

PEMBINAAN MODEL TERAPI KERJAYA AADK DALAM KALANGAN PELATIH AADK

¹Amin Al Haadi Bin Shafie, ¹Hishamuddin Bin Abdul Wahab, ¹Nurhafizah Mohd Sukor, ¹Mizan Adiliah Bt Ahmad Ibrahim, ¹Mohd Nurul Hadi Bin Yatau, ²Chong Siew Ngoh, ¹Mohd Khairul Anuar Rahimi, ¹Siti Nubailah Mohd Yusof

¹Pusat Penyelidikan Dalam Penyalahgunaan Dadah Asia (ACREDA), Fakulti Kepimpinan Dan Pengurusan, Universiti Sains Islam Malaysia

²Agensi Antidadah Kebangsaan (AADK) Malaysia

ABSTRAK

Kajian pembinaan Model Terapi Kerjaya (MTK) AADK dalam kalangan pelatih AADK bertujuan untuk membantu pihak AADK dalam melengkapkan usaha pemulihan kepada pelatih di pusat-pusat pemulihan AADK. Kajian eksperimental ini melibatkan 32 orang kumpulan kawalan (CCRC Dengkil) dan 32 orang kumpulan eksperimen (CCRC Jelebu). Data kuantitatif di kumpul melalui ujian pra dan pasca menggunakan alat ukur: *Career Maturity Inventory* (CMI), *Tennessee Self Concept Scale* (TSCS), *Stages of Change* (SOCS) dan *Drug Related Locus of Control* (DR-LOC). Keputusan ujian pra dan pasca kedua-dua kumpulan ini dibandingkan dan di analisa menggunakan perisian SPSS. Ujian-t dilaksanakan untuk melihat perbezaan antara dua kumpulan ini. Data kualitatif pula dikumpulkan daripada jurnal responden sendiri setelah mengikuti setiap sesi dan temubual mendalam bersama responden setelah selesai mengikuti semua sesi dalam model ini. Dapatan kajian ini menunjukkan perkembangan yang positif oleh kumpulan eksperimen berbanding dengan kumpulan kawalan, dari segi kematangan kerjaya, konsep sendiri, dan lokus kawalan diri. Skor kumpulan eksperimen lebih meningkat jika dibandingkan dengan kumpulan kawalan. Namun begitu, tahap kesediaan untuk berubah yang di ukur menggunakan skala SOCS menunjukkan sedikit perubahan tetapi tidak signifikan oleh kumpulan eksperimen. Dapatan kuantitatif ini di sokong oleh hasil dapatan temu bual yang menunjukkan klien bersedia untuk berubah dan tahu bagaimana untuk berhadapan dengan relaps tanpa bantuan pihak lain setelah melalui MTK AADK ini. Faktor-faktor lain yang mempengaruhi keberkesanan perancangan kerjaya pelatih juga dianalisa melalui tujuh aspek demografi yang dikenalpasti memberi kesan kepada kematangan kerjaya iaitu tahap pendidikan, taraf perkahwinan, umur mengambil dadah, kekerapan relaps, tempoh penagihan dan kekerapan masuk pusat pemulihan dan penjara.

Kata Kunci: Kerjaya, Model, AADK, CCRC, CMI

PENDAHULUAN

Kerjaya merupakan suatu aspek penting dalam kehidupan bukan sahaja dapat menghasilkan pendapatan bagi menampung sara diri atau keperluan hidup seharian tetapi juga merupakan representasi harga diri individu. Sehubungan dengan itu, kerjaya yang dipilih selalunya selaras dengan minat individu agar menjadi lebih proaktif bagi mencapai objektif dalam kehidupan. Menurut Arnold dan Cohen (2008), kerjaya juga boleh dianggap sebagai status, kemajuan dan kepuasan dalaman hidup seseorang. Berbanding dengan kerjaya, kerja pula bermaksud sesuatu yang kita lakukan hanya untuk menyara kehidupan seharian. Menurut Arthur, Hall and Lawrence (1989) pula, kerjaya merupakan perubahan tahap pengalaman kerja seseorang dari semasa ke semasa. Walaupun terdapat perbezaan pandangan tentang definisi kerjaya, definisi ini sering digunakan secara meluas sebagai rujukan.

Bilangan penagih pada tahun 2016 yang telah terjerumus dalam masalah penyalahgunaan dadah adalah seramai 30,844 orang dan mereka telah mengikuti program pemulihan. Sebilangan besar penagih dadah yang dikenalpasti terlibat dalam masalah penagihan ini berada pada peringkat umur yang sangat muda dan produktif iaitu antara 20 hingga 40 tahun (Maklumat Dadah, 2016). Ia merupakan kerugian besar kepada negara sekiranya sumber tenaga ini tidak dapat dikembalikan kepada masyarakat untuk menyumbang dalam sektor pekerjaan bagi meningkatkan ekonomi negara.

Agensi Anti Dadah Kebangsaan (AADK) merupakan agensi khusus yang membantu penagih ke arah kepulihan dan kembali kepada kehidupan yang lebih baik serta membantu pelatih AADK agar dapat memilih bidang kerjaya yang mereka minati selepas tamat tempoh pemulihan. Menurut Matokrem (2007), terdapat program lanjutan yang dapat membantu pelatih AADK daripada relaps iaitu memberikan peluang pekerjaan, mewujudkan integrasi sosial dengan masyarakat dan melibatkan diri pelatih AADK dalam aktiviti sokong bantu. Usaha ini dapat menyedarkan para penagih bahawa mereka masih mempunyai peluang untuk terus menjalani kehidupan seperti biasa.

United Nation Office on Drugs and Crime (UNODC) pada tahun 2008 telah menggariskan beberapa komponen dalam pengurusan pemulihan. Di antara komponen yang dinyatakan adalah komponen kerjaya (Domain 5) dan komponen kemahiran vokasional (Domain 6). Menurut McLellan, Lewis, O'Brien, dan lain-lain (2000), kadar pengangguran yang tinggi dan kurangnya kemahiran kerjaya telah dikenalpasti memberikan impak negatif kepada proses pemulihan dan proses pengintegrasian responden berkenaan. Oleh itu, pelatih yang mengikuti program pemulihan, perlu dilatih agar berdikari atau boleh menjana ekonomi diri sendiri. Granfield dan Cloud (2001) menyatakan terdapat empat (4) *recovery capital* yang utama dan salah satunya adalah, sumber manusia. Sumber manusia ini melibatkan kemahiran, kesihatan yang positif, inspirasi dan harapan, dan sumber sendiri.

Pelbagai langkah telah di ambil oleh pihak AADK dalam membantu pemulihan para pelatih, ini termasuk melaksanakan kaedah rawatan berbentuk psikososial dan klinikal seperti program latihan vokasional dan latihan *apprentice* yang dijalankan di *Cure and Care Vocational Center (CCVC)* (AADK, 2016). Namun, masih lagi ramai

bekas-bekas pelatih yang keluar dari pusat pemulihan tetapi tidak dapat menceburi pekerjaan yang sesuai untuk menyara diri dan mengelakkan diri mereka dari terus relaps. Oleh itu, sebagai langkah memperkasakan program rawatan dan pemulihan oleh pihak AADK, satu Model Terapi Kerjaya dibangunkan dalam usaha membantu para pelatih memilih aliran dan bidang vokasional serta kerja yang sesuai dengan diri mereka. Terdapat juga pelatih yang sebelum ini telah memiliki pekerjaan, namun hal ini tidak menjamin mereka akan diterima kembali bekerja atau mendapat pekerjaan yang lain selepas keluar dari pusat pemulihan. Jadi, satu perancangan kerjaya yang mantap perlu diberikan bagi memberi peluang kedua kepada mereka untuk menceburi dunia pekerjaan yang lebih realistik.

Menurut *Canadian Association of Occupational Therapists* (2017), terapi kerjaya akan membantu mereka yang mempunyai masalah penyalahgunaan dadah, dalam mengenalpasti kekuatan, nilai, minat, sumber dan cabaran dalam melaksanakan satu perancangan pemulihan. Pendekatan ahli terapi kerjaya juga membawa pelatih untuk melihat bukan sahaja keperluan diri, malah kehendak keluarga dan komuniti pelatih. Oleh itu, bagi memantapkan proses rawatan dan pemulihan, Model Terapi Kerjaya AADK adalah diperlukan sebagai satu strategi menjamin kejayaan program rawatan dan pemulihan yang dilaksanakan.

KEPENTINGAN KAJIAN

Hasil kajian pembangunan model terapi kerjaya ini merupakan satu inovasi penting dalam memperkasakan program rawatan dan pemulihan di pusat-pusat pemulihan AADK. Selain itu, model terapi kerjaya juga berguna untuk para kaunselor AADK dalam membantu responden merancang pekerjaan yang lebih realistic. Selaras dengan itu, ia dapat meningkatkan kemahiran para kaunselor dalam menjalani kaedah rawatan dan pemulihan yang lebih holistik pendekatannya. Oleh kerana majoriti kumpulan pelatih adalah terdiri daripada mereka yang berumur di antara 18 hingga 40 tahun, kerajaan mengalami kerugian dari aspek tenaga manusia yang produktif dan berguna. Ketidakupayaan merancang sumber tenaga ini akan memberi kesan negative terhadap pembangunan negara. Oleh yang sedemikian, penghasilan modul terapi kerjaya dan kejayaan para pelatih AADK dalam menjalani terapi ini dapat membantu negara dalam usaha membangunkan sumber manusia yang berdaya saing bagi mencapai wawasan 2020 dan Transformasi Nasional 2050 (TN50) yang telah diumumkan oleh Perdana Menteri Malaysia pada sesi bajet 2017.

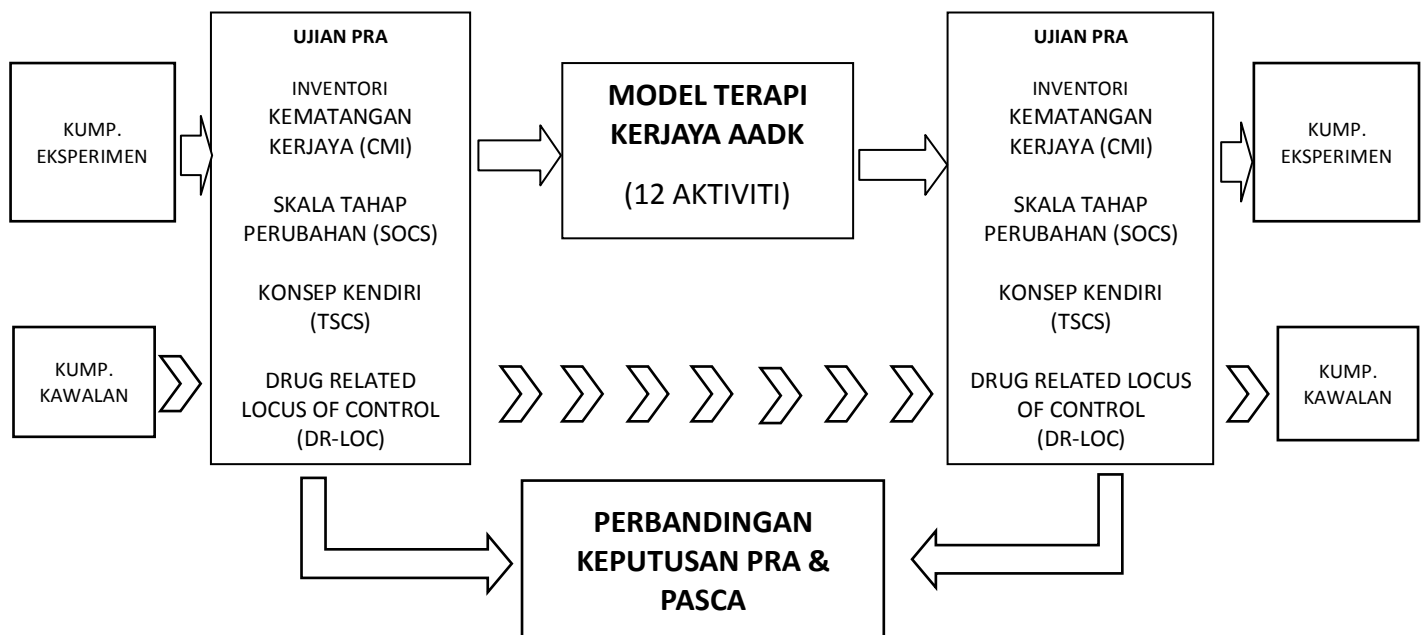
METODOLOGI

Kajian ini menggunakan kaedah reka bentuk eksperimen. Kajian reka bentuk eksperimen dijalankan bagi menyiasat hubungan sebab dan kesan dengan mendedahkan satu atau lebih kumpulan percubaan kepada satu atau lebih rawatan dan membandingkan keputusan kepada satu atau lebih kumpulan kawalan yang tidak menerima sebarang rawatan (Sidek Mohd Noah, 2002).

Menurut Creswell (2008), rekabentuk eksperimen merupakan satu kaedah tradisional dalam menjalankan kajian kuantitatif. Kaedah eksperimen ini adalah untuk menguji sesuatu idea seperti melihat adakah ia memberi kesan kepada

keputusan kajian atau pemboleh ubah bersandar. Kaedah eksperimen ini dijalankan untuk melihat kesan dan punca di antara pemboleh ubah bersandar dan tidak bersandar. Kajian ini telah menggunakan kajian berbentuk eksperimen terhadap dua kumpulan melalui ujian pra dan pasca. Dalam kajian ini, satu kumpulan eksperimen dibentuk dengan memperkenalkan satu model terapi kerjaya. Ujian pra dibuat mendapatkan data asas, manakala ujian pasca bertujuan untuk mengumpul data kesan bagi tujuan perbandingan. Ujian pra dan pasca bagi kumpulan kawalan dan kumpulan eksperimen melibatkan pengumpulan data subjek dan data implementasi rawatan. Reka bentuk ini melibatkan ujian pra (menjawab empat (4) instrumen kajian) dan ujian yang sama dilakukan pada peringkat pasca pada pemboleh ubah yang dikaji selepas mengaplikasikan intervensi model terapi kerjaya pada kumpulan eksperimen.

Rajah 1 menunjukkan reka bentuk kajian dua kumpulan yang telah dilaksanakan.



Rajah 1 : Reka Bentuk Kajian Dua Kumpulan Pra – Pasca

Tempoh Kajian

Kajian ini telah dilaksanakan selama sebulan setengah bagi kumpulan eksperimen yang mengikuti model terapi kerjaya AADK. Kumpulan kawalan yang tidak mengikuti proses ini hanya menjalani ujian pra dan pasca terhadap empat (4) instrumen yang digunakan.

Lokasi

Kajian eksperimen ini telah dilaksanakan di dua (2) buah pusat pemulihan dibawah seliaan AADK. Kedua-dua pusat pemulihan adalah pusat pemulihan CCRC Dengkil

dan Jelevu yang mempunyai ciri yang sama dari segi kaedah pemulihan dan pengurusan.

Sampel Kajian

Menurut Welizer dan Wienir (1978), populasi kajian perlulah terdiri dari semua unit yang diperhatikan (diukur) dalam proses kajian. Manakala sampel pula adalah mereka yang dipilih dari populasi kajian yang dimaksudkan. Majid Konting (2000) menyatakan persampelan merupakan strategi penyelidikan bila mana penyelidik boleh mendapat maklumat mengenai sesuatu populasi daripada sebahagian individu yang menganggotai populasi tersebut. Beliau juga menyarankan agar rekabentuk persampelan dibuat dengan betul untuk memperolehi sampel yang benar-benar dapat mewakili populasi yang dikaji.

Dalam kajian ini populasi yang ingin dikaji ialah pelatih AADK. Bagi mencapai matlamat, kajian eksperimen ini telah melibatkan 64 orang pelatih yang baru memulakan rawatan dan pemulihan di pusat pemulihan CCRC, Jelevu (n=32) kumpulan eksperimen dan CCRC, Dengkil (n=32) kumpulan kawalan. Sampel kajian ini berbentuk *purposive sampling* atau sampel bermatlamat. Ia merujuk kepada prosedur persampelan yang mana sekumpulan subjek yang mempunyai ciri-ciri tertentu sahaja dipilih sebagai responden kajian (Chua Yan Piaw, 2006). Sampel kajian telah dikenalpasti oleh pihak pengurusan AADK dan telah dua bulan memasuki pusat latihan dan selesai tempoh rawatan detoks.

Kaedah Pengumpulan Data

Bagi mencapai objektif dan menjawab persoalan kajian serta hipotesis, pengkaji membuat kutipan data menggunakan kaedah *mix method*. Menurut Creswell (2008), seorang pengkaji yang menggunakan kaedah *mix method* akan mengutip data berbentuk kuantitatif dan kualitatif. Ini bermaksud pengkaji akan mengutip data yang berbentuk nombor, perkataan dan imej. Daripada empat (4) jenis kaedah *mix method*, kajian ini telah menggunakan kaedah triangulasi (*triangulation*). Kaedah triangulasi ini membolehkan pengkaji mengutip data kuantitatif dan kualitatif dalam masa yang sama atau berturutan. Hasil daripada keputusan data kualitatif dan kuantitatif boleh juga dibandingkan untuk melihat persamaan daripada dapatan kajian dari kedua-dua jenis data.

Instrumen dan Pendekatan Analisa Kajian

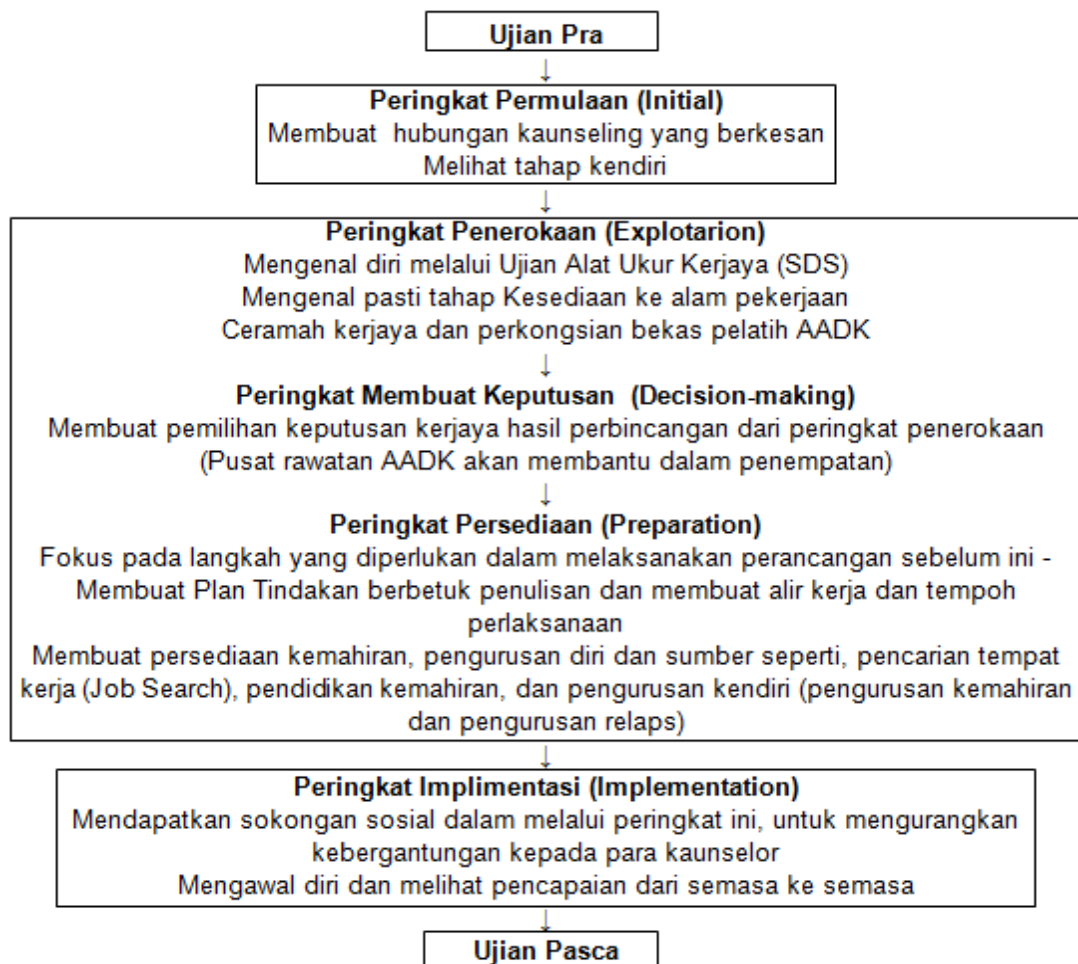
Data kuantitatif dikumpul melalui ujian pra dan pasca menggunakan alat ukur: Career Maturity Inventory (CMI), Tennessee Self Concept Scale (TSCS), Stages of Change (SOCS) dan Drug Related Locus of Control (DR-LOC). Keputusan ujian pra dan pasca kedua-dua kumpulan ini dibandingkan dan dianalisa menggunakan perisian SPSS. Ujian-t dilaksanakan untuk melihat perbezaan antara dua kumpulan ini. Data kualitatif pula dikumpulkan daripada jurnal responden sendiri setelah mengikuti setiap sesi dan temubual mendalam bersama responden setelah selesai mengikuti semua sesi dalam model ini. Data kualitatif dianalisa berdasarkan tema

yang terhasil daripada soalan semi-struktur yang dibina hasil daripada sorotan kajian.

DAPATAN KAJIAN

1. BENTUK MODEL TERAPI KERJAYA AADK

Model yang dihasilkan adalah merupakan diadaptasikan daripada model yang dijalankan oleh Magnusson (1995), mengenai proses dalam perancangan kerjaya. Proses tersebut adalah peringkat permulaan, penerokaan, membuat keputusan, persediaan dan implimentasi. Peringkat-peringkat kerjaya bagi Model Terapi Kerjaya AADK adalah seperti gambar rajah yang berikut:



Rajah 2 menunjukkan Bentuk Model Terapi Kerjaya AADK yang digunakan.

Rajah 2: Bentuk Model Terapi Kerjaya AADK

2. DATA KUANTITATIF

Dalam kajian ini, data kuantitatif dikumpul menggunakan empat (4) alat ukur atau instrumen iaitu CMI, TSCS, DR-LOC dan SOCS. Deskriptif data adalah seperti yang berikut:

1. Inventori Kematangan Kerjaya - *Career Maturity Inventory (CMI)* versi Bahasa Melayu

Alat ukur kematangan kerjaya (CMI) telah digunakan untuk melihat kesan MTK AADK kepada responden kelompok dalam perancangan kerjaya. Skor alat ukur ini telah dikumpul sebagai data pra dan pasca. Keputusan kajian adalah seperti berikut:

i. Perbandingan Min Pra Dan Pasca Kumpulan Eksperimen

Terdapat peningkatan bagi skor min ujian pra ($mean=11.1563$) berbanding pasca ($mean=15.6250$) dalam kumpulan eksperimen. Perbezaan min ditunjukkan dalam pencapaian ujian-t pra dan pasca bagi kumpulan eksperimen seperti jadual-jadual di bawah.

Jadual 1: Perbandingan Nilai Min Antara Ujian Pra Dan Pasca Kumpulan Eksperimen Terhadap Perancangan Kerjaya

Pair 1	Mean	N
Pre	11.1563	32
Post	15.6250	32

Berdasarkan Jadual 2, nilai t yang tercatat adalah -4.874 ($p= 0.00 < 0.05$). Dengan itu hipotesis *null* ditolak dan hipotesis H1 diterima. Ini bererti intervensi MTK AADK memberi perbezaan signifikan yang positif kepada kematangan perancangan kerjaya terhadap responden kajian.

Jadual 2: Perbandingan Nilai t Antara Ujian Pra Dan Pasca Kumpulan Eksperimen Terhadap Perancangan Kerjaya

Pair 1	Mean	t	df	Sig.(2-tailed)
Pre- Post	-4.46875	-4.874	31	.000

ii. Perbandingan Min Pra Dan Pasca Kumpulan Kawalan

Bagi kumpulan kawalan, berikut adalah data yang diperoleh melalui ujian CMI. Terdapat sedikit penurunan min bagi skor ujian pra dan pasca kumpulan kawalan. Perbezaan signifikan negatif ditunjukkan dalam pencapaian ujian pra dan pasca seperti Jadual 3.

Jadual 3: Perbandingan Min Antara Ujian Pra Dan Pasca Kumpulan Kawalan Terhadap Perancangan Kerjaya

Pair 1	Mean	N
PRE	10.2188	32

POST	8.9688	32
------	--------	----

Berdasarkan Jadual 4, nilai t yang tercatat adalah 2.258 ($p = 0.031 < 0.05$). Dengan itu, hipotesis *null* ditolak dan hipotesis H1 diterima. Ini bererti terdapat perbezaan yang signifikan yang negatif kepada kematangan perancangan kerjaya terhadap responden kumpulan kawalan.

Jadual 4: Perbandingan Nilai t Antara Ujian Pra Dan Pasca Kumpulan Kawalan Terhadap Perancangan Kerjaya

Pair 1	Mean	t	df	Sig. (2-tailed)
Pre- Post	1.25000	2.258	31	.031

iii. Perbandingan Min Pasca Kumpulan Kawalan Dan Pasca Kumpulan Eksperimen

Bagi kumpulan eksperimen dan kawalan, setelah intervensi dijalankan terhadap kumpulan eksperimen ujian pasca telah diberikan. Berikut adalah data yang diperoleh melalui ujian CMI. Perbezaan yang signifikan ditunjukkan dalam pencapaian ujian antara dua kumpulan.

Jadual 5: Perbandingan Min Antara Ujian Pasca Kumpulan Kawalan Dan Pasca Kumpulan Eksperimen Terhadap Perancangan Kerjaya

Pair 1	Mean	N
POST	8.9688	32
POSTJEL	15.6250	32

Jadual 6: Perbandingan Nilai t Antara Ujian Pasca Kumpulan Kawalan Dan Pasca Kumpulan Eksperimen Terhadap Perancangan Kerjaya

Pair 1	Mean	t	df	Sig. (2-tailed)
POST - POSTJEL	-6.65625	-7.463	31	.000

Berdasarkan jadual-jadual diatas, nilai t yang tercatat adalah -7.463 ($p = 0.00 < 0.05$). Dengan itu hipotesis *null* ditolak dan hipotesis H1 diterima. Ini bererti terdapat perbezaan yang signifikan kepada kematangan perancangan kerjaya dalam kalangan responden kumpulan kawalan dan kumpulan eksperimen. Dimana kumpulan eksperimen menunjukkan min yang lebih besar (mean=15.620) berbanding kumpulan kawalan (mean=8.9688).

2. Drug Related - Locus of control (DR-LOC-ACREDA) versi Bahasa Melayu

Kajian ini cuba melihat kesan MTK AADK terhadap kawalan diri terhadap dadah responden. Instrumen *Drug Related Locus of Control ACREDA (DR-LOC-ACREDA)* telah digunakan bagi melihat perubahan yang berlaku dalam kawalan diri responden.

i. Perbandingan Min Pra dan Pasca Kumpulan Eksperimen

Bagi kumpulan eksperimen yang telah mengikuti Model Terapi Kerjaya, berikut adalah data yang diperoleh melalui ujian Instrumen *ACREDA (DR-LOC-ACREDA)*. Terdapat sedikit peningkatan dalam skor min pada ujian pasca kumpulan eksperimen jika dibandingkan dengan ujian pra seperti dalam Jadual 7.

Jadual 7: Perbandingan Skor Min Pra Dan Pasca Kumpulan Eksperimen Melalui Ujian *DR-LOC-ACREDA*

Pair 1	Mean	N
JUMLAH LOC (PRE TEST)	25.9375	32
JUMLAH LOC (POST TEST)	26.1563	32

Perbandingan nilai t antara ujian pra dan pasca kumpulan eksperimen telah dijalankan melalui ujian *DR-LOC-ACREDA* seperti Jadual 8.

Jadual 8: Perbandingan Nilai t Antara Ujian Pra Dan Pasca Kumpulan Eksperimen Melalui Ujian *DR-LOC-ACREDA*

	Mean	t	df	Sig. (2-tailed)
JUMLAH LOC (PRE TEST) - JUMLAH LOC (POST TEST)	-.21875	-.478	31	.636

Berdasarkan Jadual di atas, nilai t yang tercatat adalah -0.478 ($p = 0.636 > 0.05$). Dengan itu hipotesis *null* diterima dan hipotesis H1 ditolak. Ini bererti tidak terdapat perbezaan yang signifikan dalam lokus kawalan diri bagi kumpulan eksperimen yang mengikuti Intervensi Model Terapi Kerjaya.

ii. Perbandingan Min Pra dan Pasca Kumpulan Kawalan

Bagi kumpulan kawalan, berikut adalah data yang diperoleh melalui ujian *Drug Related Locus of Control ACREDA*. Jadual 9 menunjukkan pencapaian ujian pra dan pasca bagi kumpulan kawalan yang tidak mengikuti intervensi Model Terapi Kerjaya.

Jadual 9: Perbandingan Min Antara Ujian Pra Dan Pasca Kumpulan Kawalan Melalui Ujian *DR-LOC-ACREDA*

Pair 1	Mean	N
PRELOC	31.0625	32
POSTLOC	31.3438	32

Perbandingan nilai t antara ujian pra dan pasca kumpulan kawalan melalui Ujian *DR-LOC-ACREDA* adalah seperti di Jadual 10.

Jadual 10: Perbandingan Nilai t Antara Ujian Pra Dan Pasca Kumpulan Kawalan Melalui Ujian *DR-LOC-ACREDA*

Pair 1	Mean	t	df	Sig. (2-tailed)
PRELOC – POSTLOC	-.28125	-.404	31	.689

Berdasarkan Jadual diatas, nilai t yang tercatat adalah -0.404 ($p = 0.689 > 0.05$). Dengan itu hipotesis *null* diterima dan hipotesis H1 ditolak. Ini bererti tiada perbezaan yang signifikan dalam kawalan sendiri dalam kalangan responden kumpulan kawalan dalam ujian pra dan pasca.

iii. Perbandingan Min Pasca Kumpulan Kawalan dan Pasca Kumpulan Eksperimen

Bagi kumpulan eksperimen yang telah mengikuti MTK AADK dan kumpulan kawalan yang tidak mengikuti intervensi tersebut, berikut adalah data yang diperoleh melalui ujian Ujian *DR-LOC-ACREDA*. Terdapat perbezaan min diantara dua kumpulan seperti dalam Jadual 11.

Jadual 11: Perbandingan Min Ujian Pasca Kumpulan Kawalan Dan Eksperimen Dalam Lokus Kawalan Kendiri Melalui Ujian *DR-LOC-ACREDA*

Pair 1	Mean	N
POSTLOC	31.3438	32
POSTJEL	26.1563	32

Perbandingan nilai t antara ujian pasca kumpulan kawalan dan pasca kumpulan eksperimen melalui ujian *DR-LOC-ACREDA* adalah seperti di Jadual 12.

Jadual 12: Perbandingan Nilai t Antara Ujian Pasca Kumpulan Kawalan Dan Pasca Kumpulan Eksperimen Melalui Ujian *DR-LOC-ACREDA*

Pair 1	Mean	t	df	Sig. (2-tailed)
--------	------	---	----	-----------------

POSTLOC – POSTJEL	5.18750	9.927	31	.000
----------------------	---------	-------	----	------

Berdasarkan Jadual diatas, nilai t yang tercatat adalah 9.927 ($p = 0.000 < 0.05$). Dengan itu hipotesis *null* ditolak dan hipotesis H1 diterima. Ini bererti terdapat perbezaan yang signifikan terhadap tahap lokus kawalan sendiri dalam kalangan responden kumpulan kawalan dan responden kumpulan eksperimen dalam ujian pasca *Drug Related Locus of Control ACREDA*.

3. Soal Selidik Tennessee Self Concept Scale (TSCS) versi Bahasa Melayu

Kajian ini juga ingin melihat kesan intervensi MTK AADK terhadap konsep sendiri responden. Konsep sendiri adalah pembolehubah yang dianggap penting dalam membantu mengembalikan keyakinan diri dan kebolehan responden kajian untuk keluar berdikari dan dapat menentang cabaran yang bakal dihadapi.

i. Perbandingan Min Pra Dan Pasca Kumpulan Eksperimen

Jadual 13 menunjukkan data yang diperoleh melalui ujian Skala Konsep Kendiri Tennessee bagi kumpulan eksperimen. Data adalah pencapaian ujian pra dan post Skala Konsep Kendiri.

Jadual 13: Perbandingan Min Antara Ujian Pra Dan Pasca Kumpulan Eksperimen Melalui Ujian TSCS

Pair 1	Mean	N
PRE TEST	232.9000	30
POST TEST	241.5667	30

Perbandingan nilai t antara ujian pra dan pasca kumpulan eksperimen melalui ujian TSCS adalah seperti Jadual 14.

Jadual 14: Perbandingan Nilai t Antara Ujian Pra Dan Pasca Kumpulan Eksperimen melalui Ujian TSCS

	Mean	t	df	Sig. (2-tailed)
JUMLAH PRE TEST - JUMLAH POST TEST	-8.66667	-3.373	29	.002

Berdasarkan jadual diatas, nilai t yang tercatat adalah -3.373 ($p = 0.002 < 0.05$). Maka, hipotesis *null* ditolak dan hipotesis H1 diterima. Ini bermaksud, Model Terapi Kerjaya yang dijalankan menghasilkan keputusan perbezaan yang signifikan yang ditunjukkan melalui Skala Konsep Kendiri Tennessee (TSCS) terhadap kumpulan eksperimen. Skor min bagi ujian pra dan pasca juga menunjukkan perbezaan yang signifikan.

ii. Perbandingan Min Pra Dan Pasca Kumpulan Kawalan

Berikut adalah data yang diperoleh melalui ujian Skala Konsep Kendiri Tennessee (TSCS) bagi kumpulan kawalan dalam pencapaian ujian pra dan pasca seperti Jadual 15.

Jadual 15: Perbandingan Min Antara Ujian Pra Dan Pasca Bagi Kumpulan Kawalan Melalui Ujian TSCS

Pair 1	Mean	N
PRE TEST	233.3333	30
POST TEST	236.5333	30

Perbandingan nilai t antara ujian pra dan pasca kumpulan kawalan melalui ujian TSCS adalah seperti Jadual 16.

Jadual 16: Perbandingan Nilai t Antara Ujian Pra Dan Pasca Kumpulan Kawalan Melalui Ujian TSCS

Pair 1	Mean	t	df	Sig. (2-tailed)
JUMLAH PRE TEST - JUMLAH POST TEST	-3.20000	-1.187	29	.245

Berdasarkan jadual diatas, nilai t yang tercatat adalah -1.187 ($p = 0.245 > 0.05$). Maka, hipotesis *null* diterima dan hipotesis H1 ditolak. Ini bermaksud tidak terdapat perbezaan yang signifikan kepada Ujian Skala Konsep Kendiri Tennessee terhadap kumpulan kawalan. Namun terdapat sedikit peningkatan min antara skor ujian pra dan pasca dalam kalangan kumpulan kawalan tetapi tidak signifikan.

iii. Perbandingan Min Pasca Kumpulan Kawalan Dan Pasca Kumpulan Eksperimen

Berikut adalah data yang diperoleh melalui ujian Skala Konsep Kendiri Tennessee bagi kumpulan kawalan dan kumpulan eksperimen dalam pencapaian ujian pasca dan pasca seperti Jadual 17.

Jadual 17: Perbandingan Min Antara Ujian Pasca Kumpulan Kawalan Dan Kumpulan Eksperimen melalui ujian TSCS

Pair 1	Mean	N
POST DENGKIL	236.5333	30
POSTJELEBU	241.5667	30

Perbandingan nilai t antara ujian pasca kumpulan kawalan dan kumpulan eksperimen melalui ujian TSCS adalah seperti di Jadual 18.

Jadual 18: Perbandingan Nilai t Antara Ujian Pasca Kumpulan Kawalan Dan Kumpulan Eksperimen melalui ujian TSCS

	Mean	t	df	Sig. (2-tailed)
JUMLAH POST TEST – POSTJEL	-5.03333	-.998	29	.327

Berdasarkan Jadual 18, nilai t yang tercatat adalah -0.998 ($p = 0.327 > 0.05$). Maka, hipotesis *null* diterima dan hipotesis H1 ditolak. Ini menunjukkan tidak terdapat perbezaan yang signifikan kepada Ujian TSCS terhadap kumpulan kawalan dan kumpulan eksperimen dalam ujian pasca. Walaupun kumpulan eksperimen menunjukkan perbezaan signifikan dalam ujian pasca bagi diri mereka sendiri.

4. Skala Kesediaan Untuk berubah 'Stages of Change Scale' (SoCS) versi Bahasa Melayu

Kajian ini juga ingin melihat kesan MTK AADK yang diberikan kepada kumpulan eksperimen terhadap kesediaan untuk berubah. Kesediaan untuk berubah responden telah diukur dengan alat ukur *Stages Of Change Acreda (SOCS)*. Alat ukur ini telah digunakan dalam ujian pra dan pasca kedua-dua kumpulan iaitu kumpulan eksperimen dan kumpulan kawalan.

i. Perbandingan Min Pra Dan Pasca Kumpulan Eksperimen

Bagi kumpulan eksperimen yang telah mengikuti Model Terapi Kerjaya, berikut adalah data yang diperoleh melalui ujian SOCS. Terdapat sedikit peningkatan dalam min antara skor ujian pra berbanding pasca dalam kalangan kumpulan eksperimen. Namun, tiada perbezaan yang signifikan dalam pencapaian ujian pra dan pasca seperti Jadual 19.

Jadual 19: Perbandingan Min Antara Ujian Pra Dan Pasca Kumpulan Eksperimen Melalui Ujian SOCS

Pair 1	Mean	N
JUMLAH PRE SOCS	116.1563	32
JUMLAH POST SOCS	117.5938	32

Perbandingan nilai t antara ujian pra dan pasca kumpulan eksperimen melalui ujian SOCS adalah seperti Jadual 20 berikut.

Jadual 20: Perbandingan Nilai t Antara Ujian Pra Dan Pasca Kumpulan Eksperimen Melalui Ujian SOCS

Pair 1	Mean	t	df	Sig. (2-tailed)
--------	------	---	----	-----------------

JUMLAH PRE SOCS - JUMLAH POST SOCS	-1.43750	-.795	31	.432
--	----------	-------	----	------

Berdasarkan Jadual 20 diatas, nilai t yang tercatat adalah -0.795 ($p = 0.432 > 0.05$). Dengan itu hipotesis *null* diterima dan hipotesis H1 ditolak. Ini bererti intervensi Model Terapi Kerjaya tiada memberi perbezaan yang signifikan kepada fasa perubahan (SOCS) terhadap responden kumpulan eksperimen. Walaupun tiada perbezaan yang signifikan, terdapat peningkatan di dalam nilai min untuk skor ujian pasca jika dibandingkan dengan skor ujian pra.

ii. Perbandingan Min Pra Dan Pasca Kumpulan Kawalan

Bagi kumpulan kawalan, berikut adalah data yang diperoleh melalui ujian SOCS. Tiada perbezaan signifikan dalam pencapaian ujian pra dan pasca seperti jadual 26 di bawah.

Jadual 21: Perbandingan Min Antara Ujian Pra Dan Pasca Kumpulan Kawalan Melalui Ujian SOCS

Pair 1	Mean	N
preSOCS	120.5625	32
postSOCS	120.2188	32

Perbandingan nilai t antara ujian pra dan pasca kumpulan kawalan melalui ujian SOCS.

Jadual 22: Perbandingan Nilai t Antara Ujian Pra Dan Pasca Kumpulan Kawalan Melalui Ujian SOCS

	Mean	t	df	Sig. (2-tailed)
preSOCS – postSOCS	.34375	1.134	31	.266

Berdasarkan Jadual diatas, nilai t yang tercatat adalah 1.134 ($p = 0.266 > 0.05$). Dengan itu hipotesis *null* diterima dan hipotesis H1 ditolak. Ini bererti tiada perbezaan yang signifikan kepada fasa untuk berubah (SOCS) dalam kalangan responden kumpulan kawalan.

iii. Perbandingan Min Ujian Pasca Kumpulan Kawalan Dan Pasca Kumpulan Eksperimen

Bagi kumpulan eksperimen yang telah mengikuti MTK AADK dan kumpulan kawalan yang tidak mengikuti intervensi tersebut, berikut adalah data yang diperoleh melalui ujian pasca SOCS. Terdapat sedikit penurunan dalam min antara skor ujian pasca dalam kalangan kumpulan kawalan dan pasca kumpulan eksperimen seperti yang tercatat dalam Jadual 23.

Jadual 23: Perbandingan Min Antara Ujian Pasca Kumpulan Kawalan Dan Pasca Kumpulan Eksperimen Melalui Ujian SOCS

Pair 1	Mean	N
postSOCS	120.2188	32
VAR00002	117.5938	32

Perbandingan nilai t antara ujian pasca kumpulan kawalan dan pasca kumpulan eksperimen melalui ujian SOCS adalah seperti Jadual 24. Tidak terdapat perbezaan yang signifikan dalam pencapaian ujian pasca kumpulan kawalan dan kumpulan eksperimen seperti Jadual 24 di bawah.

Jadual 24: Perbandingan Nilai t Antara Ujian Pasca Kumpulan Kawalan Dan Pasca Kumpulan Eksperimen Melalui Ujian SOCS

	Mean	t	df	Sig. (2-tailed)
postSOCS - VAR00002	2.62500	1.151	31	.258

Berdasarkan jadual diatas, nilai t yang tercatat adalah 1.151 ($p = 0.258 > 0.05$). Dengan itu hipotesis null diterima dan hipotesis H1 ditolak. Ini bererti intervensi MTK AADK tidak memberi perbezaan atau kesan yang signifikan kepada fasa perubahan (SOCS) terhadap kedua-dua kumpulan.

3. DATA KUALITATIF

Data kualitatif bagi kajian ini telah dikumpulkan melalui beberapa sumber iaitu; (1) maklum balas bertulis secara semi-struktur oleh responden setelah selesai setiap aktiviti diikuti, dan (2) temubual mendalam setelah selesai seluruh aktiviti kelompok. Data kualitatif menghasil tiga (3) tema iaitu pengenalan sendiri, kesan Model Terapi Kerjaya terhadap perancangan kerjaya dan kesan Model Terapi Kerjaya terhadap mekanisme daya tindak.

i. Pengenalan Kendiri

Jadual 25 merupakan ekstrak dapatan kualitatif yang telah diperolehi dari responden berdasarkan tema pengenalan sendiri.

Jadual 25: Pandangan Responden Mengenai Kesan Model Terapi Kerjaya Terhadap Diri Mereka

Tema	Transkrip	Peratus (%)
Kenal Diri	<i>Lepas join program ni saya rasa saya lebih kenal diri saya, baru saya tahu saya sebenarnya boleh bergaul dengan orang</i>	65
	<i>...saya rasa lebih berkeyakinan dengan diri saya...</i>	45
	<i>la juga membantu membina hubungan (rapport) dengan ahli kelompok yang lain</i>	15
	<i>Saya yakin saya boleh capai apa yang saya rancang dan saya rasa lebih bersemangat selepas mengikuti program ini kerana saya lebih tahu diri saya.</i>	35
	<i>Program ini membantu menambah pengetahuan saya terutama tentang diri saya</i>	50
	<i>Program ini membantu mengenali kekuatan dan kelemahan diri.</i>	10
	<i>Terus terang saya cakap puan, sebelum ni saya pemalu, lepas di dalam program dapat tambah baik percakapan.</i>	10
	<i>...lepas sesi kenal diri tu saya rasa saya lebih menerima diri saya seadanya...</i>	20

Di bawah tema pengenalan sendiri, tiga aktiviti telah dijalankan iaitu *ice-breaking*, pendedahan sendiri dan kekuatan dan kelemahan sendiri. Keseluruhan responden (100%) bersetuju bahawa program ini membantu mereka untuk mengenal diri sendiri, dan meningkatnya rasa lebih berkeyakinan. Menurut sebahagian responden program ini membantu menambah pengetahuan mengenai diri dengan mengenali kekuatan dan kelemahan diri. Progra ini juga membantu dalam memberi kemahiran membina hubungan dengan rakan dan masyarakat.

ii. Kesan Model Terapi Terhadap Perancangan kerjaya

Jadual 26 merupakan ekstrak dapatan kualitatif yang telah diperolehi berdasarkan tema kesan Model Terapi Kerjaya terhadap perancangan kerjaya.

Jadual 26: Pandangan Responden Mengenai Kesan Model Terapi Kerjaya Terhadap Perancangan Kerjaya Mereka

<i>Tema</i>	<i>Transkrip</i>	<i>Peratus (%)</i>
<i>Perancangan Kerjaya</i>	<i>Lepas join program ni matlamat kerjaya saya lebih jelas</i>	75
	<i>Saya memang merasakan personaliti R (Realistik) berkait rapat dengan diri saya. Saya memang kurang suka bergaul dengan orang. Saya memang suka buat kerja sorang-sorang, yang penting kerja saya siap...</i>	45
	<i>Banyak maklumat kerjaya secara umum saya peroleh di mana saya mengetahui ada peluang pekerjaan yang bersesuaian untuk bekas penagih, sumber-sumber pinjaman wang dan sebagainya</i>	40
	<i>Modul ini membantu saya membuat keputusan kerjaya yang lebih realistik.</i>	50
	<i>Ceramah yang dijalankan meningkatkan motivasi saya.</i>	45
	<i>Saya lebih yakin untuk laksanakan kerjaya yang saya telah rancang kerana sebelum ini saya kurang jelas berkenaan matlamat diri dan kerjaya.</i>	60

Menerusi enam (6) aktiviti dalam kajian yang mengkhususkan kepada perancangan kerjaya telah menunjukkan kesan yang baik kepada responden. Ceramah 1 Azam, *Job Search* dan juga pelan tindakan telah membantu dalam usaha mengenalpasti langkah-langkah dalam mencari peluang pekerjaan.

Seramai 32 responden (100%) berpandangan aktiviti dalam kajian ini membantu mereka dalam mengenal pasti peluang pekerjaan, belajar berkenaan persediaan kerja, meningkatkan kekuatan semangat jati diri dan sokongan keluarga, akses kepada organisasi yang boleh membantu dan juga cara untuk mengembangkan perniagaan mereka.

Semua responden bersetuju bahawa model ini menerusi aktiviti yang dijalankan membantu dalam mendapatkan maklumat berkenaan dengan pemilihan kerjaya. Responden mengetahui bagaimana untuk menghadapi risiko dalam kerjaya, mendapatkan maklumat syarikat yang boleh membantu dalam kerjaya mereka, mendapat maklumat berkenaan dengan pemilihan kerjaya di samping membuka minda untuk mengetahui sumber penjana modal selepas keluar daripada pusat pemulihan.

Namun begitu, terdapat empat (4) orang responden yang tidak bersetuju bahawa program ini membantu dalam mendapatkan maklumat berkenaan dengan pemilihan kerjaya kerana sukar memahami informasi yang disampaikan dan juga mempunyai minat dalam bidang lain.

iii. Kesan Model Terapi Kerjaya Terhadap Mekanisma Daya Tindak

Pandangan responden mengenai kesan model terapi kerjaya terhadap mekanisma daya tindak mereka dirumuskan dalam Jadual 27.

Jadual 27: Pandangan Responden Mengenai Kesan Model Terapi Kerjaya Terhadap Mekanisma Daya Tindak Mereka

Tema	Transkrip	Peratus (%)
Mekanisma Daya Tindak	<i>Saya rasa ia membantu saya lebih kepada menjaga penampilan diri. Walaupun saya ingin bekerja sebagai pemandu lori, saya ingin menjadi pemandu lori yang kemas.</i>	35
	<i>Thought stopping mengajar kita untuk berfikir dengan rasional...</i>	60
	<i>Ia membantu buat saya sedar akan kepentingan sistem sokongan dalam kepulihan.</i>	25
	<i>...Untuk berubah diri sendiri memainkan peranan penting...</i>	35
	<i>Penting untuk berubah untuk diri saya sendiri. Saya nak perbaiki diri saya. Saya rasa lepas join program ni, saya lebih ada hala tuju...</i>	20

Dalam tema mekanisme daya tindak, tiga (3) aktiviti yang dijalankan iaitu pengurusan diri, pengurusan relaps dan juga daya tindak/efikasi. Kesemua (100%) responden bersetuju bahawa aktiviti ini membantu mereka dari segi pengurusan diri selepas dibebaskan. Ini kerana terdapat responden yang telah melakukan pengurusan diri yang baik sebelum ini, dapat membahagikan masa dengan kerja, perubahan personaliti dan mampu bersosial, semakin yakin dan bersemangat di samping meningkatkan motivasi diri dan cara fikir serta dapat mengasah bakat mereka.

PERBINCANGAN KAJIAN

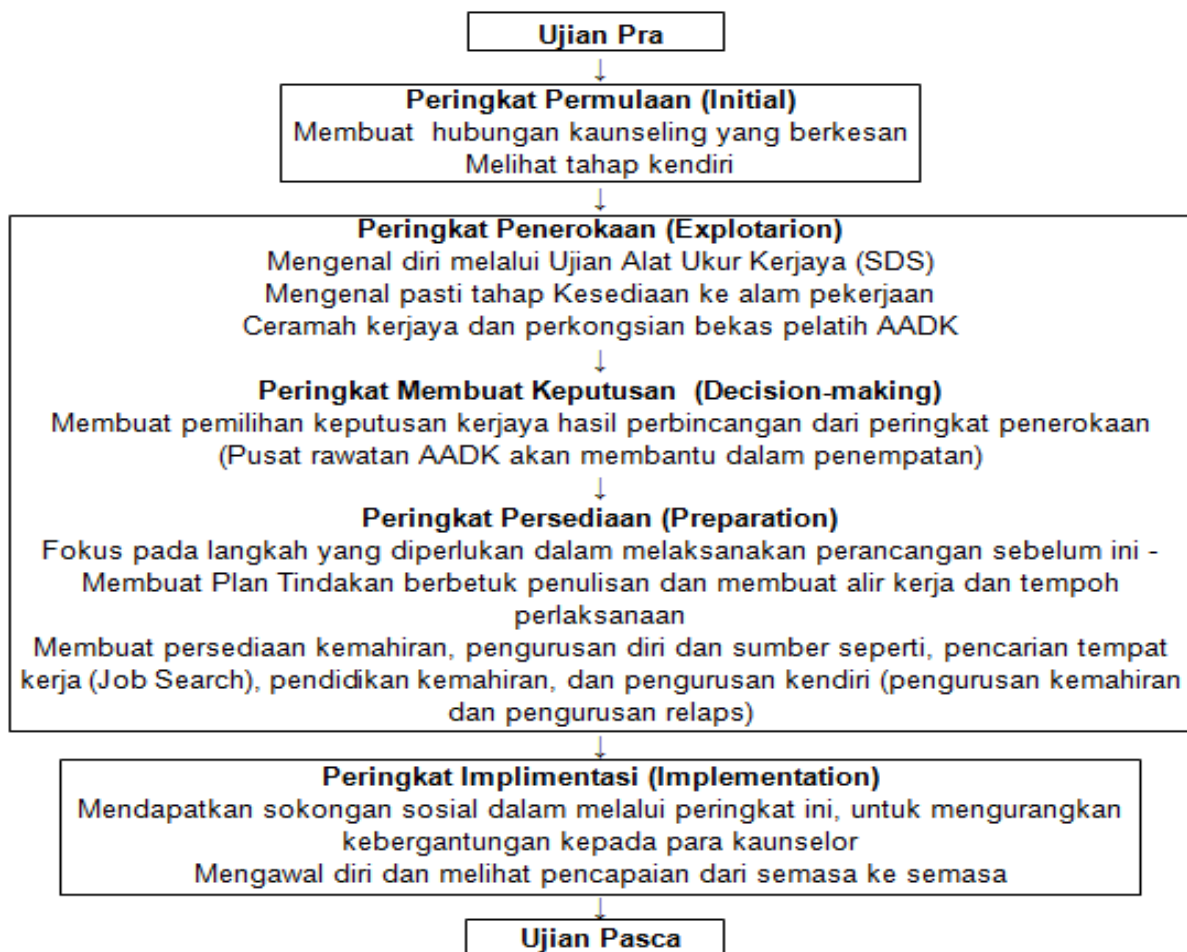
Kajian Model Terapi Kerjaya AADK ini dijalankan sebanyak 12 sesi termasuk ujian pra dan pasca. Kajian ini mengfokuskan kepada 3 pemboleh ubah yang utama iaitu melihat kesan model ini kepada konsep sendiri responden, kerjaya (perancangan, kematangan, pemilihan) dan juga mekanisme daya tindak responden. Kajian ini dijalankan menggunakan pendekatan kelompok psikopendidikan bagi menjalankan sesi kelompok kerjaya ini. Model kerjaya ini dipengaruhi oleh pendekatan Donald Super (1957), Holland (1980) dan Magnusson (1991, 1992). Pendekatan ini mudah difahami untuk diaplikasikan dalam sesi kaunseling atau konsultasi bersama klien di Pusat CCRC, AADK.

Hasil daripada ujian pra dan pasca kumpulan eksperimen mendapati terdapat peningkatan min dan perhubungan yang signifikan kepada pemboleh ubah kematangan kerjaya dan juga konsep sendiri. Bagi mekanisme daya tindak, dapatan menunjukkan peningkatan min sahaja, tetapi tiada perhubungan yang signifikan antara keputusan ujian min pra dan pasca bagi kumpulan eksperimen. Keputusan kajian yang diperolehi membuktikan bahawa Model Terapi Kerjaya AADK boleh memberi kesan yang positif kepada responden dari segi kematangan kerjaya dan konsep sendiri.

Keputusan mekanisme daya tindak pula tidak menunjukkan hubungan yang signifikan antara keputusan pra dan pasca kumpulan eksperimen. Ini disebabkan kurangnya penekanan model ini kepada aktiviti mekanisme daya tindak dan model ini lebih berfokus kepada pembangunan kerjaya responden. Walaubagaimanapun, hasil daripada temubual responden menunjukkan terdapat kesan yang positif terhadap mekanisme daya tindak mereka, seperti (1) mengajar mereka untuk berfikir secara rasional bagi mengelakkan daripada berlakunya relaps, (2) memberikan kesedaran akan kepentingan sistem sokongan yang boleh membantu dalam proses pemulihan mereka, dan (3) memberikan kesedaran bahawa keputusan diri sendiri adalah faktor yang mempengaruhi diri untuk berubah.

Bentuk Model Terapi Kerjaya AADK

Model yang dihasilkan adalah merupakan diadaptasikan daripada model yang dijalankan oleh Magnusson (1995), mengenai proses dalam perancangan kerjaya. Proses tersebut adalah peringkat permulaan, penerokaan, membuat keputusan, persediaan dan implimentasi. Magnusson (1995) juga mengambil pandangan daripada Super (1990) dan Holland (1980) bahawa konsep sendiri harus ditekankan dalam pemilihan kerjaya. Berikut merupakan bentuk model terapi kerjaya AADK yang dihasilkan dan dilaksanakan oleh pengkaji:



Pada peringkat yang pertama iaitu Peringkat Permulaan terdapat tiga elemen utama yang kaunselor perlu tekankan iaitu sesi kaunseling yang efektif, mengenal pasti motivasi diri klien dalam perancangan kerjaya dan membina perancangan kerjaya yang relevan. Kaunselor menjalankan sesi *ice-breaking* untuk membina *rapport* sesama ahli. Sesi seterusnya berfokuskan kepada konsep sendiri pelatih yang merangkumi cara pelatih melihat diri sendiri dan mengenalpasti kekuatan dan kelemahan diri. Menurut Super (1990) adalah penting bagi seseorang individu untuk mempunyai konsep sendiri sebelum membuat pemilihan kerjaya.

Seterusnya peringkat penerokaan membantu klien untuk meneroka pengalaman-pengalaman kerja, kemahiran dan minat mereka sendiri. Hal ini bertujuan untuk memperbaharui semangat dan harapan klien dalam mencari kerjaya yang sesuai. Secara tidak langsung klien mendapat peluang untuk mengekspresikan sesuatu yang bermakna dalam diri mereka dalam proses perancangan kerjaya. Ini melibatkan sesi yang ke 5 dan sesi yang ke 6. Dalam sesi ini pelatih AADK menjawab soalan Self-Directed Search oleh Holland (1980) untuk mengenalpasti suasana kerja mereka. Setelah pelatih mengenal minat mereka, kaunselor akan membimbing pelatih AADK untuk meneroka dengan lebih mendalam pengalaman mereka, persekitaran kerja, bakat dan kemampuan mereka.

Peringkat yang ketiga adalah peringkat klien membuat keputusan. Keputusan yang dibuat merujuk kepada senarai pekerjaan yang bersesuaian berdasarkan pengalaman dan minat klien. Klien juga perlu mengenalpasti kerjaya yang sesuai berdasarkan intuisi mereka. Ini boleh membantu kaunselor untuk meneroka persepsi klien dengan menggunakan teknik soalan '*what if*' dalam beberapa situasi pekerjaan yang tersenarai. Hal ini dapat membantu klien untuk membuat keputusan yang lebih tepat. Pada sesi yang keenam (Ini Keputusan Aku) kaunselor membantu responden AADK untuk membuat keputusan bagi mereka memilih pilihan kerjaya. Responden juga menyatakan bahawa sesi ini membantu mereka untuk membuat keputusan yang lebih spesifik berbanding sebelum ini mereka mempunyai pilihan kerjaya yang banyak tetapi tidak tahu bagaimana untuk membuat keputusan.

Magnusson (1995) menyatakan bahawa pada peringkat persediaan terdapat dua perkara yang harus difokuskan bagi perancangan yang konkrit dalam mencapai matlamat. Pertama ialah merancang plan tindakan yang melibatkan kontrak antara kaunselor dan klien yang akan memperincikan langkah-langkah bagi klien, bagaimana langkah tersebut akan dinilai dan dilaporkan, panduan garis masa, atau grafik plan tindakan. Seterusnya, menambahbaik kemahiran asas sebelum klien memasuki alam pekerjaan. Antara hal-hal yang perlu diambilkira termasuklah pekerjaan (pencarian kerja), pendidikan (kemahiran belajar, permohonan kemasukan ke institusi pendidikan), dan kemahiran individu (pengurusan emosi, penyalahgunaan dadah). Langkah ini penting untuk peringkat yang terakhir iaitu peringkat perlaksanaan. Pada peringkat ini, responden AADK diberikan peluang untuk membuat plan tindakan bagi mencapai pekerjaan yang mereka mahukan. Kaunselor membantu pelatih untuk membuat keputusan dan perancangan yang realistik. Pelatih juga didedahkan dengan peluang-peluang pekerjaan yang disediakan daripada *Jobs Malaysia*.

Peringkat terakhir adalah peringkat perlaksanaan. Pada peringkat ini, klien perlu melaksanakan plan tindakan yang telah dirancang. Dua strategi yang telah dikenalpasti untuk melaksanakan plan tindakan adalah membina sistem sokongan. Dalam sesi ini, kaunselor membantu responden untuk mengenalpasti individu-individu yang menjadi sokongan buat mereka. Magnusson (1995) bahawa kebanyakan keputusan yang dibuat bersama kaunselor tidak berjaya dilaksanakan

kerana kekurangan sistem sokongan. pelatih mempelajari cara untuk mengenalpasti orang-orang yang berkepentingan dalam hidup mereka dan bagaimana cara untuk membina hubungan yang baik ketika di dalam sesi.

Kesan Positif Model Terapi Kerjaya AADK Terhadap Perancangan Kerjaya Pelatih AADK

Enam (6) aktiviti khusus telah dilaksanakan dalam memberi fokus pembangunan kerjaya para pelatih AADK. Aktiviti ini bermatlamat supaya responden memahami personaliti, suasana kerja yang sesuai, mendapatkan maklumat bagaimana ingin mencari kerja dan membuat keputusan dan perancangan untuk bekerja. Untuk mengukur keberkesanan ini, instrumen CMI telah digunakan. Merujuk kepada perkara ini, kematangan kerjaya bermakna kesediaan untuk membuat keputusan kerjaya dengan kemahiran vokasional dan pembangunan tugas pendidikan (Savickas, 1984). Tambahan lagi, kematangan kerjaya secara takrifannya merujuk kepada keupayaan individu dalam membuat pilihan kerjaya yang tepat. Ia merangkumi kesedaran terhadap apa yang diperlukan untuk membuat keputusan kerjaya dan sejauhmana pilihan individu tersebut berkait dengan agensi lain secara realistik dan konsisten dari semasa ke semasa (Crites, 1978b, King, 1989, Ohler, Levinsen dan Hays, 1996).

Hasil ujian CMI menunjukkan terdapat peningkatan yang signifikan dalam kematangan merancang kerjaya dalam kalangan mereka yang telah mengikuti model ini (kumpulan eksperimen) berbanding dengan kumpulan kawalan. Pasca kumpulan kawalan menunjukkan jumlah min yang rendah ($mean=8.9688$) berbanding jumlah skor min kumpulan eksperimen ($mean=15.6250$). Nilai ujian-t yang tercatat adalah -7.463 ($p = 0.00 < 0.05$). Ini menunjukkan terdapat kesan yang positif yang dialami oleh responden bagi kumpulan eksperimen setelah mengikuti Model Terapi Kerjaya AADK. Kesan yang positif juga dapat dibuktikan dengan membandingkan skor ujian CMI untuk pra ($mean=11.1563$) dan pasca ($mean=15.6250$) kumpulan eksperimen sendiri. Nilai ujian-t yang tercatat adalah -4.874 ($p= 0.00 < 0.05$). Ini menunjukkan perbezaan yang signifikan dialami oleh kumpulan eksperimen setelah mengikuti Model Terapi Kerjaya AADK.

Kesan model terapi kerjaya AADK ini juga telah di kaji dengan mendapatkan maklumat secara pemerhatian, maklum balas bertulis dan temubual. Hasil daripada data kualitatif ini juga menyokong kepada penemuan data kuantitatif. Data kualitatif menunjukkan para responden merasakan mereka lebih mengenali diri dan mengetahui alam pekerjaan yang sesuai setelah menduduki ujian SDS. Mereka merasakan SDS dapat menggambarkan personaliti mereka dan bidang serta alam pekerjaan yang sesuai.

SDS juga membantu responden dalam mengenalpasti minat bidang pekerjaan yang akan mereka ceburi. Inventori Holland yang telah dialih bahasa ini telah dibentuk berdasarkan andaian bahawa minat vokasional adalah satu daripada aspek personaliti seseorang. Selain itu, ia juga menggambarkan bahawa minat individu mencerminkan personaliti. Teori ini juga memberikan sumbangan dalam pelbagai bidang terutamanya dalam pemilihan kerjaya (Ahmad & Halim, 2004).

Para responden yang menjalani aktiviti ketiga iaitu “Adakah Aku Sudah Bersedia” yang dijalankan membuatkan mereka berfikir tentang pekerjaan dan peluang kerjaya mereka yang akan datang. Secara keseluruhannya, responden dapat memahami pilihan kerjaya yang bersesuaian dengan minat dan bersifat realistik, selari dengan objektif yang digariskan melalui aktiviti ini. Responden juga menyatakan bahawa aktiviti di dalam model ini telah membantu mereka dalam penambahan maklumat dan membuat keputusan. Semasa aktiviti ceramah Jobs Malaysia, responden menyatakan mereka mendapat maklumat mengenai tempat rujukan yang bakal mereka gunakan setelah keluar nanti.

Magnusson (1995) menyatakan bahawa pada peringkat pemulihan ini, klien masih berada di peringkat yang kedua (Penerokaan) dan ketiga (Membuat keputusan). Pada peringkat penerokaan, klien meneroka pengalaman-pengalaman kerja, kemahiran dan minat mereka sendiri. Hal ini bertujuan untuk memperbaharui semangat dan harapan klien dalam mencari kerjaya yang sesuai. Secara tidak langsung klien mendapat peluang untuk mengekspresikan sesuatu yang bermakna dalam diri mereka dalam proses perancangan kerjaya. Peringkat ketiga pula adalah peringkat klien membuat keputusan. Keputusan yang dibuat merujuk kepada senarai pekerjaan yang bersesuaian berdasarkan pengalaman dan minat klien. Klien juga perlu mengenalpasti kerjaya yang sesuai berdasarkan intuisi mereka. Kaunselor meneroka persepsi klien dengan menggunakan teknik soalan ‘*what if*’ dalam beberapa situasi pekerjaan yang tersenarai. Hal ini dapat membantu klien untuk membuat keputusan yang lebih tepat.

Kesan model ini juga diperkukuhkan dengan adanya perkongsian maklumat daripada bekas penagih yang telah berjaya menguruskan dirinya dan menjalankan kerja di luar. Di samping itu, model ini didapati telah membantu responden membina pelan tindakan yang realistik yang boleh mereka gunakan apabila mereka keluar dan memulakan hidup bekerjaya.

Perkara ini seiring dengan langkah yang keempat (peringkat persediaan) dan menyumbang kepada peringkat yang kelima (peringkat implementasi) berdasarkan langkah-langkah yang digariskan oleh Magnusson (1995). Pada peringkat persediaan terdapat dua (2) kunci utama yang harus difokuskan bagi perancangan yang konkrit dalam mencapai matlamat utama. Salah satu daripadanya ialah merancang pelan tindakan yang melibatkan kontrak antara kaunselor dan klien. Pelan ini akan memperincikan langkah-langkah bagi klien, bagaimana langkah tersebut akan dinilai dan dilaporkan, panduan garis masa, atau grafik pelan tindakan. Seterusnya, menambahbaik kemahiran asas sebelum klien memasuki alam pekerjaan. Antara hal-hal yang perlu diambil kira termasuklah pekerjaan (pencarian kerja), pendidikan (kemahiran belajar, permohonan kemasukan ke institusi pendidikan), dan kemahiran individu (pengurusan emosi, penyalahgunaan dadah). Langkah ini penting untuk mencapai peringkat yang terakhir iaitu peringkat pelaksanaan.

Pada peringkat akhir, klien perlu melaksanakan pelan tindakan yang telah dirancang. Dua strategi yang telah dikenalpasti untuk melaksanakan pelan tindakan adalah membina sistem sokongan. Magnusson (1995) menyatakan bahawa kebanyakan keputusan yang dibuat bersama kaunselor tidak berjaya dilaksanakan kerana kekurangan sistem sokongan. Klien perlu mempelajari cara untuk mengenalpasti individu-individu yang berkepentingan dalam hidup mereka dan

bagaimana cara untuk membina hubungan yang baik. Seterusnya, klien juga perlu membina sistem sokongan bagi memantau dan memberi ganjaran terhadap kemajuan diri mereka.

Kesan Positif Model Terapi Kerjaya AADK Terhadap Pembangunan Diri Pelatih AADK (Konsep Kendiri)

Tiga (3) aktiviti khusus telah dilaksanakan dalam memberi fokus pembangunan diri para pelatih AADK yang bermatlamatkan supaya mereka memahami diri, memahami orang lain, dan mengenalpasti kekuatan dan kelemahan diri serta membina konsep kendiri yang lebih positif. Untuk mengukur keberkesanan ini, instrumen *Tennessee Self-Concept Scale (TSCS)* yang telah diterjemah telah digunakan.

Hasil ujian *TSCS* menunjukkan terdapat peningkatan yang signifikan dalam konsep kendiri dalam kalangan mereka yang telah mengikuti model ini (kumpulan eksperimen) berbanding dengan kumpulan kawalan. Jumlah skor pasca bagi kumpulan kawalan menunjukkan jumlah skor yang rendah (236.5333) berbanding jumlah skor pasca bagi kumpulan eksperimen (241.5667). Nilai ujian statistik *t* yang tercatat adalah -0.998 ($p = 0.327 > 0.05$). Ini menunjukkan adanya kesan yang positif yang dialami oleh responden bagi kumpulan eksperimen setelah mengikuti Model Terapi Kerjaya AADK. Namun begitu, perbezaan ini tidaklah signifikan. Kesan yang positif juga dapat dibuktikan dengan membandingkan skor ujian *TSCS* untuk pra (232.9000) dan pasca (241.5667) kumpulan eksperimen sendiri. Nilai ujian statistik *t* yang tercatat adalah -3.373 ($p=0.002 < 0.05$). Ini menunjukkan perbezaan yang signifikan dialami oleh kumpulan eksperimen setelah mengikuti Model Terapi Kerjaya AADK.

Data kualitatif menunjukkan para responden merasakan bahawa aktiviti pengenalan kendiri telah membantu mereka mengenali diri dengan lebih mendalam melalui interaksi dan maklum balas dari rakan-rakan kelompok. Aktiviti ini juga telah membolehkan ahli-ahli merasa selesa, selamat untuk memberikan maklum balas kepada rakan-rakan dan merasa diri mereka diterima. Ini merupakan impak yang positif yang boleh meningkatkan rasa harga diri di kalangan individu. Penerimaan rakan adalah merupakan satu faktor penting dalam membina harga diri. Responden juga merasakan mereka lebih bersedia menerima diri mereka sendiri dengan segala kelemahan dan kekuatan yang ada serta dapat mengenal pasti faktor-faktor yang perlu untuk diberikan perhatian untuk berubah menjadi manusia yang lebih berguna.

Aktiviti pengenalan kendiri telah memberi kesan kepada tahap keyakinan responden kerana terdapat beberapa orang responden yang menyatakan mereka merasa lebih yakin setelah mengikuti Model Terapi Kerjaya AADK. Aktiviti pengenalan kendiri membantu membina kemahiran responden dalam berkomunikasi dan berhubung dengan masyarakat. Aktiviti pembangunan diri juga telah memberi kesedaran kepada responden mengenai beberapa aspek dalam diri dan tingkah laku mereka yang perlu diubah bagi membolehkan mereka menjadi lebih efektif.

Carl Rogers (1961) mengatakan bahawa konsep kendiri adalah mengenai cara seseorang individu mengenali dirinya sendiri, sama ada berkenaan kelemahan dan kekuatannya melalui pengalaman yang dialaminya serta pandangan orang lain

disekelilingnya. Oleh itu, melalui model ini, responden dilihat dapat mengenali dan memahami diri mereka sendiri dengan lebih mendalam.

Selain itu, penerimaan yang positif antara ahli kumpulan juga di lihat menjadi faktor peningkatan konsep sendiri responden. Setelah melalui sesi kaunseling selama sebulan setengah, hasil kepercayaan yang terbina antara ahli kumpulan telah memberi keselesaan kepada ahli kelompok untuk berkongsi cerita dan pandangan sehingga wujud rasa diterima oleh ahli kelompok yang lain. Tidak dinafikan konsep sendiri yang negatif merupakan salah satu punca individu boleh terjebak dengan dadah. Hal ini dapat disokong dengan kajian yang telah dilakukan oleh Samuel dan Samuel pada tahun 1974, yang melaporkan bahawa konsep sendiri merupakan salah satu faktor mengapa individu boleh terlibat dalam penyalahgunaan dadah, selain faktor sikap ingin tahu, kebosanan, dan pengaruh rakan sebaya.

Sebagaimana konsep sendiri merupakan salah satu punca keterlibatan individu dalam penyalahgunaan dadah, ia juga boleh digunakan sebagai salah satu faktor bagi bekas penagih dadah untuk kekal pulih dari penagihan. Hal ini telah disokong oleh kajian yang telah dijalankan oleh Carmichael, Linn, Pratt, dan Webb pada tahun 1977. Kajian mereka bertajuk '*Self-Concept and Substance Abuse Treatment*' di mana para pengkaji telah menekankan faktor konsep sendiri dalam rawatan kaunseling yang telah diberikan kepada responden. Dalam kajian ini, pengkaji telah mengukur perbezaan tahap konsep sendiri responden yang telah berjaya menghabiskan rawatan dalam tempoh yang diberikan dengan responden yang gagal menghabiskan rawatan. Hal ini telah menunjukkan bahawa konsep sendiri merupakan satu kunci penting untuk mengekalkan kepuliharaan penyalahgunaan dadah, seterusnya menguatkan lagi kepentingan Model Terapi Kerjaya ini dalam memberi kesan yang positif terhadap konsep sendiri responden.

Kesan Positif Model Terapi Kerjaya AADK terhadap Lokus Kawalan Pelatih AADK

Lokus kawalan sendiri berada di bawah tema mekanisma daya tindak yang mana difokuskan melalui aktiviti Pengurusan Relaps. Menurut *United Nations Office on Drugs and Crime* (2007), Pengurusan Relaps adalah rawatan tingkah laku yang melihat kepada tahap perubahan tingkah laku ketagihan, berdasarkan Teori Tingkah laku Kognitif (CBT) dengan dua (2) matlamat utama iaitu untuk mengelakkan berlakunya relaps awal selepas komitmen untuk perubahan telah dibuat dan untuk mengelakkan berlakunya relaps yang berulang-ulang. Aktiviti ini menekankan tentang pengurusan relaps dengan mengajarkan teknik "*Thought Stopping*", menjalankan aktiviti pernafasan, zikir dan relaksasi Bersama responden. Faktor-faktor yang mendorong seseorang untuk relaps dan perbincangan tentang relaps secara umumnya telah dibincangkan.

Hasil ujian LOC menunjukkan terdapat perubahan yang kecil bagi lokus kawalan dalam kalangan mereka yang telah mengikuti model ini (kumpulan eksperimen) berbanding dengan kumpulan kawalan. Jumlah skor pasca bagi min kumpulan eksperimen menunjukkan jumlah skor yang rendah (26.1563) berbanding jumlah skor pasca bagi kumpulan kawalan (31.3438). Nilai ujian statistik t yang tercatat adalah 9.927 ($p = 0.000 < 0.05$) dan menunjukkan perbezaan ini adalah signifikan.

Kesan yang positif juga dapat dibuktikan dengan membandingkan skor ujian LOC untuk pra (25.9375) dan pasca (26.1563) kumpulan eksperimen sendiri namun begitu perbezaan min adalah tidak signifikan. Nilai ujian statistik t yang tercatat adalah 0.478 ($p = 0.636 > 0.05$).

Melalui aktiviti yang telah dijalankan, rata-rata responden telah memberi maklumbalas yang positif dengan menyatakan bahawa mereka yakin dapat menguruskan relaps mereka dengan cara yang telah diajarkan, tanpa bantuan orang lain. Hal ini telah menunjukkan bahawa mereka dapat memusatkan lokus kawalan sendiri mereka kepada diri mereka sendiri, iaitu lokus kawalan dalaman. Rotter (1975) menyatakan bahawa individu yang berpegang kepada lokus kawalan dalaman percaya bahawa hasil daripada tindakan mereka adalah hasil kebolehan dan usaha mereka sendiri, dan bukannya daripada pengaruh dari luar.

Tambahan lagi, kajian juga telah menunjukkan bahawa individu yang mempunyai kawalan lokus dalaman dikaitkan dengan pencapaian matlamat yang lebih aktif, menunjukkan lebih penglibatan spontan dalam sesuatu pencapaian, hubungan interpersonal yang lebih baik, pelarasan emosi yang lebih baik, kesejahteraan, tahap prestasi yang lebih tinggi, kewaspadaan, dan membuat keputusan secara autonomi (Lefcourt, 1991). Secara jelasnya, pelatih yang mempunyai lokus kawalan dalaman yang bagus akan dapat menangani relaps yang berkemungkinan akan muncul selepas keluar dari pusat pemulihan. Pemulihan adalah tentang menjadi lebih bertanggungjawab dan memperbaiki cara hidup ke arah yang lebih baik. Jika individu ingin berjaya pulih dari ketagihan dan membina kehidupan yang lebih baik, mereka memerlukan lokus kawalan dalaman yang lebih. (Huzili, 2013). Selain itu, majoriti responden juga telah menyatakan bahawa aktiviti '*Thought Stopping*' adalah strategi yang mudah untuk dilakukan selain dapat mengawal corak pemikiran mereka secara efektif.

Secara konsepnya, "*thought stopping*" adalah teknik intervensi kognitif dengan matlamat untuk mengganggu dan mengalihkan corak pemikiran berulang yang bermasalah. "*Thought stopping*" adalah alat yang mudah tetapi berkesan untuk menyingkirkan pemikiran yang tidak diinginkan dan tidak perlu (Adeniyi, 2014). Corak pemikiran itu boleh menjadi sama ada kebimbangan, obsesi, dorongan, kebiasaan yang tidak diinginkan, dan lain-lain. Salah satu teknik yang boleh digunakan adalah dengan berteriak, atau berteriak dalam kepala dengan menyebut "Hentikan!" apabila trigger atau pemikiran yang tidak diinginkan kembali, dan kemudian berfikir sesuatu perkara yang lebih positif atau produktif untuk menggantikan pemikiran buruk tersebut. Dengan menggunakan teknik "*thought stopping*" dapat memberikan seseorang rasa kawalan ke atas setiap perbuatannya (Ankrom, 2017).

Dengan sentiasa mempraktikkannya, "*thought-stopping*" boleh menjadi sebahagian daripada kehidupan seharian. Semakin seseorang individu itu konsisten menggantikan pemikiran yang tidak membantu dengan pemikiran yang berguna, pemikiran membantu yang baru menjadi lebih automatik (Adeniyi, 2014). Melalui teknik "*thought stopping*" yang telah diajarkan kepada klien, klien telah dapat menyedari keperluan untuk sentiasa mempraktikkan teknik tersebut untuk mengawal diri mereka dari kecenderungan untuk relaps. *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC) pada tahun 2007 menyenaraikan "*thought stopping*" sebagai satu alat atau strategi yang digunakan untuk menangani keinginan untuk kembali menagih dadah, berdasarkan Terapi Perilaku Kognitif (CBT). Fokus utama intervensi

ini adalah untuk membantu penagih ke arah membina strategi mencegah penagihan semula ataupun relaps (Flaherty, 2012). Intervensi CBT juga lebih berkesan mengekalkan kepulihan berbanding sampel yang tidak mengikuti CBT (B.Hunter, Watkins, Paddock, Hepner & Witkiewitz, 2012).

Keberkesanan pemulihan dan rawatan penagih dadah di institusi pemulihan berkait rapat dengan perubahan psikologikal sebelum ia diinterpretasi kepada bentuk tingkah laku. Terapi Kognitif Tingkah laku (CBT) adalah satu cara pemulihan berteraskan rawatan psikologikal yang melibatkan tumpuan, perasaan dan tingkah laku yang memfokuskan kepada masalah. CBT juga secara langsung dapat menurunkan tahap pengekalan daripada terus menyalahgunaan bahan. Kajian membuktikan CBT dalam pemulihan dadah mengurangkan kadar relaps dalam kalangan penagih dadah dalam kepulihan (Azniza et. al, 2011). Selain itu, hasil maklum balas yang diberikan oleh pelatih menunjukkan bahawa kebanyakan mereka dapat melihat keperluan mempunyai lokus kawalan dalaman yang baik.

Rotter (1966) menyatakan bahawa individu yang boleh mengawal dan mempengaruhi kehidupannya sendiri dianggap mempunyai lokus kawalan dalaman yang tinggi. Mereka percaya bahawa mereka yang bertanggungjawab atas nasib dan masa depan mereka, dan mereka berasa bermotivasi untuk mengambil tindakan. Motivasi dan keinginan untuk berubah merupakan faktor utama ke arah kejayaan penagih dapat dipulihkan (Salay, 1986; dalam Mahmood, et.al.,1996). Lokus kawalan dalaman boleh menjadi lebih bermanfaat kepada individu apabila disekalikan dengan penerimaan seseorang individu. Ini berbeza daripada bertindak dari lokus kawalan luaran kerana ia bermakna bahawa individu itu bersikap rasional terhadap apa jua perkara yang telah berlaku. Orang-orang yang mempunyai lokus kawalan dalaman cenderung untuk mengekalkan "saya boleh melakukannya", dan ini cenderung bermaksud bahawa mereka disukai dan dihormati oleh orang lain (Rotter, 1975). Bagi mereka dalam rawatan penyalahgunaan bahan, khususnya terapi ketagihan dadah, beralih dari lokus kawalan luaran ke lokus kawalan dalaman boleh memainkan peranan penting dalam pemulihan (Clarke & Nicholson, 2011). Lokus kawalan yang dipegang oleh seseorang individu juga penting kerana ia dapat menentukan tahap kejayaan yang mereka alami dalam kehidupan (Wan Abdul Kader, 1994).

Oleh itu, berdasarkan respons yang telah diberikan oleh pelatih tentang pelaksanaan pengurusan relaps telah menunjukkan bahawa ianya telah memberikan kesan yang memberangsangkan terhadap lokus kawalan sendiri diri pelatih, kerana "*thought stopping*" yang diaplikasikan di bawah konsep teori Tingkah laku Kognitif (CBT) mempunyai kesan positif untuk klien dalam meningkatkan keadaan mental dan mengurangkan kadar relaps (Chan & Leung, 2002).

Kesan Model Terapi Kerjaya AADK Terhadap Tahap Kesiediaan Berubah Para Pelatih AADK

Bagi mengkaji tahap kesiediaan untuk berubah bagi para pelatih, tiga aktiviti khusus telah dilaksanakan yang memberi fokus kepada daya tindak yang meliputi aktiviti pengurusan sendiri, pengurusan relaps dan penggunaan sistem sokongan dalam kalangan responden. Untuk mengukur keberkesanan aktiviti-aktiviti ini, alat ukur

yang telah digunakan ialah alat *Stages Of Change Scale (SOCS)* untuk mengukur tahap perubahan untuk meninggalkan dadah.

Hasil ujian SOC menunjukkan terdapat penurunan kecil bagi *Stages of Changes* dalam kalangan mereka yang telah mengikuti model ini iaitu kumpulan eksperimen berbanding dengan kumpulan kawalan. Jumlah skor pasca bagi min kumpulan eksperimen menunjukkan jumlah skor yang rendah (117.5938) berbanding jumlah skor pasca bagi kumpulan kawalan (120.2188). Nilai ujian statistik t yang tercatat adalah 1.151 ($p = 0.258 > 0.05$) dan menunjukkan perbezaan ini adalah tidak signifikan. Hasil ujian SOC untuk ujian pra bagi kumpulan eksperimen menunjukkan skor berjumlah 116.1563, dan terdapat peningkatan bagi skor ujian pasca SOC bagi kumpulan eksperimen iaitu 117.5938. Walaupun terdapat peningkatan dari jumlah skor yang diperolehi, namun perbezaan min adalah tidak signifikan dengan nilai ujian statistik t yang tercatat adalah 0.795 ($p = 0.432 > 0.05$).

Hasil data kualitatif telah menyokong hasil data kuantitatif dengan menunjukkan terdapat perbezaan skor melalui ujian SOC walaupun tidak signifikan. Dalam data kualitatif, dapat dilihat para responden merasakan aktiviti pengurusan diri, pengurusan relaps dan daya tindak telah memberi kesan yang positif terhadap diri mereka.

Bagi aktiviti pengurusan diri, responden berpandangan untuk meneruskan kehidupan yang baik, mereka perlu mempunyai kebolehan dan belajar bagaimana untuk menguruskan diri mereka bagi meningkatkan keterampilan diri dan kepercayaan orang sekeliling apabila mereka keluar daripada pusat nanti. Aktiviti pengurusan diri telah membuka minda responden untuk memperbaiki imej dan keterampilan diri untuk mendapatkan kepercayaan masyarakat serta individu sekeliling. Penting untuk responden sedar bahawa agak sukar bagi masyarakat pada ketika ini untuk menerima bekas penagih untuk kembali berfungsi dalam masyarakat. Menurut Ahmad Shukri, Paimah & Rozeyta (2004), terdapat jurang yang memisahkan antara masyarakat dan bekas penagih. Hal ini disebabkan oleh sikap prejudis yang masih membelenggu masyarakat dan menghalang masyarakat untuk berfikir waras. Umum berpendapat bahawa bekas penagih ini sudah tidak mempunyai harapan lagi untuk pulih, membebaskan dan menjatuhkan imej keluarga dan perlu dikenakan hukuman yang lebih berat (Ahmad & Abdul Halim, 2004).

Oleh itu, aktiviti pengurusan diri ini telah membantu responden untuk menambahbaik pembawakan diri ke arah yang lebih positif. Imej dan keterampilan diri juga akan meningkat, sekali gus memadamkan tanggapan buruk individu sekeliling tentang bekas penagih dadah. Ini akan membuka peluang yang lebih tinggi dalam pemilihan kerjaya setelah tamat menjalani pemulihan. Pandangan negatif daripada masyarakat termasuklah majikan memberi kesan terhadap peluang kerjaya dalam kalangan bekas penagih dadah.

Menurut Mohd Azlan dan Mahmood Nazar (2009) umum majikan mempunyai pandangan tentang bekas penagih dadah adalah sebagai bekas penjenayah telah menyebabkan kehidupan mereka menjadi sukar. Dengan label ini menyebabkan bekas penagih dadah menghadapi masalah bagi mendapatkan pekerjaan dan juga bantuan kewangan. Selain itu, hasil temu bual responden juga menyatakan bahawa pengurusan diri penting untuk membina keyakinan dalam memilih kerjaya.

Hasil kajian menunjukkan bahawa model ini memberikan kesedaran kepada responden untuk menjaga pengurusan diri mereka terutama dalam berdepan dengan masyarakat dan juga semasa ingin mencari pekerjaan kelak. Kesedaran yang telah dialami oleh responden menunjukkan bahawa mereka telah bersedia untuk memberi komitmen dalam proses perubahan. Menurut Prochaska et. Al. (1998), proses-proses perubahan menjelaskan bagaimana individu itu berubah.

Apabila responden telah mula bertindak mengikut tingkah laku yang lebih baik dan meninggalkan tingkah laku yang buruk, ini menunjukkan bahawa responden telah menukar tingkah laku sedia ada kepada tingkah laku yang baharu (Prochaska, Clemente, & Norcross, 1992). Hal ini juga seiring dengan kajian yang dilakukan oleh James, Proschaska, John, Norcross dan Carlo (2013) yang menjelaskan bahawa terdapat lima peringkat perubahan yang mungkin dialami responden iaitu, *precontemplation*, *contemplation*, *preparation*, *action* dan *maintenance*.

Bagi kemahiran daya tindak atau efikasi sendiri, responden mendapat celik akal mengenai sistem-sistem sokongan yang ada di sekeliling mereka. Ini memberikan motivasi kepada mereka untuk terus berubah dan menjadi lebih baik. Dalam kajian ini, didapati responden melihat keluarga sebagai satu punca sistem sokongan yang sangat penting dan majoriti mengenal pasti bahawa mereka sebenarnya sentiasa mendapat sokongan daripada keluarga.

Hal ini seiring dengan kajian yang telah dilaksanakan oleh Farrel, Jana Whiddon & Sneed (2015) yang menyatakan bahawa keluarga memberi impak terbesar berkenaan dengan motivasi untuk berubah. Menurut Di Clemente, Schlundt, & Gemmell (2004), motivasi dilihat sebagai salah satu komponen penting sepanjang keseluruhan proses perubahan ini berlaku. Oleh itu, matlamat yang ditetapkan pada setiap tahap perubahan dapat dicapai sekiranya motivasi yang diberikan bertepatan dengan tahap-tahap tersebut.

Seperti yang dinyatakan oleh James, Proschaska, John, Norcross dan Carlo (2013), kebanyakan responden tidak melalui peringkat ini secara berturutan, kerana ada yang melalui peringkat-peringkat ini secara berliku (spiral) atau tidak mengikut susunan. Dapat kita simpulkan bahawa walaupun responden relaps, tetapi mereka masih lagi dalam kitaran perubahan di mana mereka akan kembali kepada peringkat *contemplation* dan berusaha kembali ke peringkat-peringkat yang seterusnya yang terdapat dalam Model Transteoritik.

Berdasarkan hasil kedua-dua data yang telah diperolehi, jelas menunjukkan bahawa Model Terapi Kerjaya AADK ini memberi kesan kepada pengurusan diri dan daya tindak responden, secara tidak langsung ini menunjukkan bahawa responden telah menunjukkan peningkatan dalam motivasi untuk berubah. Perkara ini telah dibuktikan bahawa terdapat perubahan dalam *Stage Of Change* walaupun data kuantitatif menunjukkan perubahan tidak signifikan.

Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Keberkesanan Perancangan Kerjaya Pelatih AADK

Dalam kajian ini, pengkaji telah mengkaji faktor-faktor yang boleh mempengaruhi kesan perancangan kerjaya para pelatih AADK berdasarkan data regresi demografik responden dengan kematangan perancangan kerjaya melalui ujian alat ukur kematangan kerjaya. Terdapat tujuh bilangan demografik responden yang dikenalpasti boleh mempengaruhi keberkesanan perancangan kerjaya mereka iaitu tahap pendidikan, taraf perkahwinan, umur mula mengambil dadah, kekerapan relaps, tempoh penagihan, kekerapan masuk pusat pemulihan dan kekerapan masuk penjara.

Dapatan kajian bagi data regresi demografik tahap pendidikan responden menunjukkan responden yang mempunyai pendidikan SPM mencapai min (16.615) setelah mengikuti model terapi kerjaya. Ini menunjukkan bahawa modul terapi kerjaya memberi kesan yang signifikan ($t = 19.412$, $p 0.000 < 0.005$) terhadap keputusan kematangan perancangan kerjaya bagi responden yang mempunyai taraf pendidikan SPM. Bagi responden yang memiliki tahap pendidikan UPSR, PMR dan Selepas SPM (lebih tinggi dari SPM) tidak menunjukkan perbezaan signifikan terhadap kematangan perancangan kerjaya. Malah mereka yang memiliki UPSR (14.375) menunjukkan pencapaian CMI yang rendah diikuti kumpulan PMR (15.571) dan memiliki kelulusan lebih tinggi dari SPM (15). Daripada keputusan ini, menunjukkan bahawa mereka yang mempunyai keputusan SPM mendapat impak yang lebih positif daripada model terapi kerjaya berbanding dengan mereka yang mempunyai tahap pendidikan kurang dan lebih daripada SPM mungkin kerana faktor kefahaman terhadap model terapi kerjaya AADK ini.

Namun, hasil kajian ini berbeza dengan dapatan kajian yang dicapai oleh Zulkhairi Ahmad dan Mahmood Nazar Mohamed (2007) dalam kajian mereka yang bertajuk Keberkesanan Program Kaunseling Rawatan Dan Pemulihan Dadah Dari Perspektif Penghuni Pusat Serenti. Mereka berpendapat bahawa keberkesanan program kaunseling yang dijalankan oleh setiap penghuni pusat serenti adalah terletak pada diri penghuni itu sendiri yang telah menerima program kaunseling, bukanlah terletak pada faktor umur dan taraf pendidikan. Hal ini mungkin kerana kajian mereka hanya berfokus kepada faktor persepsi sahaja, berbanding kajian yang dijalankan oleh pengkaji yang melihat pendidikan sebagai faktor yang mempengaruhi keberkesanan perancangan kerjaya pelatih AADK. Kajian lain yang dijalankan oleh Mohd Azrul Bin Jaafar (2014) berkenaan Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kematangan Kerjaya Pelajar - Pelajar Tahun Akhir Di Pusat Latihan Teknologi Tinggi (ADTEC) mendapati bahawa tiada perbezaan yang signifikan pada min tahap kematangan kerjaya berdasarkan jantina dan pencapaian akademik ($p > .05$). Namun begitu, kajian yang mereka jalankan bukan dilakukan dalam kalangan penagih dadah.

Dalam suatu kajian yang mengkaji tentang persepsi penagih dadah, ibu bapa dan pandangan masyarakat tentang gejala penagihan (Ahmad Shukri et. al, 2004) menunjukkan bahawa penagih dadah yang belajar sehingga ke tingkatan lima, sebahagiannya masih belum mempunyai nilai hidup yang mencukupi dan mantap untuk mengharungi cabaran-cabaran semasa. Oleh itu, mereka merupakan golongan yang berisiko tinggi untuk terlibat dengan gejala penagihan ini. Dalam

kajian yang sama juga ada menyatakan bahawa umur yang paling ramai terlibat dengan dadah ialah bermula dari 20 tahun hingga ke 44 tahun, iaitu umur yang telah mencapai tahap dewasa. Ini menunjukkan bahawa tiada perkaitan yang jelas antara faktor umur dan faktor taraf pendidikan dalam kajian tersebut.

Bagi data regresi demografik taraf perkahwinan, responden yang berstatus bujang (15.652) yang telah mengikuti model terapi kerjaya menunjukkan kesan yang signifikan ($t = 26.089$, $p 0.000 < 0.005$) terhadap kematangan perancangan kerjaya. Tetapi responden duda, apabila mereka menduduki model terapi kerjaya menunjukkan perbezaan yang tidak signifikan ($t = -2.193$, $p 0.036 > 0.005$) juga dengan nilai min 11.652 tetapi lebih rendah berbanding golongan bujang. Bagi responden yang telah berkahwin (16.857) tidak menunjukkan sebarang perbezaan yang signifikan ($t = 0.970$, $p 0.340 > 0.005$) terhadap kematangan perancangan kerjaya mereka. Daripada data kajian ini, mereka yang berstatus bujang mendapat impak yang positif hasil daripada model terapi kerjaya ini berbanding mereka yang berstatus telah berkahwin dan duda.

Menurut Fullerton (1987 di dalam Her dan Cramer, 1991), golongan wanita lebih menitikberatkan perancangan kerjaya dalam kehidupan bekerja mereka. Kajian ini juga mendapati beberapa faktor yang mendorong golongan wanita membuat perancangan kerjaya ialah disebabkan oleh diskriminasi di tempat kerja, kurang mempunyai kemahiran yang diperlukan oleh pasaran kerja semasa dan rasa rendah diri terhadap kemampuan diri. Selain itu, masalah penceraian juga turut mendorong golongan wanita membuat perancangan kerjaya. Hidup keseorangan ataupun dengan anak-anak memaksa mereka untuk bekerja bagi menyara kehidupan sekeluarga. Oleh itu, mereka perlu bijak dalam membuat perancangan kerjaya kerana setiap kerjaya yang diceburi aka menghasilkan pendapatan yang dapat menampung keperluan harian mereka. Dapatan kajian Fullerton (1987) berbeza dengan dapatan pengkaji kerana pengkaji memfokuskan kepada golongan lelaki yang sedang menjalani rawatan di pusat pemulihan penyalahgunaan dadah.

Data regresi demografik berkenaan perbezaan umur mula mengambil dadah, menunjukkan tidak terdapat perbezaan signifikan ($t = 1.510$, $p 0.142 > 0.005$) dalam kematangan perancangan kerjaya dengan umur mula mengambil dadah bagi pelatih kumpulan eksperimen. Maka hipotesis *null* diterima. Namun begitu, apabila dilihat dari segi umur mula mengambil dadah, data menunjukkan ($t = 5.294$, $p 0.000 < 0.005$) mereka yang mula mengambil dadah diumur yang muda menunjukkan tahap kematangan perancangan kerjaya yang rendah berbanding mereka yang mula mengambil dadah pada usia yang lebih dewasa. Pengkaji mengandaikan bahawa semakin tinggi umur mula mengambil dadah, semakin tinggi keputusan kematangan perancangan kerjaya yang dicapai jika dibandingkan dengan mereka yang mengambil dadah pada usia muda. Data regresi demografik tempoh penagihan pula menunjukkan tidak terdapat perbezaan yang signifikan ($t = -0.504$, $p 0.618 > 0.005$) antara tempoh penagihan bagi kumpulan pelatih eksperimen dengan kematangan perancangan kerjaya mereka. Maka hipotesis *null* diterima. Hasil daripada data yang dicapai, pengkaji mendapati bahawa semakin lama tempoh penagihan responden, semakin rendah pencapaian kematangan perancangan kerjaya mereka setelah mengikuti model terapi kerjaya. Namun begitu, penemuan ini tidak signifikan secara statistik kerana hanya menunjukkan pola penagihan. Hal ini berkemungkinan kerana individu kurang pengetahuan dan pendedahan berkenaan kerjaya atas faktor

penyalahgunaan dadah dalam tempoh yang lama tanpa mengikuti sebarang intervensi kerjaya.

Pengkaji berpendapat bahawa kedua-dua aspek demografik iaitu umur mula mengambil dadah dan tempoh penagihan mempunyai hubungan yang berkaitan iaitu dari segi jangkamasa penagihan. Semakin lama tempoh penagihan dadah seseorang, maka semakin kurang kematangan perancangan kerjaya yang dicapai. Ini bermakna, jika penagihan dilakukan pada usia muda, maka keputusan kematangan kerjaya yang dicapai juga akan kurang. Apabila gejala penagihan ini berlaku pada usia muda, mereka masih belum cukup mempersiapkan diri untuk menghadapi dengan cabaran yang mendatang. Hal ini turut mempengaruhi tahap pemikiran mereka (Ahmad Shukri et. al, 2004)

Bagi data regresi demografik kekerapan relaps pula, tidak terdapat perbezaan signifikan ($t = -0.318$, $p 0.204 > 0.005$) terhadap kematangan perancangan kerjaya dengan kekerapan relaps pelatih kumpulan eksperimen yang telah menjalani model terapi kerjaya. Daripada data yang dinyatakan, pengkaji berpendapat bahawa lebih kerap berlaku relaps, maka lebih rendah keputusan kematangan kerjaya yang dicapai dan ini pasti akan mempengaruhi perancangan kerjaya responden. Hal ini mungkin kerana faktor luaran atau pandangan masyarakat yang negatif terhadap pelatih AADK yang sedang menjalani proses pemulihan untuk kembali menjalani kehidupan normal seperti biasa. Namun, hakikatnya kesilapan dalam membuat pilihan yang mereka lakukan haruslah dihadapi dengan tabah dan positif. Menurut penyelidikan rawak yang dilakukan oleh Mahmood (1996) kepada 60 unit keluarga di Semenanjung utara, 95% responden dari masyarakat memberikan respon bahawa mereka merasakan penagih adalah sekumpulan orang yang tidak berguna lagi kepada negara. Hanya 18% di antara mereka yang menganggap bahawa ketagihan dadah adalah penyakit yang perlu di rawat dan 6% berpendapat bahawa semua penagih perlu dikeluarkan ke tempat lain yang jauh dari masyarakat dan tidak dibenarkan untuk kembali kerana kesilapan tidak boleh dimaafkan. Oleh itu, pengkaji melihat aktiviti mekanisma daya tindak (pengurusan relaps) yang dijalankan di dalam model terapi kerjaya ini dapat membantu para pelatih untuk kekal pulih dengan mengetahui cara yang berkesan.

Kekerapan masuk pusat pemulihan juga dinilai oleh pengkaji sebagai faktor yang boleh mempengaruhi perancangan kerjaya pelatih AADK. Data menunjukkan tidak terdapat perbezaan signifikan ($t = 0.425$, $p 0.674 > 0.005$) antara kekerapan keluar masuk pusat pemulihan bagi pelatih kumpulan eksperimen dengan kematangan perancangan kerjaya setelah mengikuti model terapi kerjaya AADK. Maka hipotesis null diterima. Tetapi, data juga menunjukkan semakin kerap responden keluar masuk pusat pemulihan semakin tinggi keputusan kematangan perancangan kerjaya yang dicapai. Daripada kajian ini, pengkaji berpendapat bahawa perkara ini mungkin berlaku atas faktor proses pemulihan yang mereka jalani semasa berada di dalam pusat pemulihan. Seperti yang dinyatakan oleh James et. al (2013), dalam kajiannya menjelaskan bahawa penagih dadah ini tidak semestinya akan melalui tahap-tahap perubahan secara berperingkat atau secara berturutan. Hal ini berbeza mengikut individu. Relaps merupakan antara perkara yang menyumbang kearah ini. Namun, selagi mereka masih lagi berada dalam kitaran tahap perubahan, mereka akan

memulakan semula proses rawatan dan berusaha untuk ke peringkat yang seterusnya.

Pengkaji melihat bahawa latihan dan pembangunan yang dijalankan di dalam pusat pemulihan dapat membantu pelatih mereka menyedari pentingnya kelangsungan hidup terutamanya dalam merancang kerjaya mereka untuk terus kekal pulih.

Kajian lepas yang dijalankan oleh Zulkhairi Ahmad dan Mahmood Nazar Mohamed (2007) terhadap penghuni pusat serenti telah memfokuskan persepsi terhadap keberkesanan program kaunseling. Mereka menyatakan bahawa keputusan yang dicapai menunjukkan jumlah jam kaunseling kelompok mempunyai hubungan yang positif lagi signifikan dengan program kaunseling ($r = 0.161$, $p < 0.05$). Perkara ini menunjukkan bahawa semakin kerap tempoh kaunseling kelompok yang di ikuti oleh penghuni pusat serenti, mereka mempunyai persepsi bahawa sesi kaunseling yang dijalankan berkesan untuk pemulihan mereka. Oleh itu, impak yang positif dapat dihasilkan daripada kajian yang dijalankan oleh pengkaji yang berfokuskan kaunseling kerjaya para pelatih AADK.

Data regresi kekerapan masuk penjara responden pula menunjukkan tidak terdapat perbezaan signifikan ($t = -1.086$, $p 0.287 > 0.005$) terhadap kekerapan keluar masuk penjara bagi pelatih kumpulan eksperimen dengan kematangan perancangan kerjaya. Maka, hipotesis null diterima. Pengkaji berpendapat bahawa, semakin kerap responden keluar masuk penjara, maka semakin rendah tahap kematangan perancangan kerjaya yang diperolehi. Berdasarkan kajian Daley (1996) beliau menyatakan bahawa individu yang gagal mendapat sebarang kenaikan dalam pekerjaannya serta peluang-peluang pembangunan akan mengalami kemerosotan dalam kerjayanya dimana secara langsung mempengaruhi motivasi dan produktivinya. Maka boleh dikatakan bahawa tanpa latihan yang membantu seseorang individu, maka motivasi untuk bekerja akan terjejas sekaligus mempengaruhi peningkatan kerjaya mereka. Daripada hasil kajian lepas ini menunjukkan bahawa pentingnya latihan dan pembangunan untuk individu dilaksanakan supaya dapat mencapai matlamat kerjaya individu dan organisasi yang diinginkan. Pengkaji juga melihat bahawa mungkin, kurangnya latihan pembangunan sendiri di dalam penjara yang mempengaruhi perancangan kerjaya pelatih AADK.

KESIMPULAN

Kajian ini bermatlamat membina satu model Terapi Kerjaya untuk kegunaan melengkapkan proses pemulihan yang dilaksanakan di Pusat-pusat Pemulihan Dadah di Negara ini. Kajian eksperimen pembinaan Model Terapi Kerjaya AADK ini dijalankan di dua buah pusat pemulihan AADK. Kajian ini melibatkan 12 sesi pertemuan termasuk ujian pra dan pasca. Seramai 32 orang responden terlibat dalam kajian ini. Kajian ini telah memfokuskan kepada tiga pemboleh ubah yang utama iaitu melihat kesannya model terhadap kerjaya (perancangan, kematangan, pemilihan), konsep sendiri dan juga mekanisma daya tindak responden.

Kajian ini dijalankan menggunakan pendekatan kelompok psikopendidikan yang berasaskan pendekatan kelompok kaunseling kerjaya. Model Terapi kerjaya ini dibina berasaskan pendekatan Donald Super (1957), Holland (1980) dan Magnusson (1991, 1992). Pendekatan yang mudah difahami ini telah diaplikasi

dalam sesi kaunseling kelompok bersama klien di Pusat CCRC AADK. Data kajian berbentuk '*mix method*' ini telah dikumpulkan dengan tiga cara iaitu melalui maklum balas dari responden berbentuk jurnal setelah selesai setiap sesi. Data temu bual mendalam bersama responden kelompok setelah selesai menyertai kelompok. Data kuantitatif telah diambil dari empat alat ukur yang di jawab oleh responden iaitu: alat ukur kematangan kerjaya '*career maturity inventory*' bagi mengukur perancangan dan kematangan kerjaya. Alat ukur konsep sendiri Tennessee yang diadaptasi '*Tennessee Self Concept Scale*' dan alat ukur kesediaan untuk berubah (*Stages of Changes Scale*) dan alat ukur lokus kawalan diri terhadap dadah (*Drug Related Locus of Control*).

Data kualitatif telah dianalisa mengikut tema-tema yang timbul dari hasil temubual dan jurnal responden. Data dari alat ukur yang bersifat kuantitatif pula telah dianalisis menggunakan ujian t bagi melihat perbezaan dari kesan model terapi kerjaya terhadap responden eksperimen. Data kualitatif dari responden menunjukkan bahawa, sesi terapi kerjaya yang mereka lalui telah membantu mereka mengenali diri sendiri serta dapat membantu mengumpul maklumat diri dan bidang kerja, membina matlamat dan perancangan kerjaya. Pengkaji juga menilai keberkesanan model terapi kerjaya dalam meningkatkan pembangunan diri pelatih dengan menerapkan pendekatan konsep sendiri. Hasil daripada kajian model terapi kerjaya menunjukkan terdapat peningkatan yang signifikan dalam konsep sendiri responden kajian. Peningkatan ini akan membantu responden dalam memahami diri sendiri, orang lain, kekuatan diri, kelemahan sendiri dan juga membina konsep sendiri yang lebih positif. Aktiviti lokus kawalan sendiri responden dilaksanakan dibawah tema mekanisma daya tindak yang memfokuskan tentang aktiviti pengurusan relaps. Daripada hasil ujian lokus kawal diri, keputusan pasca kumpulan eksperimen menunjukkan peningkatan yang sedikit bagi lokus kawal diri jika dibandingkan dengan kumpulan kawalan. Kesan model terapi kerjaya terhadap tahap kesediaan untuk berubah para responden menunjukkan peningkatan kepada tahap kesediaan untuk berubah tetapi tidak signifikan. Kajian ini juga cuba melihat faktor yang mempengaruhi perancangan kerjaya para responden kelompok, hasil dapatan kajian menunjukkan, beberapa faktor demografi telah mempengaruhi keberkesanan perancangan kerjaya pelatih berdasarkan analisis data-data regresi yang dilakukan. Terdapat tujuh faktor demografi yang di kenalpasti memberi kesan kepada kematangan kerjaya iaitu: tahap pendidikan, taraf perkahwinan, umur mengambil dadah, kekerapan relaps, tempoh penagihan dan kekerapan masuk pusat pemulihan dan penjara.

Secara keseluruhannya, kajian pembinaan Model Terapi Kerjaya AADK ini telah memberikan kesan yang positif terhadap responden eksperimen dan diharapkan dapat membantu dalam melengkapkan proses pemulihan yang dilaksanakan di pusat-pusat pemulihan Dadah di Malaysia.

RUJUKAN

Adeniyi, C. (2014, August 19). *The Power of Thought Stopping*. Retrieved from <https://www.thegooddrugsguide.com/blog/the-power-of-thought-stopping/>

Agensi Antidadah Kebangsaan. (2016). Retrieved from <http://www.adk.gov.my/web/guest/ccvc;jsessionid=4B09C233CBE2BDBC255A0474E5F33C09>

Ahmad, C. Y., & Abdul Halim, R. (2004). TEORI PEMILIHAN KERJAYA DAN FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PEMILIHAN KERJAYA. *Jurnal Akademik UiTM Johor*.

Ahmad Shukri, M. N., Paimah, A., & Rozeyta, O. (2004). Persepsi Penagih, Ibubapa dan Masyarakat Terhadap Dadah. *Seminar Antarabangsa Nilai dalam Komuniti Pasca Modenisme (SIVIC 2004)*, 8.

Ankrom, S. (2017, August 31). *Use Thought Stopping to Reduce Anxiety*. Retrieved from VeryWell: <https://www.verywell.com/use-thought-stopping-to-reduce-anxiety-2584168>

Arnold, J., & Cohen, L. (2008). The Psychology of Careers in Industrial and Organizational Settings: A Critical But Appreciative Analysis. *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, 23.

Arthur, M., Hall, D., & Lawrence, B. (1989). *Handbook Of Career Theory*. Cambridge University Press.

Canadian Association of Occupational Therapy. (2017). Retrieved from http://www.caot.ca/default_home.asp?pageid=2398

Carmichael, J., Linn, M., Pratt, T., & Webb, N. (1977). Self-concept and Substance Abuse Treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 18 (4), 357-362.

Chua, Y. P. (2006). *Research Statistic*. Shah Alam : McGraw-Hill Education.

Cloud, W., & Granfield, R. (2001). Natural Recovery from Substance Dependency: Lessons for Treatment Providers. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 1 (1), 83-104.

Creswell, J. (2008). *Education Research : Planning, Conducting and Evaluating Quantitative and Qualitative Research* (3rd ed.). Upper Saddle River NJ: Pearson Education Inc.

Crites, J. O., & Savickas, M. L. (1995). *Career Maturity Inventory: Source Book*. Clayton, NY: Careerware.

Daley, D. M. (1996). Paths of glory and the glass ceiling: Differing patterns of career advancement among women and minority federal employees. *Public Administration Quarterly*, 20 (2), 143-162.

DiClemente, C. C., & Prochaska, J. O. (1998). *Toward a comprehensive, transtheoretical model of change: Stages of change and addictive behaviors*.

DiClemente, C. C., Schlundt, D., & Gemmell, L. (2004). Readiness and Stages of Change in Addiction Treatment. *The American Journal on Addictions* , 13:103–119.

Drug Dependant Treatment: Sustained Recovery Management . (2008, September). Retrieved from www.unodc.org/treatnet

Farrel, D., Whiddon, J., & Sneed, K. (2015). Motivation To Change: A Qualitative Study On Women Rocovering From Opiate Dependency. *Capella University* , 7.

Flaherty, M. T. (2012). How CBT can help addiction treatment be more recovery-oriented. *Alcoholism & Drug Abuse Weekly* , 24 (31), 1-3.

Fullerton, J. T., Lops, V. R., Barger , M., & Bahry, V. J. (1987). *Journal of Nurse-Midwifery* , 32 (62).

Holland, J. L. (1980). *Making vocational choice: A theory of careers* . Retrieved from <http://www.garfield.library.upenn.edu/classics1980/A1980JR23200001.pdf>

Hunter, S. B., Watkins, K. E., Hepner, K. A., Paddock, S. M., Ewing, B. A., Osilla, K. C., et al. (2012). Treating Depression and Substance Use: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Substance Abuse Treatment* , 43 (2), 137-151.

Huzili, H. (2013). Kesan Intervensi Terapi Kelompok Tingkahlaku Kognitif terhadap Estim Kendiri dan Locus Kawalan dalam Kalangan Penagih Dadah. 1-24.

King, S. (1989). Sex differences in causal model of career maturity. *Journal of Counseling & Development* , 208–215.

Lasimon, M. (2007). Intervensi dan Peranan Kaunselor untuk menjana Kepulihan Kliien Sepanjang Hayat. *Jurnal Antidadah Malaysia* .

Lefcourt, H. M. (1991). Locus of control. *Measures of personality and social psychological attitudes* , 413-499.

Magnusson. (1991). Retrieved from <http://www.ericdigests.org/1997-4/career.htm>

Magnusson, K. (1995). Five Processes of Career Planning. *ERIC Clearinghouse on Counseling and Student Services* .

Mahmood Nazar, M. (1996). Peranan & Penglibatan Keluarga dan Masyarakat Dalam Pencegahan Penagihan Berulang. *Jurnal PERKAMA* (6).

McLellan, A. T., Lewis, D. C., & O'Brien, C. P. (2000). Drug Dependence, a Chronic Medical Illness: Implications for Treatment, Insurance, and Outcomes Evaluation. *Journal of the American Medical Association* , 284 (13), 1689–1695.

Mohd Azlan, M., & Mahmood Nazar , M. (2009). Faktor-faktor yang mempengaruhi kecenderungan bekerja penghuni Pusat Pemulihan Penagihan Narkotik (PUSPEN). *Jurnal Antidadah Malaysia* , 1, 1-29.

Mohd Azrul, J. (2014). Faktor–Faktor Yang Mempengaruhi Kematangan Kerjaya Pelajar - Pelajar Tahun Akhir Di Pusat Latihan Teknologi Tinggi (ADTEC), UUM (Tidak Diterbitkan).

Mohd Nain, A. S., Atoma, P., & Omar, R. (2004). PERSEPSI PENAGIH, IBUBAPA DAN MASYARAKAT TERHADAP DADAH. *SEMINAR ANTARABANGSA NILAI DALAM KOMUNITI PASCA MODENISME (SIVIC 2004)* , 8.

Noor Azniza, I., Muhammad Syamsul, M. Z., Mahmood Nazar, M., Muhammad Dzahir, K., Zulkama'azura, Z., & Siti Sarah, M. Y. (2011). Intervensi Terapi Kognitif Tingkahlaku Terhadap Kesediaan Berubah dan Estim Kendiri Penghuni Ruman Pengasih-Kajian Rintis.

Ohler , D. L., Levinson, E. M., & Hays, G. M. (1996). The relationship between congruence, consistency, differentiation, and career maturity among individuals with and without learning disabilities. *Journal of Employment Counseling* , 33, 208-222.

Prochaska, J. O., Clemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). Applications to Addictive Behaviors. *American Psychologist* , 47(9),1002-1114.

Prochaska, J. O., Norcross, J. C., & DiClemente, C. C. (2013). Applying The Stages of Change. *Psychotherapy in Australia* , 19 (2), 10.

Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy* . Boston: Houghton Mifflin.

Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcemen. *Psychological Monographs* .

Rotter, J. B. (1975). Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* , 43, 56-67.

Samuels, D., & Samuels, M. (1974). Low Self-Concept as a Cause of Drug Abuse. *Journal of Drug Education* , 4 (4), 421-438.

Savickas, M. L. (1984). Career maturity: The construct and its appraisal. *Vocational Guidance Quarterly* , 32, 222–231.

Sidek, M. (2002). *Reka Bentuk Penyelidikan Falsafah, Teori dan Praktis*. Serdang: Penerbit Universiti Putra Malaysia.

Strategies, Cognitive Behavioural & Relapse Prevention. (2007). *United Nations Office on Drugs and Crime* , 43-58.

Super, D. E. (1957). *The Psychology of Careers*. New York: Harper & Row.

Walizer, M., & Wienir, P. (1978). *Research Method and Analysis: Searching for Relationship*. New York : Harper & Row.

Zulkhairi, A., & Mahmood Nazar, M. (2007). Keberkesanan Program Kaunseling Rawatan Dan Pemulihan Dadah Dari Perspektif Penghuni Pusat Serenti. *Jurnal Antidadah Malaysia* , 13-28.