara kelompok rawatan dan kawalan didapati hampir sama CBT(S) ( $M = 1.56$ ;  $SP = .07$ ), CBT(B) ( $M = 1.55$ ;  $SP = .07$ ) dan KW ( $M = 1.55$ ;  $SP = .09$ ). Namun pada ujian Pos 1, min untuk kelompok CBT(S) ( $M = 2.74$ ;  $SP = .21$ ) adalah lebih tinggi berbanding dengan min CBT(B) ( $M = 2.60$ ;  $SP = .23$ ) dan KW ( $M = 2.31$ ;  $SP = .29$ ). Pola yang sama ditunjukkan pada ujian Pos 2. Min untuk CBT(S) ( $M = 3.12$ ;  $SP = .47$ ) adalah lebih tinggi daripada min CBT(B) ( $M = 2.97$ ;  $SP = .40$ ) dan KW ( $M = 2.84$ ;  $SP = .50$ ). Begitu juga dengan Ujian Pos 3, min untuk CBT(S) ( $M = 3.43$ ;  $SP = .59$ ) adalah lebih tinggi daripada CBT(B) ( $M = 3.26$ ;  $SP = .65$ ) dan KW ( $M = 2.66$ ;  $SP = .43$ ). Rajah 1 juga menunjukkan min skor EK pada ujian Pos 3 untuk kelompok KW lebih rendah berbanding min skor ujian Pos 2.

Dapat dirumuskan bahawa, menerusi perbezaan skor dan peratus min EK serta pola perubahan min skor EK didapati kelompok rawatan CBT(S) lebih berkesan meningkatkan skor min EK berbanding dengan kelompok CBT(B) dan KW merentasi masa ujian untuk kategori umur 19-29 tahun. Sementara itu, kelompok rawatan CBT(B) adalah lebih berkesan meningkatkan min skor EK merentasi masa ujian berbanding kelompok KW

## 7.2 Kategori Umur 30 hingga 39 Tahun

Seramai 43 orang sampel dalam kategori umur antara 30 hingga 39 tahun yang merangkumi 18 orang dalam kelompok rawatan CBT(S), 12 orang dalam kelompok CBT(B) dan 13 orang dalam kelompok KW. Jadual 4 menunjukkan skor min (*M*), peratus perbezaan min dan sisihan piawai (*SP*) bagi sampel dalam kategori umur antara 30 hingga 39 tahun.

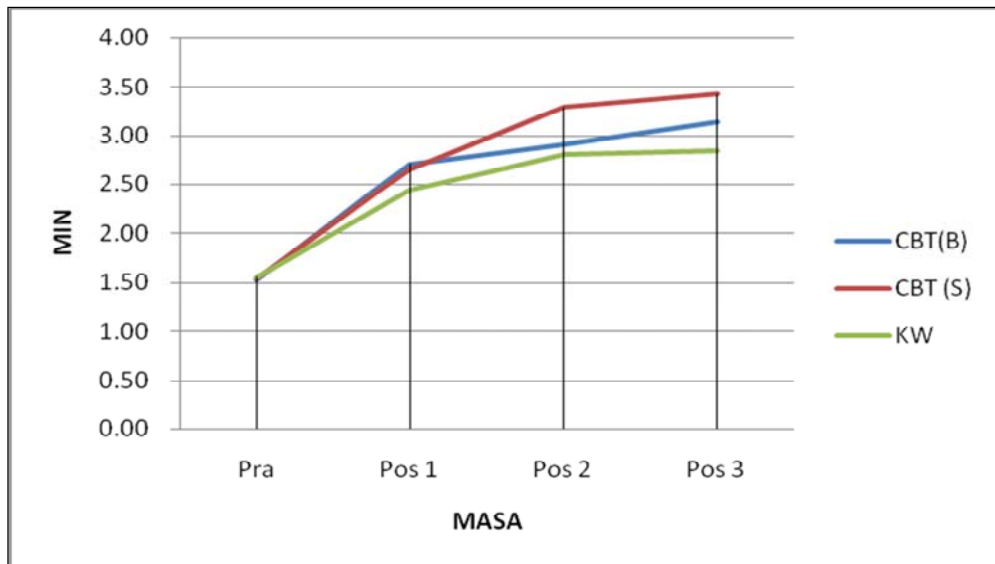
**Jadual 4: Profil EK Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) dan KW Merentasi Masa Ujian untuk Kategori Umur 30-39 Tahun**

	CBT(S)			CBT(B)			KW		
	<i>M</i>	<i>SP</i>	% Beza Min	<i>M</i>	<i>SP</i>	% Beza Min	<i>M</i>	<i>SP</i>	% Beza Min
Pra	1.54	0.08	-	1.53	0.05	-	1.56	0.06	-
Pos 1	2.66	0.47	72.7	2.71	0.53	77.1	2.44	0.21	56.4
Pos 2	3.29	0.45	23.7	2.91	0.43	7.4	2.81	0.45	15.2
Pos 3	3.43	0.77	4.3	3.13	0.67	7.6	2.84	0.77	1.1
Pra-Pos 3			122.7			104.6			82

Merujuk kepada kelompok rawatan CBT(S) dalam Jadual 4, menunjukkan skor min EK untuk ujian Pra ialah  $M = 1.54$  ( $SP = .08$ ), ujian Pos 1 ( $M = 2.66$ ;  $SP = .47$ ), ujian Pos 2 ( $M = 3.29$ ;  $SP = .45$ ) dan ujian Pos 3 ( $M = 3.43$ ;  $SP = .77$ ). Sementara untuk kelompok rawatan CBT(B), min skor bagi EK untuk masa ujian Pra ialah  $M = 1.53$  ( $SP = .05$ ), ujian Pos 1 ( $M = 2.71$ ;  $SP = .53$ ), ujian Pos 2 ( $M = 2.91$ ;  $SP = .43$ ) dan ujian Pos 3 ( $M = 3.13$ ;  $SP = .67$ ). Bagi kelompok KW pula, skor min EK untuk masa ujian Pra ialah  $M = 1.56$  ( $SP = .06$ ), ujian Pos 1 ( $M = 2.44$ ;  $SP = .21$ ), ujian Pos 2 ( $M = 2.81$ ;  $SP = .45$ ) dan ujian Pos 3 ( $M = 2.84$ ;  $SP = .77$ ). Terdapat peningkatan min skor EK untuk ketiga-tiga kelompok CBT(S), CBT(B) dan KW merentasi masa ujian.

Jadual 4 juga menunjukkan secara keseluruhannya terdapat peningkatan sebanyak 119.8% antara min ujian Pra dan min pada masa ujian Pos 3 bagi kelompok rawatan CBT(S), peningkatan sebanyak 110.3% antara min ujian Pra dan min pada masa ujian Pos 3 bagi kelompok rawatan CBT(B) dan terdapat peningkatan sebanyak 71.6% antara min ujian Pra dan min pada masa ujian Pos 3 bagi kelompok KW. Huraian berkaitan pola perubahan min skor EK untuk setiap kelompok rawatan dan kawalan merentasi masa ditunjukkan dalam Rajah 2.

Rajah 2 menunjukkan pola profil perubahan min skor EK bagi kelompok rawatan CBT(S), CBT(B) dan KW merentasi masa ujian berdasarkan umur sampel kajian antara 30 hingga 39 Tahun.



**Rajah 2: Pola perubahan Min Skor EK bagi Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) dan KW Merentasi Masa Ujian untuk Kategori Umur 30-39 Tahun**

Sementara itu, Rajah 2 menunjukkan pada masa ujian Pra, min antara kelompok rawatan dan kawalan didapati hampir sama CBT(S) ( $M = 1.54$ ;  $SP = .08$ ), CBT(B) ( $M = 1.53$ ;  $SP = .05$ ) dan KW ( $M = 1.56$ ;  $SP = .06$ ). Pada Ujian Pos 1, min untuk CBT(S) ( $M = 2.66$ ;  $SP = .47$ ) adalah lebih rendah daripada CBT(B) ( $M = 2.71$ ;  $SP = .53$ ) dan lebih tinggi berbanding kelompok KW ( $M = 2.44$ ;  $SP = .21$ ). Pada ujian Pos 2, min untuk CBT(S) ( $M = 3.29$ ;  $SP = .45$ ) adalah lebih tinggi daripada CBT(B) ( $M = 2.91$ ;  $SP = .43$ ) dan KW ( $M = 2.81$ ;  $SP = .45$ ). Begitu juga dengan Ujian Pos 3, min untuk CBT(S) ( $M = 3.43$ ;  $SP = .77$ ) adalah lebih tinggi daripada CBT(B) ( $M = 3.13$ ;  $SP = .67$ ) dan KW ( $M = 2.84$ ;  $SP = .77$ ).

Secara rumusannya, menerusi perbezaan skor dan peratus min EK serta pola perubahan min skor EK didapati kelompok rawatan CBT(S) lebih berkesan meningkatkan skor min EK berbanding dengan kelompok CBT(B) dan KW merentasi masa ujian untuk kategori umur 30-39 tahun. Sementara itu, kelompok rawatan CBT(B) lebih berkesan meningkatkan skor min EK berbanding kelompok KW.

### 7.3 Kategori Umur 40 hingga 60 Tahun

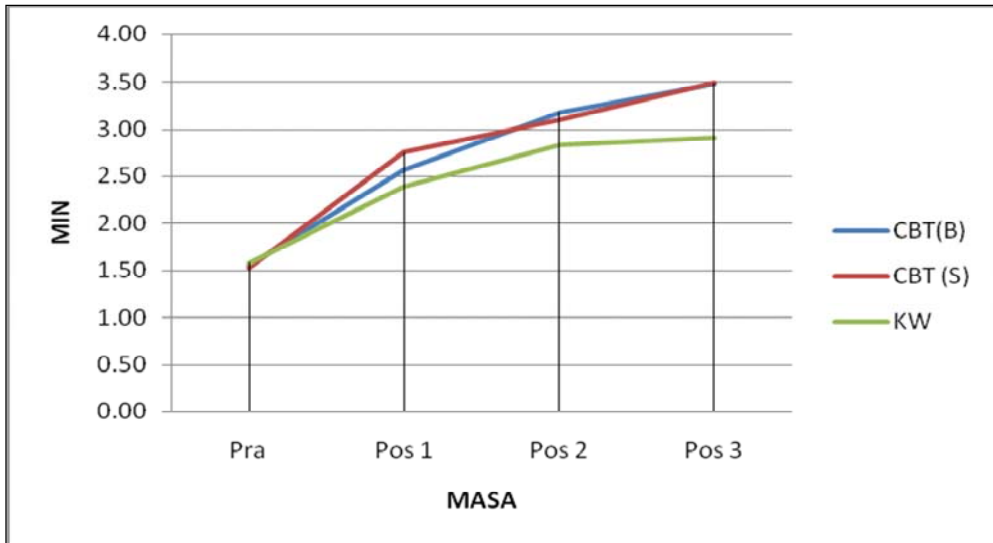
Seramai 31 sampel dalam kategori umur antara 40 hingga 60 tahun yang merangkumi lapan orang dalam kelompok rawatan CBT(S), sembilan orang dalam kelompok CBT(B) dan 14 orang dalam kelompok KW. Jadual 5 menunjukkan skor min (*M*), peratus perbezaan min dan sisihan piawai (*SP*) bagi sampel dalam kategori umur antara 40 hingga 60 tahun.

**Jadual 5: Profil EK Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) dan KW Merentasi Masa Ujian untuk Kategori Umur 40-60 Tahun**

	CBT(S)			CBT(B)			KW		
	<i>M</i>	<i>SP</i>	% Beza Min	<i>M</i>	<i>SP</i>	% Beza Min	<i>M</i>	<i>SP</i>	% Beza Min
Pra	1.53	0.06	-	1.55	0.08	-	1.58	0.07	-
Pos 1	2.75	0.28	79.7	2.57	0.20	65.8	2.39	0.30	51.3
Pos 2	3.10	0.49	12.7	3.18	0.30	23.7	2.83	0.49	18.4
Pos 3	3.49	0.52	12.6	3.48	0.44	9.4	2.91	0.42	2.8
Pra-Pos 3			128.1			124.5			84.2

Merujuk kepada kelompok rawatan CBT(S), didapati skor min EK untuk ujian Pra ialah  $M = 1.53$  ( $SP = .06$ ), ujian Pos 1 ( $M = 2.75$ ;  $SP = .28$ ), ujian Pos 2 ( $M = 3.10$ ;  $SP = .49$ ) dan ujian Pos 3 ( $M = 3.49$ ;  $SP = .52$ ). Sementara untuk kelompok rawatan CBT(B), min skor bagi EK untuk masa ujian Pra ialah  $M = 1.55$  ( $SP = .08$ ), ujian Pos 1 ( $M = 2.57$ ;  $SP = .20$ ), ujian Pos 2 ( $M = 3.18$ ;  $SP = .30$ ) dan ujian Pos 3 ( $M = 3.48$ ;  $SP = .44$ ). Bagi kelompok KW pula, skor min EK untuk masa ujian Pra ialah  $M = 1.58$  ( $SP = .07$ ), ujian Pos 1 ( $M = 2.39$ ;  $SP = .30$ ), ujian Pos 2 ( $M = 2.83$ ;  $SP = .49$ ) dan ujian Pos 3 ( $M = 2.91$ ;  $SP = .42$ ). Terdapat peningkatan min skor EK untuk ketiga-tiga kelompok CBT(S), CBT(B) dan KW merentasi masa ujian.

Jadual 5 juga menunjukkan secara keseluruhannya terdapat peningkatan sebanyak 128.1% antara min ujian Pra dan min pada masa ujian Pos 3 bagi kelompok rawatan CBT(S), peningkatan sebanyak 124.5% antara min ujian Pra dan min pada masa ujian Pos 3 bagi kelompok rawatan CBT(B) dan terdapat peningkatan sebanyak 84.2% antara min ujian Pra dan min pada masa ujian Pos 3 bagi kelompok KW. Huraian berkaitan pola perubahan min skor EK untuk setiap kelompok rawatan dan kawalan merentasi masa ditunjukkan dalam Rajah 3.



**Rajah 3: Pola Perubahan Min Skor EK bagi Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) dan KW Merentasi Masa Ujian untuk Kategori Umur 40-60 Tahun**

Rajah 3 menunjukkan pola profil perubahan min skor EK bagi kelompok rawatan CBT(S), CBT(B) dan KW merentasi masa ujian berdasarkan umur sampel kajian antara 40 hingga 60 tahun. Sementara itu, Rajah 3 juga menunjukkan pada masa ujian Pra, min antara kelompok rawatan dan kelompok kawalan didapati hampir sama CBT(S) ( $M = 1.53$ ;  $SP = .06$ ), CBT(B) ( $M = 1.55$ ;  $SP = .08$ ) dan KW ( $M = 1.58$ ;  $SP = .07$ ). Pada Ujian Pos 1, min untuk CBT(S) ( $M = 2.75$ ;  $SP = .28$ ) adalah lebih tinggi daripada CBT(B) ( $M = 2.57$ ;  $SP = .20$ ) dan KW ( $M = 2.39$ ;  $SP = .30$ ). Pada ujian Pos 2, min untuk CBT(S) ( $M = 3.10$ ;  $SP = .49$ ) adalah lebih rendah daripada CBT(B) ( $M = 3.18$ ;  $SP = .30$ ) dan lebih tinggi berbanding kelompok KW ( $M = 2.83$ ;  $SP = .49$ ). Pada Ujian Pos 3, min untuk CBT(S) ( $M = 3.49$ ;  $SP = .52$ ) adalah lebih tinggi daripada CBT(B) ( $M = 3.48$ ;  $SP = .44$ ) dan KW ( $M = 2.91$ ;  $SP = .42$ ).

Dapat dirumuskan bahawa, menerusi perbezaan skor dan peratus min EK serta pola perubahan min skor EK pada Rajah 3 menunjukkan kelompok rawatan CBT(S) lebih berkesan meningkatkan min skor EK berbanding dengan kelompok CBT(B) dan kelompok KW merentasi masa ujian untuk kelompok umur 40-60 tahun walaupun berlaku penurunan min skor EK pada ujian Pos 2. Selain itu, kelompok rawatan CBT(B) lebih berkesan berbanding kelompok KW.

## 8.0 PERBINCANGAN

Analisis profil EK bagi kelompok rawatan CBT(S), CBT(B) dan KW merentasi masa ujian telah dilakukan kepada tiga kategori peringkat umur, iaitu; (i) 19 hingga 29 tahun; (ii) 30 hingga 39 tahun; dan (iii) 40 hingga 60 tahun. Berdasarkan kepada hasil analisis deskriptif (min, peratus perbezaan min dan sisihan piawai) didapati intervensi CBT terhadap kelompok rawatan CBT(S) dan CBT(B) telah berjaya meningkatkan skor min EK berbanding dengan kelompok KW merentasi masa ujian bagi ketiga-tiga kategori peringkat umur. Sementara itu, daripada segi perbandingan peningkatan skor min EK didapati intervensi CBT bagi kelompok rawatan CBT(S) menunjukkan peningkatan yang lebih tinggi berbanding dengan kelompok rawatan CBT(B). Keberkesanan intervensi CBT terhadap kedua-dua kelompok CBT(S) dan CBT(B) bagi ketiga-tiga kategori peringkat umur juga ditunjukkan menerusi peningkatan pola perubahan skor min EK pada ujian Pos 1 berbanding ujian Pra, peningkatan ujian Pos 2 berbanding dengan ujian Pos 1 dan peningkatan ujian Pos 3 berbanding dengan ujian Pos 2.

Berdasarkan kepada analisis profil EK bagi ketiga-tiga kategori peringkat umur terhadap kelompok rawatan CBT(S), CBT(B) dan KW didapati faktor perbezaan umur tidak mempengaruhi dapatan kajian kerana menunjukkan hasil yang sama, iaitu; (i) Intervensi CBT berjaya meningkatkan skor min EK bagi kelompok CBT(S) dan CBT(B) berbanding KW bagi semua peringkat umur; dan (ii) intervensi CBT bagi kelompok rawatan CBT(S) menunjukkan peningkatan skor min EK yang lebih tinggi berbanding dengan kelompok rawatan CBT(B) bagi semua peringkat umur. Dapatan kajian ini selari dengan pandangan Mohd. Mansur (1993) bahawa faktor umur tidak boleh dijadikan ukuran pada diri individu dalam penerimaan kaunseling, sebaliknya faktor kerelaan klien penting semasa menjalani kaunseling seperti mempunyai sifat keterbukaan dan membahaskan masalahnya bagi menentukan matlamat perubahan tingkah lakunya untuk merancang masa depan.

Selain itu, dapatan kajian ini juga selari dengan kajian persepsi keberkesanan perkhidmatan kaunseling yang telah dilakukan oleh Zukhairi dan Mahmood (2007). Menerusi kajian tersebut, didapati tidak terdapat hubungan yang signifikan antara umur penghuni terhadap program kaunseling dengan fasa rawatan mereka. Sementara itu, dapatan kajian ini juga bercanggah dengan kajian yang dilakukan oleh Brantner (1987) yang mendapati kaunseling kelompok tidak sesuai dilakukan untuk golongan tua kerana sudah tidak berupaya membentuk kejelekitan dalam kelompok, sedangkan menerusi kajian ini sampel kajian yang berumur 40 hingga 60 tahun masih berupaya meningkatkan skor min EK hasil intervensi CBT menerusi kaunseling kelompok.

Memandangkan faktor perbezaan mengikut kategori umur tidak mempengaruhi dapatan kajian, maka peningkatan skor min EK bagi ketiga-tiga kategori peringkat umur terhadap kelompok rawatan CBT(S) dan CBT(B) berkemungkinan besar disebabkan oleh input modul yang telah dibina oleh pengkaji serta penggunaan teknik-teknik CBT sepanjang intervensi telah berjaya memberikan kesedaran dan kemahiran meningkatkan estim sendiri dan lokus kawalan dalaman mereka. Sementara itu, peningkatan skor min EK berkemungkinan besar disebabkan oleh proses kaunseling kelompok yang telah menerapkan hubungan terapeutik antara kaunselor dan sesama mereka. Selain itu, kaedah kaunseling kelompok yang sistematik dan tersusun serta latihan kemahiran yang berkesan kepada para kaunselor yang mengendalikan intervensi juga berkemungkinan meningkatkan skor min EK bagi kedua-dua kelompok rawatan CBT(S) dan CBT(B).

## 9.0 RUMUSAN

Hasil analisis profil EK bagi ketiga-tiga kategori peringkat umur juga menunjukkan; (i) Pola perubahan skor min EK adalah begitu ketara pada ujian Pos 1 berbanding dengan ujian Pra; (ii) Pola perubahan skor min LK dalam kelompok kawalan (KW) agak mendatar berbanding dengan pola perubahan skor min EK bagi ketiga-tiga kategori peringkat umur; dan (iii) Perbezaan pola perubahan skor min EK yang hampir sama bagi ketiga-tiga kategori peringkat umur. Hal ini menunjukkan faktor umur tidak mempengaruhi pola perubahan skor min EK. Justeru, perbezaan pola perubahan skor min EK bagi ketiga-tiga kategori peringkat umur berkemungkinan besar disebabkan oleh penggunaan beberapa teknik CBT yang cukup berkesan sepanjang proses intervensi mengikut masa ujian.

## RUJUKAN

- Agensi Anti Dadah Kebangsaan. (2008). *Maklumat Dadah 2008*. Kuala Lumpur: Agensi Anti Dadah Kebangsaan.
- Agensi Anti Dadah Kebangsaan. (2011). *Laporan Dadah Disember 2011*. Kuala Lumpur: Agensi Anti Dadah Kebangsaan.
- Bossone, K. (2011). *Why Positive Thinkers Have The Power*. Petaling Jaya: Advantage Quest Publications.



- Branch, R., & Wilson, R. (2010). *Cognitive Behavioural Therapy for Dummies 2<sup>nd</sup> edition*. England: John Wiley & Sons, Ltd.
- Brantner, J. (1987). Intimacy, aging and chemical dependency. *Journal of Chemical Dependence Treatment*, 1, 261-268.
- Budman, S. H. (1986). *Forms of Brief Therapy*. New York: Guilford Press.
- Carroll, K. M. (1998). *Therapy manuals for drug addiction, Cognitive Behavioral Approach: Treating Cocaine Addiction*. Maryland: National Institute on Drug Abuse (NIDA).
- Clarke, J., & Nicholson, J. (2011). *Resilience, bounce back from whatever life throws at you*. Singapore: Advantage Quest Publications.
- Coombs, R. H., & Howatt, W. A. (2005). *The addiction counselor's desk reference*. Hoboken, New Jersey: Wiley
- Curwen, B., Palmer, S., & Ruddel, P. (2000). *Brief cognitive Behaviour therapy*. London: SAGE Publications.
- Dryden, W. (1995). *Brief Rational Emotive Behavior Therapy*. Chichester: Wiley.
- Duttweiler, P. C. (1984). The Internal Control Index: A Newly Developed Measure of Locus of Control. *Educational and Psychological Measurement* 1984; 44; 209. doi: 10.1177/0013164484442004.
- Feltham, C., & Dryden, W. (2004). *Dictionary of counseling*, (2<sup>nd</sup> ed.). London: Whurr Publishers Ltd.
- Garfield, S. (1980). *Psychotherapy: An Eclectic Approach*. New York: Wiley.
- Garfield, S., & Bergin, A. (1994). *Handbook of psychotherapy and behavioral change* (4<sup>th</sup> ed.). New York: Wiley.
- Gladding, S. T. (2006). *Counseling a comprehensive profession* (6<sup>th</sup> ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Kellenhear, A., & Cvetkovski, S. (2009). Grand theories of drug use. dalam *Drug use in Australia, preventing harm 2<sup>nd</sup> (ed.)*. Australia: Oxford University Press.

- Kominars, K., & Dornheim, L. (2004). Group approaches in substance abuse treatment in *Handbook of Group Counseling and Psychotherapy*. USA: Sage Publications.
- Mahmood Nazar Mohamed. (1991). Usaha kerajaan dalam pemulihan penagih dadah: Kesan, Cabaran dan Masalah. *Jurnal Parlimen Malaysia*, II(I), 44-48.
- Miller, G. (2010). *Learning the language of addiction counseling (3<sup>rd</sup> ed.)*. Canada: John Wiley & Sons, Inc.
- Mohd. Mansur Abdullah. (1993). *Kaunseling teori, proses dan kaedah*. Kuala Lumpur: Fajar Bakti.
- Mohd Rafidi Jusoh. (2008). Rancangan pemulihan klien: Asas dan aplikasi untuk profesional pemulihan. *Jurnal Antidadah Malaysia*, 3 & 4, 57-73.
- Piper, W. E., & Ogrodniczuk, J. S. (2004). Brief group therapy in *Handbook of Group Counseling and Psychotherapy*. California: Sage Publications, Inc.
- Preston, J. (1988). *Integrative brief therapy*. San Luis Obispo. CA: Impact.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self image*. Princeton: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving The Self*. New York: Basic Books.
- Shaw, F. B., Ritvo, P. & Irvine, J. (2005). *Addiction and recovery for dummies*. New Jersey: Wiley Publishing, Inc.
- Stevens, H., H. & Craske, M., G. (2002). Brief Cognitive-Behavioral Therapy: definition and Scientific Foundations dalam *Handbook of Brief Cognitive Behavior Therapy*. New York: John Wiley & Sons.
- Stevens, P., & Smith, R. L. (2005). *Substance abuse counseling: Theory and practice*. Upper Saddle River. NJ: Merrill Prentice Hall.
- Van Zyl, J. D., Cronje, E., & Payze, C. (2006). Low self-esteem of psychotherapy patients: A qualitative inquiry. *The Qualitative Report*, 11(1), 182-208. Retrieved [10.02.2010], from <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR11-1/vanzyl.pdf>.

- Westbrook, D., Kennerly, H., & Kirk, J. (2009). *An introduction to Cognitive Behaviour Therapy; skills and applications*. London: SAGE Publications Ltd.
- White, J., & Keenan, M. (1990). Stress Control: A Pilot Study of Large Group Therapy for Generalized Anxiety Disorder. *Behavioural Psychotherapy*, 18, 143-146. doi: 10.1017/S0141347300018267.
- Wilding, C., & Milne, A. (2010). *Teach Yourself Cognitive Behavioural Therapy*. USA: McGraw-Hill.
- Wilson, R., & Branch, R. (2006) *Cognitive Behavioural Therapy for Dummies*. England: John Wiley & Sons, Ltd.
- Zukhairi Ahmad, & Mahmood Nazar Mohamad. (2007). Keberkesanan program kaunseling rawatan dan pemulihan dadah dari perspektif penghuni Pusat Serenti. *Jurnal Antidadah Malaysia*. 2(2), 13-28.