

## **KESAN KAUNSELING KELOMPOK PENYESUAIAN REMAJA TERHADAP RESILIEN DALAM KALANGAN REMAJA BERISIKO MENGAMBIL DADAH**

Mohammad Nasir Bistamam, Samsiah Mohd Jais, Aslina Ahmad, Amelia Mohd Noor,  
Ahmad Jazimin Jusoh, Muhammad Bazlan Mustafa, Noraini Hj. Ismail, Faizura Rohaizad,  
Mohd Noor Idris

*Jabatan Psikologi dan Kaunseling,  
Fakulti Pendidikan dan Pembangunan Manusia,  
Universiti Pendidikan Sultan Idris,  
35900 Tanjong Malim, Perak*

### **Abstrak**

Kajian eksperimen kuasi ini bertujuan mengukur kesan Kaunseling Kelompok Penyesuaian Remaja (KKPR) terhadap Resilien (RES) serta subkonstruk RES iaitu Optimistik (OP), Kawalan Diri (KD) dan Hadapi Cabaran (HD) dalam kalangan remaja berisiko mengambil dadah. Dua pembolehubah moderator turut diuji dalam kajian ini iaitu gender subjek dan gender fasilitator. Kajian ini melibatkan 90 subjek (45 lelaki dan 45 perempuan) yang diagihkan kepada 6 kelompok iaitu 2 kelompok rawatan lelaki (30 subjek), 2 kelompok rawatan perempuan (30 subjek) dan 2 kelompok kawalan (30 subjek). KKPR dikendalikan oleh 6 fasilitator (3 lelaki dan 3 perempuan). Data kajian dikumpul berdasarkan pra ujian dan pos ujian berbentuk laporan sendiri menerusi IRBMD yang mempunyai nilai kesahan keseluruhan .82 dan nilai kebolehpercayaan keseluruhan .81. Data seterusnya dianalisis secara deskriptif menggunakan analisis perbandingan min dan secara statistik menggunakan ANCOVA, MANCOVA dan Post Hoc. Hasil kajian menunjukkan KKPR berkesan ke atas RES dan subkonstruk RES iaitu KD, HC dan HC. Di samping itu hasil kajian juga menunjukkan tidak terdapat perbezaan kesan gender subjek dan gender fasilitator terhadap rawatan. Adalah dicadangkan agar pendekatan pencegahan dadah perlu ditingkatkan sebagai salah satu usaha intervensi peringkat awal.

**Kata kunci** Resilien, Remaja Berisiko Mengambil Dadah dan  
Kaunseling Kelompok Penyesuaian Remaja

### ***Abstract***

*The aim of this quasi-experiment study is to measure the effect of Adolescent-Adjustment Group Counselling KKPR to resilience (RES) and its subcontracts; optimistic (OP), self-control (KD) and overcoming challenge (HD) among adolescents who are at-risk of substance abuse. Two moderator variables which are subject's gender and facilitator's gender are also tested in this study. A total of 90 subjects (45 males and 45 females) are divided into 6 groups; 2 male therapy groups (30 subjects), 2 female therapy groups (30 subjects) and 2 control groups (30 subjects). KKPR is conducted by 6 facilitators (3 males and 3 females). Data is collected based pre and post-test on self-assessment IRBMD which has overall validity of 0.82 and reliability of 0.81. Sets of data are analysed by using mean, MANCOVA, and Pos Hoc with significant level of 0.05. Result of this study shows that KKPR is effective against RES and its subcontracts; KD, OP, and HC. The result also shows that gender of subjects and facilitators does not affect the effectiveness of therapy. Therefore, an early intervention for preventative measure is recommended adolescents who are at high risk of substance abuse.*

**Keywords**      *Resilience, high risk adolescents of substance abuse, Adolescent-Adjustment Counselling Group*

### **LATAR BELAKANG**

Bedasarkan kepada data yang dikeluarkan oleh Agensi Anti Dadah Kebangsaan (AADK 2010), kes penyalahgunaan dadah di Malaysia sentiasa beruncing dari setahun ke setahun. Berdasarkan kepada pelbagai kajian menunjukkan bahawa telah berlaku peningkatan kes penagihan dadah sama ada kes berulang atau kes baru di negara kita yang melibatkan semua kaum terbesar iaitu Melayu, Cina, India dan termasuk juga Pribumi Sabah dan Sarawak (AADK 2010 dan Mohammad Nasir et.al 2013a). Bertambah mendukacitakan golongan belia adalah teramai terlibat dalam penagihan dadah. Malahan adalah sungguh malang apabila remaja seusia bawah 18 tahun juga telah mula terlibat dalam penagihan dadah (AADK 2010).

Di samping penagih yang sedia ada, ramai pula penagih baru yang telah dikesan saban tahun. Dalam masa yang sama kes-kes relaps atau penagih berulang juga semakin meningkat. Antara bandar-bandar utama yang mencatatkan bilangan penagih yang dikesan adalah Kuala Lumpur, diikuti dengan Shah Alam dan Ipoh. Bilangan penagih lelaki adalah jauh lebih tinggi berbanding dengan penagih wanita. Bilangan penagih yang dikesan berdasarkan kaum pula menunjukkan Melayu adalah tertinggi dengan

diikuti oleh kaum Cina India, Pribumi Sabah, Pribumi Sarawak dan lain-lain. Namun demikian, sejak kebelakangan ini menunjukkan berlaku peningkatan tertinggi penagih dalam kalangan kaum India dan Cina (AADK , Ogos 2010).

Berdasarkan fenomena ini, maka sudah tiba masanya untuk memikirkan satu bentuk pendekatan yang lebih proaktif untuk membina warga yang sihat di negara ini (Sufean & Mariani, 2004) khususnya bagi menangani masalah penagihan dadah di Malaysia. Banyak aktiviti perlu dianjurkan terutamanya dari aspek fizikan dan psikologikal untuk mengelakkan remaja dari terjebak dalam ketagihan dadah Taylor & Turek (2010). Satu cara yang lebih praktikal dalam program pencegahan dadah pada peringkat awal adalah dengan mengenalpasti ciri-ciri atau profil remaja sekolah berisiko mengambil dadah, dan seterusnya diikuti dengan pendekatan intervensi berbentuk perkembangan dan pencegahan (Mohammad Nasir, 2013a).

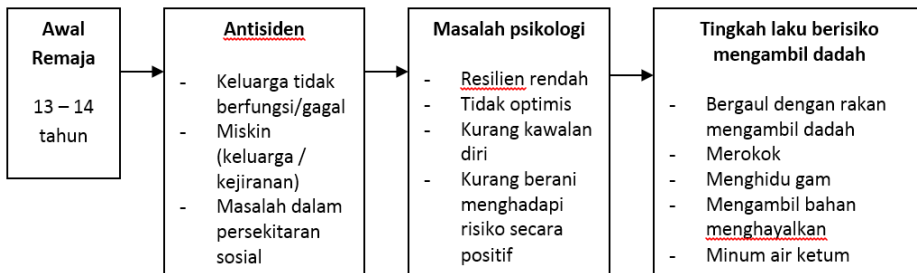
Bronfenbrenner (1979) melalui pendekatan ekologi, menunjukkan proses perkembangan kanak-kanak dan remaja dipengaruhi oleh faktor-faktor sosial seperti keluarga, komuniti dan institusi sosial yang lebih luas. Justeru, remaja berisiko cenderung datang dari persekitaran negatif atau persekitaran berisiko seperti kegagalan fungsi keluarga dan gagal menerima sokongan ibu bapa (Baruch & Stutman 1994; Baumrind 1991; Santrock 2002), kemiskinan (Brown & Eisenberg 1995; Jargowsky & Bane 1990) serta persekitaran seperti jiran, rakan dan institusi sekolah yang tidak selamat (Jargowsky & Bane 1990). Persekitaran berisiko ini membantut proses perkembangan sihat kanak-kanak dan remaja dan akhirnya menjebak mereka kepada tingkah laku berisiko (Kristjansson, et.al, 2008).

Mohammad Nasir et.al. (2013b) telah merekodkan bahawa remaja berisiko mengambil dadah memiliki ciri-ciri tingkah laku berisiko iaitu melihat kawan menyalahguna dadah, tingkah laku merokok, menghidu gam, mengambil bahan khayal, bergaul dengan kawan menghisap ganja dan minum air ketum. Di samping itu mereka juga memiliki ciri-ciri psikologi berisiko iaitu rendah dalam Resilien, Persepsi Terhadap Keluarga, Penghargaan Kendiri dan tinggi dalam Kemurungan.

Resilien adalah unsur psikologi berbentuk kecekapan sosial dapat meningkat kemampuan individu dalam mengendalikan tekanan dengan jayanya berpunca daripada pelbagai faktor persekitaran seperti perubahan hidup, kejadian malang yang menimpa atau sebarang risiko persekitaran. Kadar tekanan yang dialami oleh individu sentiasa berubah setiap masa dan dalam hal ini resilien dapat bertindak sebagai faktor pelindung dan penampan antara individu dengan apa yang dialami dalam lingkungan persekitarannya (Stewart, Reid & Mangham, 1997; dan Wignild & Young,1993). Menurut Jew, Green dan Kroger (1999), individu yang mempunyai tahap resilien tinggi lebih optimis terhadap masa hadapan, kawalan diri yang tinggi dengan memiliki kemahiran yang membina seterusnya mampu mengendalikan pelbagai tekanan dan

berani menghadapi risiko dan cabaran. Remaja yang memiliki resilien tinggi didapati kurang memiliki ciri-ciri tingkah laku berisiko mengambil dadah (Mohammad Nasir et.al, 2013b).

Berdasarkan kepada literatur di atas berikut adalah kerangka teori remaja berisiko mengambil dadah.



**Rajah 1** Antisiden, Masalah Psikologi dan Tingkah Laku Berisiko Mengambil Dadah

Dalam kajian ini satu bentuk intervensi awal yang lebih berbentuk perkembangan dan pencegahan terutamanya bagi meningkatkan resilien melalui kaunseling kelompok yang berteraskan kepada *Rational Emotive Behavior Teraphy* (REBT) telah digunakan bagi membantu meningkatkan proses perkembangan remaja berisiko mengambil dadah. Intervensi awal ini yang dikenali sebagai Kaunseling Kelompok Penyesuaian Remaja (KKPR) telah dibangunkan oleh Mohammad Nasir (2006) dan didapati berkesan meningkatkan aspek psikologi termasuk resilien dalam kalangan remaja berisiko.

Terdapat enam (6) tahap proses perkembangan kelompok pendekatan model KKPR yang berteraskan kepada teori *Rational Emotive Behavior Teraphy* (REBT), iaitu; i) Membina hubungan (120 minit); ii) Mentaksir antara masalah, perorangan dan situasi (120 minit); iii) Menyedia klien untuk terapi (120 minit); iv) Menjalankan intervensi (240 minit); v) Mengatur strategi sokongan (120 minit); dan vi) Penilaian dan penamatan (120 minit).

Pendekatan kaunseling REBT yang menjadi teras kepada modul KKPR didapati berkesan dalam membantu menyesuaikan masalah psikologi dan tingkah laku individu dalam pelbagai latar belakang budaya dan usia (Mohammad Nasir, 2006; Mohammad Nasir & Rohany Nasir, 2009; Mohammad Nasir 2013; Terjeson, DiGiuseppe & Gruner, 2000; Mahmoud, Abdul Rashid, See, Khoda & Mohsen, 2013; Ji & Myung et. al, 2010).

## OBJEKTIF KAJIAN

Objektif dalam kajian ini yang diukur secara kuantitatif deskriptif dan secara statistik adalah seperti di bawah;

- 2.1 Mengukur kesan KKPR terhadap Resilien (RES) dan subkonstruk RES iaitu Optimistik (OP), Kawalan Diri (KD) dan Hadapi Cabaran (HC) remaja berisiko mengambil dadah berdasarkan kepada analisis perubahan min Pra ujian dan Pos ujian antara kumpulan rawatan dan kumpulan kawalan.
- 2.2 Mengukur kesan KKPR terhadap Resilien (RES) dan subkonstruk RES iaitu Optimistik (OP), Kawalan Diri (KD) dan Hadapi Cabaran (HC) remaja berisiko mengambil dadah berdasarkan kepada analisis perubahan min Pra ujian dan Pos ujian berdasarkan gender subjek iaitu antara kumpulan rawatan lelaki, kumpulan rawatan perempuan dan kumpulan kawalan.
- 2.3 Mengukur kesan KKPR terhadap Resilien (RES) dan subkonstruk RES iaitu Optimistik (OP), Kawalan Diri (KD) dan Hadapi Cabaran (HC) remaja berisiko mengambil dadah berdasarkan kepada analisis perubahan min Pra ujian dan Pos ujian berdasarkan gender fasilitator iaitu antara kumpulan rawatan fasilitator lelaki, kumpulan rawatan fasilitator perempuan dan kumpulan kawalan.

Objektif 2.1 dapat diukur secara deskriptif kuantitatif melalui analisis perubahan min pra ujian dan pos ujian antara kumpulan rawatan dengan kumpulan kawalan. Objektif 2.2 dan 2.3 pula dapat diukur secara pengujian statistik ANCOVA dan MANCOVA serta Post Hoc.

## KAEDAH KAJIAN

Kajian eksperimen kuasi ini melibatkan dua pembolehubah utama iaitu pembolehubah tidak bersandar iaitu Kaunseling Kelompok Penyesuaian Remaja (KKPR) dan pembolehubah tidak bersandar iaitu Resilien (RES) dan subkonstruk RES iaitu Optimistik (OP), Kawalan Diri (KD) dan Hadapi Cabaran (HC) dalam kalangan remaja berisiko mengambil dadah. Faktor jantina subjek kajian dan faktor jantina fasilitator dijadikan sebagai pembolehubah moderator dalam kajian ini.

Instrumen Remaja Berisiko Mengambil Dadah (IRBMD) oleh Mohammad Nasir et. al (2014) ditadbir pada pra ujian dan pos ujian dalam kalangan kumpulan rawatan dan kumpulan kawalan. IRBMD (RES) terdiri daripada 16 item Resilien berskala likat 5 yang terbahagi kepada tiga (3) subkonstruk iaitu Optimistik (RES-OPT) 9 item; Kawalan Diri (RES-KAD) 7 item; dan Cabaran (RES-CAB) 5 item. IRBMD (RES) telah diuji aspek kesahan melalui teknik pengkritik luar (*external criticism*) dan kebolehperayaan melalui teknik *Alfa Cronbach* pada nilai signifikan 0.05 oleh Mohammad Nasir et. al (2014). IRBMD (RES) didapati mempunyai nilai pekali kesahan kandungan iaitu RES .83, RES-OPT .82, RES-KAD .81, dan RES-CAB .85

dan juga mempunyai nilai kebolehpercayaan iaitu RES-OPT .86, RES-KAD .77, dan RES-CAB .86. Anastasi (1982) dan Sidek (2005) memenegaskan instrumen yang mempunyai pekali kesahan dan kebolehpercayaan yang mempunyai nilai 0.6 ke atas adalah dianggap mempunyai kesahan kandungan dan kebolehpercayaan yang tinggi. Profil demografi dan profil psikologi remaja berisiko mengambil dadah (Mohammad Nasir et.al, 2013b) dijadikan asas pemilihan subjek kajian eksperimen. Kajian ini melibatkan 90 subjek pelajar tingkatan dua di negeri Kedah yang dipilih menggunakan teknik persampelan rawak bertujuan berdasarkan kriteria yang telah dinyatakan di atas. Seramai 60 subjek (15 orang setiap kelompok X 4 kelompok) adalah kumpulan rawatan dan 30 subjek (15 orang bagi kelompok X 2 kelompok) adalah kumpulan kawalan. Jadual pengagihan kelompok adalah seperti Jadual 1 di bawah.

**Jadual 1** Subjek Berdasarkan Gender dan Fasilitator Berdasarkan Gender

<b>Gender Fasilitator</b>	<b>Kekerapan</b>	<b>Peratusan (%)</b>	<b>Bilangan Kelompok</b>
Fasilitator Lelaki		33.3	
- Kump. Rawatan Lelaki	15		1
- Kump. Rawatan Perempuan	15		1
Fasilitator Perempuan		33.3	
- Kump. Rawatan Lelaki	15		1
- Kump. Rawatan Perempuan	15		1
Kump. Kawalan	30	33.3	2
Jumlah	90	100	6

Kesan gender subjek kajian turut diukur dalam kajian ini. Oleh itu kumpulan rawatan terbahagi kepada dua iaitu, 30 subjek (2 kelompok) adalah kumpulan rawatan lelaki (RL) dan 30 subjek (2 kelompok) adalah kumpulan rawatan perempuan (RP). Di samping itu kesan faktor gender fasilitator juga turut diukur dalam kajian ini. Kumpulan rawatan juga terbahagi kepada dua iaitu 30 subjek (2 kelompok) adalah kumpulan fasilitator lelaki (FL) dan 30 subjek (2 kelompok) adalah kumpulan fasilitator perempuan (FP). Setelah pos ujian dikutip, kumpulan kawalan pula menjalani KKPR.

Data kajian eksperimen dianalisis secara deskriptif melalui analisis perbandingan min pra ujian dan min pos ujian Resilien antara kumpulan rawatan dan kumpulan kawalan. Di samping itu analisis statistik ANCOVA, MANCOVA dan Pos Hoc turut dilakukan untuk mengukuhkan lagi kesan KKPR terhadap pembolehubah psikologi remaja berisiko mengambil dadah.

## DAPATAN KAJIAN

Dapatan kajian dijelaskan berdasarkan tiga (3) objektif untuk dicapai dalam kajian ini iaitu;

- i. Analisis deskriptif perbandingan min pra ujian dan pos ujian RES dan Subkonstruk RES iaitu OP, KD dan HC kumpulan rawatan dengan kumpulan kawalan.
- ii. Analisis statistik ANCOVA, MANCOVA dan Pos Hoc RES dan Subkonstruk RES iaitu OP, KD dan HC berdasarkan ukuran pra ujian dan pos ujian antara kumpulan rawatan lelaki, kumpulan rawatan perempuan dan kumpulan kawalan.
- iii. Analisis statistik ANCOVA, MANCOVA dan Pos Hoc Resilien dan Subkonstruk RES iaitu OP), KD dan HC berdasarkan ukuran pra ujian dan pos ujian antara kumpulan rawatan fasilitator lelaki, kumpulan rawatan fasilitator perempuan dan kumpulan kawalan.

### *Analisis deskriptif perbandingan min pra ujian dan pos ujian RES dan Subkonstruk RES iaitu OP, KD dan HC kumpulan rawatan dengan kumpulan kawalan*

Jadual 2 di bawah menunjukkan ringkasan analisis secara deskriptif perbandingan min pra ujian dan pos ujian RES dan subkonstruk RES iaitu OP, KD dan HC antara kumpulan rawatan dan kumpulan kawalan.

Hasil kajian menunjukkan berlaku banyak peningkatan min antara pra ujian dan pos ujian RES kumpulan rawatan (+16.33) berbanding kumpulan kawalan (-0.60). Di samping itu hasil kajian juga turut menunjukkan berlaku peningkatan min antara pra ujian dan pos ujian subkonstruk RES iaitu OP kumpulan rawatan (+5.30) berbanding kumpulan kawalan (+0.35); KD kumpulan rawatan (+5.75) berbanding kumpulan kawalan (-0.35); HC kumpulan rawatan (+5.28) berbanding kumpulan kawalan (-0.30).

**Jadual 2** Ringkasan Analisis Deskriptif Skor Min Pra ujian dan Pos ujian RES dan subkonstruk RES iaitu OP, KD dan HC antara Kumpulan Rawatan dan Kumpulan Kawalan

Pembolehubah	Kumpulan	Min		Perubahan Min
		Pra ujian	Pos ujian	
Resilien (RES)	Rawatan	78.6750	95.0000	+16.33
	Kawalan	80.6000	80.3000	-0.60
Optimistik (OP)	Rawatan	35.0750	40.3750	+5.30
	Kawalan	33.7000	34.0500	+0.35
Kawalan Diri (KD)	Rawatan	25.8250	31.5750	+5.75
	Kawalan	27.2000	26.8500	-0.35
Hadapi Cabaran (HC)	Rawatan	17.7750	23.0500	+5.28
	Kawalan	19.7000	19.4000	-0.30



Jadual 2 di atas menunjukkan KKPR didapati berkesan secara deskriptif meningkatkan min RES dan subkonstruk RES iaitu OP, KD dan HC kumpulan rawatan berbanding kumpulan kawalan.

***Analisis statistik ANCOVA, MANCOVA dan Pos Hoc terhadap RES dan Subkonstruk RES iaitu OP, KD dan HC antara kumpulan rawatan lelaki, kumpulan rawatan perempuan dan kumpulan kawalan***

Jadual 3 di bawah menunjukkan ringkasan analisis secara statistik ujian ANCOVA kesan KKPR terhadap RES berdasarkan pra ujian dan pos ujian antara kumpulan rawatan lelaki, kumpulan rawatan perempuan dan kumpulan kawalan.

**Jadual 3** Ringkasan Analisis ANCOVA Kesan KKPR Terhadap Pra Ujian dan Pos Ujian RES Kelompok Rawatan Lelaki, Kelompok Rawatan Perempuan dan Kelompok Kawalan

Bil	Sumber	Pemboleh Ubah Bersandar	Jumlah KD	Dk	Min KD	Nilai F	Nilai p
1	Pra ujian RES	Pos ujian RES	564.919	1	564.919	10.935	.002*

\*  $p < .05$

Jadual 3 di atas menunjukkan terdapat perbezaan signifikan pra ujian dan pos ujian RES antara kumpulan rawatan lelaki, kumpulan rawatan perempuan dan kumpulan kawalan pada nilai  $F(1,59) = 10.935$  ( $p < .05$ ).

Oleh kerana hasil analisis ujian ANCOVA mendapati terdapat perbezaan signifikan pra ujian dan pos ujian RES antara kelompok rawatan lelaki, kelompok rawatan perempuan dan kelompok kawalan, maka ujian Post Hoc perlu dilakukan untuk menguji kesan rawatan KKPR terhadap RES berdasarkan kelompok rawatan berdasarkan gender berbanding dengan kelompok kawalan.

Jadual 4 di bawah menunjukkan ringkasan analisis secara statistik ujian Post Hoc jenis Tukey menguji kesan rawatan KKPR terhadap RES berdasarkan kelompok rawatan lelaki (RL), kelompok rawatan perempuan (RP) dan kelompok kawalan (K).

**Jadual 4** Ringkasan Analisis Pos Hoc – Tukey Perbezaan Pos Ujian RES Antara Kelompok RL, RP dan K

Pemboleh Ubah	Kelompok		Perbezaan (I – J)	Sig. p
	I	J		
Resilien (RES)	RL	RP	-.2000	.996
	RL	K	14.600	.000*
	RP	K	14.800	.000*

\*  $p < .05$



Jadual 4 di atas menunjukkan terdapat perbezaan signifikan pos ujian RES antara kumpulan RL dengan kumpulan K dan antara kumpulan RP dengan kumpulan K. Namun demikian tidak terdapat perbezaan signifikan pos ujian antara kumpulan RL dengan kumpulan RP. Analisis ini menunjukkan KKPR yang dikendalikan dalam kelompok rawatan lelaki dan kelompok rawatan perempuanan didapati berkesan terhadap RES berbanding kelompok kawalan. Namun demikian tidak terdapat perbezaan kesan gender terhadap rawatan.

Jadual 5 di bawah pula menunjukkan ringkasan analisis secara statistik ujian MANCOVA kesan KKPR terhadap subkonstruk RES iaitu iaitu OP, KD dan HC berdasarkan pra ujian dan pos ujian antara kumpulan rawatan lelaki, kumpulan rawatan perempuanan dan kumpulan kawalan.

**Jadual 5** Ringkasan Analisis MANCOVA Kesan KKPR Terhadap Pra Ujian dan Pos Ujian OP, KD dan HC Kelompok Rawatan Lelaki, Kelompok Rawatan Perempuanan dan Kelompok Kawalan

Bil	Sumber	Pemboleh Ubah Bersandar	Jumlah KD	Dk	Min KD	Nilai F	Nilai p
1	Pra ujian OP	Pos ujian OP	68.190	1	68.190	5.217	.026*
2	Pra ujian KD	Pos ujian KD	101.241	1	101.241	8.736	.005*
3	Pra ujian HC	Pos ujian HC	50.688	1	50.688	16.697	.000*

\*  $p < .05$

Jadual 5 di atas menunjukkan terdapat perbezaan signifikan pra ujian dan pos ujian semua subkonstruk RES iaitu OP, KD dan HC antara kelompok rawatan lelaki, kelompok rawatan perempuanan dan kelompok kawalan iaitu OP pada nilai  $F(1,59) = 5.217$  ( $p < .05$ ); KD pada nilai  $F(1,59) = 8.736$  ( $p < .05$ ); dan HC pada nilai  $F(1,59) = 16.697$  ( $p < .05$ ).

Oleh kerana hasil analisis MANCOVA menunjukkan terdapat perbezaan signifikan antara pra ujian dan pos ujian OP, KD dan HC antara kelompok rawatan lelaki, kelompok rawatan perempuanan dan kelompok kawalan, maka ujian Pos Hoc jenis Tukey dilakukan untuk menguji kesan gender terhadap rawatan berbanding kumpulan kawalan intervensi KKPR terhadap subkonstruk RES.

Jadual 6 di bawah menunjukkan ringkasan analisis Pos Hoc jenis Tukey mengukur perbezaan pos ujian subkonstruk RES iaitu OP, KD dan HC antara kumpulan rawatan lelaki (RL), kumpulan rawatan perempuanan (RP) dan kumpulan kawalan (K).

**Jadual 6** Ringkasan Analisis Post Hoc – Tukey Perbezaan Pos Ujian OP, KD dan HC Antara Kelompok RL, RP dan K

Pemboleh Ubah	Kelompok		Perbezaan (I – J)	Sig. p
	I	J		
Optimistik (OP)	RL	RP	1.5505	.394
	RL	K	7.1000	.000*
	RP	K	5.5500	.000*
Kawalan Diri (KD)	RL	RP	-.5500	.8887
	RL	K	4.4500	.001*
	RP	K	5.0000	.000*
Hadapi Cabaran (HC)	RL	RP	-1.2000	.142
	RL	K	3.0500	.000*
	RP	K	4.2500	.000*

\*  $p < .05$

Jadual 6 di atas menunjukkan terdapat perbezaan signifikan posujian OP, KD dan HC antara RL dengan K, dan antara RP dengan K. Hasil kajian juga mendapati tidak terdapat perbezaan pos ujian PKS, PKR, KMR dan RES antara RL dengan RP.

Berdasarkan hasil kajian di atas membuktikan bahawa KKPR didapati berkesan meningkatkan RES dan subkonstruk RES iaitu OP, KD dan HC dalam kalangan kumpulan rawatan lelaki dan kumpulan rawatan perempuan berbanding kumpulan kawalan. Hasil kajian juga menunjukkan tidak terdapat perbezaan kesan rawatan berdasarkan gender. Ini menunjukkan KKPR boleh dilaksanakan dengan berkesan sama ada untuk remaja berisiko dadah lelaki atau remaja berisiko dadah perempuan.

***Analisis statistik ANCOVA, MANCOVA dan Pos Hoc terhadap RES dan Subkonstruk RES iaitu OP, KD dan HC antara kumpulan rawatan fasilitator lelaki, kumpulan rawatan fasilitator perempuan dan kumpulan kawalan***

Jadual 7 di bawah menunjukkan ringkasan analisis secara statistik ujian ANCOVA kesan KKPR terhadap RES berdasarkan pra ujian dan pos ujian antara kumpulan rawatan fasilitator lelaki, kumpulan rawatan fasilitator perempuan dan kumpulan kawalan.

**Jadual 7** Ringkasan Analisis ANCOVA Kesan KKPR Terhadap Pra Ujian RES Kelompok Fasilitator Lelaki, Kelompok Fasilitator Perempuan dan Kelompok Kawalan

Bil	Sumber	Pemboleh Ubah Bersandar	Jumlah KD	Dk	Min KD	Nilai F	Nilai p
5	Pra ujian RES	Pos ujian RES	457.476	1	457.476	8.696	.005*

\*  $p < .05$

Jadual 7 di atas menunjukkan terdapat perbezaan signifikan pra ujian dan pos ujian RES antara kumpulan rawatan fasilitator lelaki, kumpulan rawatan fasilitator perempuan dan kumpulan kawalan pada nilai  $F(1,59) = 8.696$  ( $p < .05$ ).

Oleh kerana hasil analisis ujian ANCOVA mendapati terdapat perbezaan signifikan pra ujian dan pos ujian RES antara kelompok rawatan fasilitator lelaki, kelompok rawatan fasilitator perempuan dan kelompok kawalan, maka ujian Post Hoc perlu dilakukan untuk menguji kesan rawatan KKPR terhadap RES berdasarkan kelompok rawatan berdasarkan gender fasilitator berbanding dengan kelompok kawalan.

Jadual 8 di bawah menunjukkan ringkasan analisis secara statistik ujian Post Hoc jenis Tukey menguji kesan rawatan KKPR terhadap RES berdasarkan kelompok rawatan fasilitator lelaki (FL), kelompok rawatan fasilitator perempuan (FP) dan kelompok kawalan (K).

**Jadual 8** Ringkasan Analisis Pos Hoc – Tukey Perbezaan Pos Ujian RES Antara Kelompok FL, FP dan K

Pemboleh Ubah	Kelompok		Perbezaan (I – J)	Sig. p
	I	J		
Resilien (RES)	FL	FP	1.6000	.787
	FL	K	15.5000	.000*
	FP	K	13.9000	.000*

\*  $p < .05$

Jadual 8 di atas menunjukkan terdapat perbezaan signifikan pos ujian RES antara kumpulan FL dengan kumpulan K dan antara kumpulan FP dengan kumpulan K. Namun demikian tidak terdapat perbezaan signifikan pos ujian antara kumpulan FL dengan kumpulan FP. Analisis ini menunjukkan KKPR yang dikendalikan dalam kelompok rawatan fasilitator lelaki dan kelompok rawatan fasilitator perempuan didapati berkesan terhadap RES berbanding kelompok kawalan. Namun demikian tidak terdapat perbezaan kesan gender fasilitator terhadap rawatan.

Jadual 9 di bawah menunjukkan ringkasan analisis secara statistik ujian MANCOVA kesan KKPR terhadap subkonstruk RES iaitu iaitu OP, KD dan HC berdasarkan pra

ujian dan pos ujian antara kumpulan rawatan fasilitator lelaki, kumpulan rawatan fasilitator perempuan dan kumpulan kawalan.

**Jadual 9** Ringkasan Analisis MANCOVA Kesan KKPR Terhadap Pra Ujian dan Pos Ujian OP, KD dan HC Kelompok Rawatan Fasilitator Lelaki, Kelompok Rawatan Fasilitator Perempuan dan Kelompok Kawalan

Bil	Sumber	Pemboleh ubah Bersandar	Jumlah KD	Dk	Min KD	Nilai F	Nilai p
1	Praujian OP	Posujian OP	55.938	1	55.938	4.061	.049*
2	Praujian KD	Posujian KD	104.680	1	104.680	9.568	.003*
3	Praujian HC	Posujian HC	51.056	1	51.056	16.164	.000*

\*  $p < .05$

Hasil analisis MANCOVA dalam Jadual 9 di atas menunjukkan terdapat perbezaan signifikan antara pra ujian dan pos ujian OP, KD dan HC antara kelompok rawatan fasilitator lelaki, kelompok rawatan fasilitator perempuan dan kelompok kawalan iaitu OP pada nilai  $F(1,59) = 4.061$  ( $p < .05$ ); KD pada nilai  $F(1,59) = 9.568$  ( $p < .05$ ); dan HC pada nilai  $F(1,59) = 16.164$  ( $p < .05$ ).

Oleh kerana hasil kajian MANCOVA di atas menunjukkan terdapat perbezaan signifikan antara pra ujian dan pos ujian OP, KD dan HC antara kelompok rawatan fasilitator lelaki, kelompok rawatan fasilitator perempuan dan kelompok kawalan, maka ujian Pos Hoc perlu dilakukan. Justeru, ujian Post Hoc jenis Tukey dipilih untuk menguji adakah gender fasilitator berbanding kelompok kawalan.

Jadual 10 di bawah menunjukkan ringkasan analisis Post Hoc – Tukey terhadap perbezaan pos ujian subkonstruk RES iaitu OP, KD dan HC antara kumpulan rawatan fasilitator lelaki (FL), kumpulan rawatan fasilitator perempuan (FP) dan kumpulan kawalan (K).

**Jadual 10** Ringkasan Analisis Post Hoc – Tukey Perbezaan Pos Ujian OP, KD dan HC Antara Kelompok FL, FP dan K

Pemboleh ubah	Kelompok		Perbezaan (I – J)	Sig. p
	I	J		
Optimistik (OP)	FL	FP	-.1500	.991
	FL	K	6.2500	.000*
	FP	K	6.4000	.000*

Kawalan Diri	FL	FP	1.7500	.294
(KD)	FL	K	5.6000	.000*
	FP	K	3.8500	.004*
Hadapi Cabaran	FL	FP	.1800	.887
	FL	K	3.6500	.000*
	FP	K	3.6500	.000*

\*  $p < .05$

Jadual 10 di atas menunjukkan terdapat perbezaan signifikan pos ujian OP, KD dan HC antara FL dengan K, dan antara FP dengan K. Hasil kajian juga mendapati tidak terdapat perbezaan posujian OP, KD dan HC antara FL dengan FP.

Berdasarkan kepada hasil kajian di atas membuktikan bahawa KKPR didapati berkesan meningkatkan RES dan subkonstruk RES iaitu OP, KD dan HC dalam kalangan kumpulan rawatan fasilitator lelaki dan kumpulan rawatan fasilitator perempuan berbanding kumpulan kawalan. Hasil kajian juga menunjukkan tidak terdapat perbezaan kesan rawatan berdasarkan gender fasilitator. Ini menunjukkan KKPR boleh dilaksanakan dengan berkesan untuk meningkatkan RES dan subkonstruk RES iaitu OP, KD dan HC remaja berisiko dadah sama ada dikendalikan oleh fasilitator lelaki atau fasilitator perempuan.

### ***Rumusan Dapatan Kajian***

Berdasarkan kepada hasil kajian yang berteraskan kepada objektif yang dinyatakan di atas menunjukkan bahawa KKPR yang bertunjangan kepada pendekatan *Resitional Emotive Behavior Teraphy* (REBT) didapati berkesan untuk proses penyesuaian pemikiran dan seterusnya dapat meningkatkan resilien dalam kalangan remaja lelaki dan perempuan berisiko mengambil dadah. Apabila resilien meningkat diharapkan remaja terlibat mempunyai pandangan yang lebih optimis untuk menjalani kehidupan akan datang, lebih tinggi kawalan diri dan seterusnya berani menghadapi risiko secara lebih positif. Resilien yang tinggi diharapkan dapat bertindak sebagai penampan apabila mereka menghadapi tekanan dalam kehidupan dan seterusnya diharapkan dapat bertingkah laku membina serta menghindarkan diri daripada tingkah laku berisiko mengambil dadah.

### **IMPLIKASI DAN CADANGAN**

Terdapat tiga (3) implikasi dan cadangan yang dibincangkan dalam bahagian ini.

#### ***Keperluan penekanan intervensi pencegahan di samping intervensi pemulihan dalam menangani masalah dadah di Malaysia***

Berdasarkan kepada tinjauan kajian-kajian yang lalu menunjukkan tidak semua tingkah

laku bermasalah termasuk penagihan dadah dapat dipulihkan dengan mudah menerusi pendekatan intervensi secara pemulihan. Hal ini disebabkan individu berkenaan sudah terlibat secara langsung dalam ‘perlakuan bermasalah’ dan mereka mempunyai persepsi, norma dan tarikan yang tersendiri terhadap ‘perlakuan bermasalah’ tersebut (Burt, Resnick & Novik 1998). Ini dibuktikan dengan kes relaps atau penagih berulang di negara ini semakin meningkat dari setahun ke setahun.

Berdasarkan fenomena ini, maka sudah tiba masanya untuk memikirkan satu bentuk pendekatan yang lebih proaktif dalam jangka panjang bagi menangani masalah penagihan dadah di Malaysia. Salah satu daripada pendekatan tersebut adalah **berbentuk intervensi peringkat awal iaitu berbentuk perkembangan dan pencegahan** dengan kata lain “mencegah lebih baik daripada mengubati”.

Langkah ini perlu bermula dengan memahami ciri-ciri atau profil remaja berisiko mengambil dadah dan seterusnya diikuti dengan tindakan fasa kedua iaitu menjalankan intervensi pencegahan bagi membantu remaja berkenaan untuk menghindarkan diri daripada masalah pengambilan dadah pada masa akan datang. Intervensi berbentuk perkembangan dan pencegahan meliputi usaha-usaha untuk mengesan dan mengubah risiko tingkah laku yang ada yang menuju ke arah kesudahan yang buruk (*poor outcome*) dengan mengambil dadah, kepada arah tingkah laku yang lebih positif dan berkesan. Pendekatan pencegahan dan perkembangan memberi penekanan kepada meningkatkan proses perkembangan normal dalam diri individu terutamanya dalam menghadapi situasi tertekan pada masa akan datang.

#### ***Penekanan amalan pencegahan dadah pada peringkat awal di sekolah***

Secara umumnya sekolah telah dikenali ramai sebagai tempat di mana pelbagai aktiviti sepatutnya dirancang untuk meningkatkan kecekapan dan di samping itu mencegah perkembangan perlakuan yang tidak sihat terutamanya penagihan dadah. Di samping itu sekolah juga diharapkan mampu untuk menyalurkan perkembangan personaliti secara teratur dan berterusan sepanjang tempoh masa persekolahan kepada semua pelajar, tambahan pula sebahagian besar daripada ibu bapa dan penjaga menaruh harapan yang tinggi terhadap sekolah.

Instrumen IRBMD (Mohammad Nasir et.al, 2013b) dan Profil remaja berisiko mengambil dadah (Mohammad Nasir et.al, 2013a) dan model intervensi KKPR (Mohammad Nasir et.al, 2013a) boleh dijadikan asas di sekolah dalam usaha untuk mengenalpasti simptom awal sama ada secara demografi dan psikologi remaja berisiko mengambil dadah. Justeru itu, pentadbir sekolah dan guru-guru terutamanya Penolong Kanan Hal Ehwal Murid (PKHEM) dan kaunselor sekolah diharapkan dapat mengambil peluang untuk meneroka fenomena remaja berisiko mengambil dadah di setiap sekolah. Adalah dijangkakan bahawa fenomena remaja berisiko mengambil dadah meliputi sebahagian daripada populasi pelajar sekolah secara keseluruhan.

Remaja berisiko ini perlukan usaha awal untuk mengenalpasti masalah awal mereka dan seterusnya membantu perkembangan mereka yang terbantut disebabkan pelbagai faktor negatif yang terdapat dalam persekitaran mereka.

Intervensi peringkat awal ke atas remaja berisiko mengambil dadah ini menimbulkan dimensi baru dalam memahami fenomena masalah remaja di peringkat persekolahan. Langkah ini juga diharapkan dapat mencetuskan minda dan seterusnya dijadikan model kepada pihak sekolah khususnya menerusi perkhidmatan bimbingan dan kaunseling dalam usaha pencegahan peringkat awal pelbagai perlakuan bermasalah terutamanya penyalahgunaan dadah dalam kalangan pelajar yang semakin membimbangkan.

### ***Cadangan pelan tindakan mengenalpasti dan membantu remaja berisiko mengambil dadah***

Kajian ini secara tidak langsung telah mengetengahkan ciri-ciri remaja berisiko mengambil dadah berdasarkan aspek psikologi dan tingkah laku. Berdasarkan ciri-ciri ini adalah dicadangkan satu pelan tindakan bermula dengan mengenalpasti ciri-ciri remaja berisiko mengambil dadah dan seterusnya melaksanakan proses intervensi secara lebih sistematik untuk proses penyesuaian dalaman ke atas mereka. Dengan cara ini di harapkan akan dapat membantu mereka mengelakkan diri daripada terjebak dalam tingkah laku mengambil dadah pada masa akan datang.

Berikut adalah siri pelan tindakan membantu remaja berisiko mengambil dadah:-

**Pertama**, mengenalpasti sistem penanda iaitu ciri-ciri luaran (sosial) melalui kaedah pemerhatian guru iaitu dengan mengenalpasti remaja yang mempunyai ciri-ciri berikut.

- i. Rendah pencapaian akademik
- ii. Rendah penglibatan dalam aktiviti di sekolah

**Kedua**, mentadbir instrumen IRBMD, bertujuan mengenalpasti ciri-ciri psikologi remaja berisiko mengambil dadah seperti berikut.

- i. Persepsi terhadap keluarga yang rendah.
- ii. Penghargaan sendiri yang rendah
- iii. Mengalami kemurungan
- iv. Resilien yang rendah.

**Ketiga**, membina hubungan kondusif antara guru dan pelajar dan menggalakkan temubual atau penerokaan secara bersemuka untuk mengenalpasti antisiden negatif iaitu pengalaman negatif daripada persekitaran sosial berikut.

- i. Keluarga dan ibu bapa.
- ii. Kemiskinan
- iii. Masalah interaksi sosial bersama rakan sebaya, guru-guru, sekolah dan kejiwaan secara temubual untuk tujuan penerokaan.



**Keempat**, melakukan intervensi berbentuk perkembangan dan pencegahan seperti berikut.

- i. Memperkasakan kaedah dalam pengajaran dan pembelajaran.
- ii. Meningkatkan program-program bimbingan untuk tujuan proses perkembangan sahsiah dan akademik pelajar.
- iii. Menggerakkan proses kaunseling secara lebih berkesan dan berfokus sama ada secara individu atau kelompok.

**Kelima/Terakhir**, melaksanakan proses penilaian sama ada;

- i. Secara kuantitatif yang melibatkan kumpulan tertentu atau keseluruhan.
- ii. Secara kualitatif yang melibatkan individu atau kumpulan kecil.

## RUMUSAN

Aspek utama dalam kajian ini adalah mengetengahkan konsep remaja berisiko mengambil dadah dan intervensi awal dengan memberi penekanan kepada proses perkembangan dan pencegahan melalui Kaunseling Kelompok Penyesuaian Remaja (KKPR) dalam usaha untuk meningkatkan tahap resilien dalam kalangan remaja. KKPR yang berteraskan kepada teori REBT didapati berkesan dalam proses penyesuaian dalaman yang meliputi aspek pemikiran, perasaan dan tingkah laku dalam kalangan remaja. Proses penyesuaian dalaman ini seterusnya dapat dinilai menerusi peningkatan resilien sebagai pembolehubah bersandar kajian. Apabila resilien dapat ditingkatkan, adalah diharapkan remaja yang telah diberi pendedahan KKPR dapat menghindarkan diri daripada tingkah laku berisiko mengambil dadah pada masa hadapan. Adalah diharapkan strategi yang telah digunakan dalam kajian ini dapat dijadikan sebagai panduan kepada semua lapisan masyarakat khususnya pihak-pihak yang bertanggungjawab. Semoga lebih banyak lagi usaha-usaha seperti ini dapat dijalankan pada masa akan datang selaras untuk merealisasikan hasrat negara yang bebas daripada dadah.

## BIBLIOGRAFI

- Agensi Antidadah Kebangsaan (2010). *Laporan Agensi Dadah Kebangsaan Ogos 2010*.  
Anastasi, A. 1982. *Psychological testing*. Ed. ke-5. New York: Mc Milan Publishing Co. Inc.
- Baruch, R. & Stutman, S. 1994. *Strategies For Forstering Resilience*. Washington DC: Institute for Mental Health Initiatives.
- Baumrind, D. 1991. Parenting styles and adolescent development. Dlm J. Brool-Gunn, R. Lerner & A.C. Peterson (pnyt). *The Encyclopaedia of Adolescence*. hlm 155-196. New York: Garland Press.
- Bronfenbrenner, U. 1979. *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.

- Brown, S.S. & Eisenberg, L. 1995. *The best intentions: Unintended pregnancy and the well-being of children and families*. Washington, DC: National Academy Press
- Kristjansson, A. L., Sigfusdottir, I. D., Allegrante, J. P., & Helgason, A. R.(2008). Parental divorce and adolescent cigarette smoking and alcohol use: Assessing the importance of family conflict. *Acta Pædiatrica*, 98, 537-542.
- Jargowsky, P. & Bane, M. J. (1990). *Neighborhood poverty: Basic questions*. Cambridge, MA: Harvard University.
- Jew, C. L., Green, K. E., & Koger, J. (1999). *Development and validation of a measure of resiliency. measurement and evaluation in counseling and development*, American Counseling Association 32 (2): 75 – 111.
- Ji, Y. L. & Myung, A. K. et. al (2010). The effect of a cognitive-behavioural therapy on career attitude maturity, decision making style, and self-esteem of nursing students in Korea. *Nurse Education Today*. 30 (8). (pp 731-736)
- Mahmoud Roghanchi, Abdul Rashid Mohamad, et.al (2013). The effect of integrating rational emotive behaviour therapy and art therapy on self-esteem and resilience. *The Art in Psychotherapy*. 40 (2). (pp 179-184)
- Mohammad Nasir Bistamam (2006), *Kesan kaunseling kelompok terhadap penyesuaian remaja berisiko*. Tesis PhD yang tidak diterbitkan, UKM: Bangi.
- Mohammad Nasir Bistamam & Rohany Nasir, (2009). An Application Of Rational Emotive Behaviour Therapy In Group Counselling: A Case Study On Adolescents Whose Parents Were Divorced. *European Journal of Social Sciences* .1450-2267
- Mohammad Nasir Bistamam et.al (2013a), *Remaja berisiko mengambil dadah: langkah pengesanan dan pencegahan awal*. Laporan penyelidikan gran Agensi Antidadah Kebangsaan yang tidak diterbitkan, UPSI: Tg Malim
- Mohammad Nasir Bistamam et.al (2013b). *Profil tingkah laku remaja berisiko mengambil dadah*. Kongres ke XII, Konvensi XVIII ABKIN dan Seminar Internasional Konseling Denpasar Bali. 14/11/2013. PERKAMA International dan ABKIN.
- Mohammad Nasir Bistamam et.al (2014). *Kesahan dan kebolehpercayaan inventori remaja berisiko mengambil dadah (narkotik) – IRBMD*. The 6<sup>th</sup> International Conference on Teacher Education UPI-UPSI, 25-26 Jun 2014. Universitas Pendidikan Indonesia, Bandung.
- Santrock, J. W. (2002). *Adolescence*. Ed. ke-6. New York; McGraw-Hill Com.
- Sidek Mohd Noah (2005). *Pengujian dan Penilaian Kaunseling: Teori dan Aplikasi*. Serdang: Ampang Press Sdn Bhd.
- Stewart, M., Reid, G. & Mangham, C. 1997. Fostering Children's Resilience. *Journal of Paediatric Nursing* 12: 21-31.
- Sufean Russin & Mariani Md Nor. (2004). Dasar warga sihat: Isu psikologi factor remaja sekolah merokok. *Jurnal Pendidikan*. 141-160.
- Taylor, M. J. & Turek, G. M. (2010), Only She Would Play? The Impact of Sports Participation On Self-Esteem, School Adjustment, and Substance Use Among Rural and Urban African American Girls. *Journal of Sport Behavior* 33.3: 315-336.
- Terjeson, DiGiuseppe & Gruner, 2000
- Wignild, G.M. & Young, H.M. 1993. Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement* 1: 165-178.