

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

HUZILI BIN HUSSIN

**UNIVERSITI SAINS MALAYSIA
2013**

© This item is protected by original copyright

**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

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

© This item is protected by original copyright

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 Faktorial	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 3x4 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

© This item is protected by original copyright

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.

© This item is protected by original copyright

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.

© This item is protected by original copyright

© This item is protected by original copyright

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, diperolehi 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