



MEMBINA DAN MENGEKALKAN PAKATAN TERAPEUTIK DI ANTARA IBU BAPA DAN KELUARGA DENGAN PENAGIH SEPARA-PULIH DALAM TERAPI KELUARGA BAGI MENGEKANG RELAPS

Zall Kepli Md Rejab¹

ABSTRAK

Fokus kajian ini ialah nilai pakatan di dalam keluarga dari kelompok budaya kolektivisme Melayu. Semangat kerjasama dalam pelbagai aspek kehidupan masyarakat Melayu, dalam kajian ini, dilihat sebagai selari dengan konsep pakatan terapeutik (Rogers, 1957) dan pakatan kerja (Bodin, 1979). Tujuan kajian ialah untuk melihat sama ada terdapat kesediaan membina dan mengekal pakatan terapeutik dalam kalangan penagih separa pulih (PSP) dengan keluarga mereka, dan menjalani terapi kelompok secara bersama, di dalam dan luar institusi pemulihan dadah. Satu modul terapi yang berstruktur dan mesra kepada budaya kolektivisme Melayu, Terapi Kelompok Keluarga Kolektif (CFGK), dibina untuk dijadikan pendekatan rawatan bertujuan mengekang relaps. Empat kelompok kajian dibentuk untuk menjalani rawatan. Ahli kelompok terdiri daripada seorang PSP dan 4 hingga 10 orang ahli dari satu atau lebih keluarga (extended). Jumlah ahli keluarga bergantung kepada berapa ramai yang secara sukarela bersetuju menyertai kelompok rawatan. CFGK merupakan jenis kelompok terbuka yang diketuai oleh seorang ahli terapi dan seorang pembantunya. Setiap kelompok menjalani 8 sesi terapi, termasuk 1 pra-sesi, dalam tempoh 3 hingga 4 bulan. Bagi tujuan pengumpulan data, Inventory Kesediaan Membina dan Mengekal Pakatan Terapeutik (IKMP.1 & IKMP.2) dibina. Kedua-dua alat ini mempunyai 12 item (item 1-12) yang sama dan satu item berbeza (item 13). Selain dari itu IKMP.2 mempunyai satu item tambahan iaitu item nombor 14. Bagi menguji pra dan pasca rawatan, hanya item 1 hingga 12 item dibandingkan. Dua belas item ini

¹ Pensyarah, Sekolah Psikologi & Kerja Sosial, Univeristi Malaysia Sabah



mempunyai kebolehppercayaan 0.76 (Bahagian Keluarga) dan 0.95 (Bahagian Klien). Alat Working Alliance Inventory (WAI; Horvath & Greenberg, 1986) versi ringkas oleh Tracy dan Kokotovic, (1989) yang di terjemahkan ke Bahasa Melayu (Zall Kepli, 2009) digunakan untuk melihat hubungan di antara kedua-dua alat dalam mengukur pakatan terapeutik. WAI Bahagian Keluarga mempunyai kebolehppercayaan 0.88 dan Bahagian Klien 0.98. Hasil membandingkan keputusan pra dan pasca rawatan, secara peratusan dan min, menunjukkan terdapat perubahan hampir bagi semua item ke arah yang lebih positif. Ujian Kai ganda dua menunjukkan kesediaan membina pakatan terapeutik dalam kalangan subjek kajian pada permulaan sesi CFGT adalah signifikan, $\chi^2 = 10.179$, $k < 0.5$. Kesediaan mengekalkan pakatan dan meneruskan aktiviti kelompok di dalam komuniti, setelah menamatkan 8 sesi CFGT, menunjukkan wujud perubahan tetapi perubahan yang wujud adalah tidak signifikan, $\chi^2 = 2.254$, $k > 0.05$. Keputusan pra dan pasca rawatan menggunakan Ujian-t, ke atas kelompok yang mempunyai ciri kelompok tertutup menunjukkan, terdapat perbezaan yang signifikan, $t(3) = 3.612$, $k > 0.5$. Hipotesis alternatif, terdapat persepsi keberkesanan CFGT adalah diterima.

ABSTRACT

This research focuses on the value of alliance in Malay Collectivism Culture. The esprit de corps in various aspects of the Malay society, in this study, is seen as strongly coincides with the therapeutic alliance concept of relationship introduced by Rogers (1957) and working alliance by Bodin (1979). The aims of this study is to investigate whether there are readiness among the recovering drug addicts and their families to build and to maintain therapeutic alliance, going through group therapies, in and outside the rehabilitation center or in the community. A specially constructed module of a therapy known as Collective Family Group Therapy is use as treatment approach to work with the subjects on relapse prevention. Four groups are formed and to put through the process of group therapy. Each group comprises of a recovering addict, 4 – 10 members of one or more families (extended), a leader (therapist) and a co leader. A concept of open group is adopted. Number of the group in each session depends on number of family members voluntarily turn up to joining the group. This is a mix method



approach study with has 8 sessions of therapy and 1 pre-session within the period of 4 months. For the purpose of data collecting, inventories call Building and Maintaining Therapeutic Alliance Inventory (Inventori Kesiediaan Membina dan Mengekal Pakatan Terapeutik) 1 (IKMP.1) and IKMP.2 are constructed. These instruments comprise of a sections for the ex-addicts and another for family. Both sections share the same first 13 items. One extra item purposely-added (Item 14) to IKMP.2 to attract subjects' responses on how much they recommend the module to be used for other ex-addicts and their families. The 13 items in both IKMP.1 & 2 have the reliability of 0.76 and 0.95 respectively. At the end of eight sessions of treatment process, a group has successfully maintained the same number of members throughout the of group process. While three other groups were inconsistency in both number and peoples attending the sessions. The results generated by IKMP 1 & 2 from comparing the min and percentage of the pre and pos test are both descriptive and inferential. Almost all items show positive differences. A test of Chi square also shows a significant correlation for the readiness to build therapeutic alliance among the subjects, $\chi^2 = 10.179$, $k < 0.5$. Readiness to maintain a therapeutic alliance among the subjects however is not significant, given $\chi^2 = 2.254$, $k > 0.05$ due to a very small sample of four subjects. A T-test for pre and post treatment on a close type research group shows a significant difference where $t(3) = 3.612$, $k < 0.5$. Eight percent of the subjects either fully agreed or agreed, to recommend CFGT to their other fellow residents of the rehabilitation centers.



PENGENALAN

Kajian ini dilaksanakan atas dorongan dan kesedaran tentang perlunya nilai pakatan terapeutik yang wujud dalam sistem kekeluargaan budaya kolektivisme tempatan, digunakan secara yang konstruktif dan sistematik dalam bidang pemulihan dadah khususnya mengekang relaps. Ramai pengkaji bersependapat tentang kekuatan nilai yang mengikat erat hubungan kekeluargaan masyarakat kolektivisme. Rland, (1988) misalnya mengatakan bahawa Ibu bapa dalam budaya kolektivisme Timur didapati lebih signifikan daripada ibu bapa / keluarga di dalam budaya individualisme Barat. Nilai budaya kolektivisme juga didapati bercirikan sifat ahli-ahlinya yang saling bergantung antara satu dengan yang lain, dan berfokuskan keluarga dan ibu bapa (Sinha & Sinha, 1997; Kim, 1997; Masaki Yuki, 2003). Terdapat kecenderungan yang tinggi dalam kalangan ahli-ahli keluarga dan masyarakat ini untuk membuat keputusan yang memberi keutamaan kepada matlamat kelompok daripada kepentingan individu. Sebagai permulaan, etnik Melayu Malaysia dijadikan subjek kajian kerana atas dua sebab, i) peratusan terbesar penagih dadah dan penagih separa-pulih (PSP) adalah dari kalangan etnik Melayu, dan ii) pengkaji adalah dari etnik Melayu yang memungkinkannya menyiasat dengan lebih mendalam untuk mencari jawapan kepada permasalahan kajian. Modul Terapi Kelompok Keluarga Kolektif (Collective Family Group Therapy: CFGT) dibina untuk digunakan sebagai pendekatan rawatan bertujuan menyiasat kesediaan subjek i) membina dan memupuk pencambahan pakatan terapeutik (Roger, 1957) atau pakatan kerja (Bodin, 1979) semasa di dalam pusat pemulihan, dan ii) mengekalkan dan mengamalkan penggunaannya setelah penagih separa-pulih menamatkan program pemulihan di pusat pemulihan dadah, dan akhirnya iii) melihat keberkesanan modul itu sendiri.

Dalam menghadapi masalah relaps yang sekian lama menghantui semua peringkat masyarakat di negara ini, suatu pendekatan yang sesuai dengan latar belakang budaya Kolektivisme dirasakan perlu. Oleh kerana kajian ini menggunakan subjek etnik Melayu, adalah wajar ruang lingkup budaya itu difokuskan kepada budaya Kolektivisme Melayu. Secara kebetulan juga etnik Melayu merupakan nisbah terbesar penagih separa pulih di Malaysia. Jadual berikut menunjukkan masalah relaps yang dihadapi PSP yang telah



menjalani rawatan dan pemulihan. Wang, masa dan tenaga yang sangat banyak diperuntukkan untuk membangunkan program rawatan dan pemulihan dadah negara, dilihat seolah-olah satu pembaziran, apabila sebahagian besar PSP didapati menagih semula. Keadaan ini sangat mengecewakan banyak pihak dan menimbulkan keresahan dalam kalangan masyarakat.

Statistik penagihan dadah yang dikeluarkan oleh Unit Sistem Maklumat Dadah Kebangsaan Malaysia menunjukkan, bagi tempoh 7 bulan pertama 2008, Januari-Julai seramai 7,992 orang penagih dadah telah dikesan. Sejumlah 3,584 dari mereka (44.84%) yang dikesan terdiri daripada penagih baru, manakala selebihnya seramai 4,408 orang (55.16%) adalah penagih berulang. Purata penagih baru dikesan bagi tempoh sebulan ialah seramai 512 orang berbanding dengan penagih berulang 630 orang. Jumlah kes baru dikesan tinggi di Johor 58.10% (558 orang), di ikuti oleh Negeri Kedah 46% (465 orang) dan di WP Kuala Lumpur 28.90% (427 orang). Sementara kes berulang yang tinggi dikesan di WP Kuala Lumpur sebanyak 71.10% (1077 orang). Walau pun secara umum terdapat penurunan sebanyak 21.11% berbanding tempoh masa yang sama pada tahun 2007 (10,131 orang), jumlah ini masih dianggap tinggi.

PERMASALAHAN KAJIAN

Budaya kolektivisme Timur didasari oleh ikatan kekeluargaan dan hubungan silaturahim di antara ahli-ahlinya yang kukuh dan bersifat saling bergantung di antara satu dengan lain (Sinha & Sinha, 1997; Kim, 1997). Hubungan silaturahim ini ibarat “Air di cincang tidak akan putus”. Meski pun hubungan di antara ahli-ahlinya dilanda pelbagai cabaran dan musibah seperti penyalahgunaan dadah, ia tetap tidak musnah seperti, “Biduk berlalu kiambang bertaut”. Hakikat ini dibuktikan dengan satu kajian di Pusat Pemulihan Dadah Papar (PUSPA), Sabah. Kajian mendapati jarak hubungan kekeluargaan yang dipersepsi oleh peserta program pemulihan dadah, dalam kajian ini dikenali sebagai penagih separa-pulih (PSP), adalah sederhana dekat (Zall Kepli, Amran & Ismail, 2008). Sebahagian besar daripada mereka bersetuju bahawa setelah dibebaskan mereka akan pulang ke rumah keluarga. Mereka masih menghormati dan menyanjung



kasih sayang ibu bapa dan keluarga. Kajian ke atas banduan dadah di pusat pemulihan dadah Jabatan Penjara dan Rumah Pengasih pula mendapati bahawa perkara yang merunsingkan mereka apabila memikirkan hari-hari selepas mereka dibebaskan ialah penerimaan masyarakat (Zall Kepli, 1984; 2004). Dengan lain perkataan, mereka memerlukan sokongan keluarga setelah tamat menjalani hukuman atau rawatan, untuk menjalani proses kepulihan (*recovery*). Ramai pengkaji mendapati bahawa kecenderungan mempersepsi tahap penerimaan masyarakat atau sokongan sosial yang rendah boleh dikaitkan dengan simptom-simptom depresi (Barnett & Gotlib, 1988; Allgower, Wardle, & Steptoe, 2001).

Dalam konteks kajian ini, penerimaan masyarakat atau penerimaan keluarga dianggap membawa pengertian yang hampir sama dengan sokongan sosial. Ini kerana sokongan sosial merupakan jalinan hubungan keluarga, rakan, teman dan lain-lain yang membantu sama ada semasa krisis atau semasa bersuka-suka atau berhibur. Sokongan sosial juga merujuk kepada wujudnya sokongan daripada orang-orang yang mengambil berat, menghargai dan menyayangi mereka (Sarason, Levine & Basham, 1983) terutamanya keluarga. Menurut House (1981) sokongan sosial merupakan transaksi interpersonal yang melibatkan keprihatinan yang bersifat emosional, pertolongan instrumen, maklumat, dan penilaian. Sokongan sosial yang positif didapati mengurangkan tekanan mental dalam kalangan penagih dadah (Cohen & Willis, 1985; Turner, 1981). Sokongan sosial juga sering dikaitkan dengan bagaimana silaturahim di antara manusia membantu menangani peristiwa-peristiwa stres. Apabila sokongan ibu bapa dan keluarga terdekat diperoleh, PSP dapat menghadapi tekanan kehidupan harian dengan lebih baik.

Teori Sistem menyarankan bahawa keluarga yang diikat oleh hubungan silaturahim perlu sentiasa dalam keadaan yang harmoni. Kerosakan pada mana-mana bahagian sistem akan menghalang kelancaran sistem. Dengan demikian, semua ahli-ahli di dalam sistem perlu bekerjasama dan berpakat untuk memastikan perjalanan sistem menjadi lancar setiap kali berlaku kerosakan. Nilai kekeluargaan dalam budaya kolektivisme Timur seperti di Malaysia, sangat menekankan hubungan keluarga



sebagaimana yang dinyatakan oleh teori ini. Ibu bapa atau ahli keluarga yang paling tua selalunya mendapat kuasa secara tradisi untuk mempengaruhi dan mengurus lain-lain ahli di dalam keluarga. Keadaan ini diasaskan oleh nilai yang memerlukan ahli keluarga menghormati orang yang lebih tua berdasarkan "*Orang tua lebih dahulu makan garam.*" Hubungan kekeluargaan ini, walau pun telah melalui pelbagai cabaran, ia akan terus bertahan bagi satu jangka yang sangat panjang.

Daripada perbincangan di atas, pengkaji melihat wujudnya satu peluang untuk mencantum semula PSP dengan keluarga mereka melalui pakatan dan kerjasama dalam satu kelompok intervensi. Andaian yang mengatakan PSP dan keluarga terpisah oleh gaya hidup yang berbeza, perlu dibuktikan. Tenaga kasih sayang yang menjadi asas ikatan keluarga kolektivisme menjadi sumber kekuatan yang bersifat terapeutik. Tenaga ini memungkinkan semua ahli keluarga dapat digembelingkan, menggunakan satu Modul Terapi Kelompok Keluarga Kolektif (Collective Family Group Therapy; CFGT) dibentuk bagi mengekang relaps. Bagi tujuan ini, antara soalan penting yang perlu dijawab seperti berikut;

- a) Bersedialah PSP dan keluarga mereka duduk bersama-sama, bersemuka dalam satu kelompok intervensi, membincangkan pelbagai masalah antara mereka dan masalah kaedah mengekang penggunaan semula dadah atau relaps?
- b) Sejauh mana PSP dan ahli keluarga mereka bersedia memasuki kelompok intervensi yang sama dan membina pakatan terapeutik di antara mereka?
- c) Apabila terbina pakatan terapeutik, adakah mereka bersedia mengekalkan pakatan tersebut untuk membantu PSP dalam proses kepulihan setelah dia menamatkan program rawatan?
- d) Adakah pendekatan yang mesra budaya Kolektivisme sesuai, diterima dan berkesan untuk mendorong kelompok ?



TUJUAN KAJIAN

Tujuan kajian ini dijalankan adalah i) untuk melihat sama ada PSP dan keluarga mereka boleh duduk bersama-sama dalam satu kelompok intervensi membincangkan kaedah mengekang penggunaan semula dadah atau relaps ii) untuk melihat sama ada terdapat kesediaan PSP dan ahli keluarga mereka membina pakatan terapeutik dan menjalani kelompok intervensi, di dalam seting pemulihan dadah iii) untuk melihat sama ada PSP dan keluarga mereka bersedia atau tidak untuk membina dan mengekalkan pakatan terapeutik, setelah PSP menamatkan rawatan iv) untuk melihat keberkesanan Modul Terapi Kelompok Keluarga Kolektif (CFGK) dan kesesuaiannya penggunaannya ke atas subjek.

KESIGNIFIKANAN KAJIAN

Kajian ini mempunyai beberapa kepentingan antara lain termasuklah kepada penagih separa pulih dan keluarga mereka, masyarakat umum dan pembuat dasar khususnya dalam bidang rawatan dan pemulihan dadah di Malaysia. Dari sudut kepentingan penagih separa-pulih, kajian ini memberi sokongan keluarga yang sangat mereka perlukan. Tingkah laku yang tersasar dari landasan norma menyebabkan hubungan di antara penagih separa-pulih (PSP) dengan ahli-ahli keluarga yang lain menjadi tegang. Pendekatan terapi keluarga memberi peluang kepada PSP, dengan bantuan ahli terapi, untuk menjelaskan harapan mereka mendapatkan pertolongan keluarga bagi memulakan hidup baru tanpa dadah.. Kepentingan keluarga pula boleh dilihat dari sudut peluang yang dibuka kepada keluarga untuk mendekati semula ahli keluarga mereka yang tersasar dan sukar didekati. Fungsi ahli terapi sebagai moderator boleh memudahkan lagi kelancaran proses mengeratkan semula tali silaturahim antara mereka. Lapan sesi terapi yang merentasi tempoh masa melebihi dua bulan, cukup panjang untuk memulakan hubungan yang sihat di antara mereka. Maklum balas diperlukan untuk meningkatkan kepercayaan diri, sifat sendiri dan motivasi diri yang penting untuk menjalani kehidupan dalam tempoh kepulihan yang panjang. Apabila



penagih separa pulih mengetahui bahawa mereka diterima ke pangkuan masyarakat, proses penyesuaian diri mereka dalam arus perdana menjadi lebih mudah.

Kajian ini juga penting kepada pembuat dasar seperti pihak berkuasa rawatan dan pemulihan dadah. Dapatan kajian ini boleh digunakan untuk mempelbagaikan pendekatan rawatan. Terapi kelompok keluarga kolektif (CFGK) yang dikaji ini didapati berkesan dan diterima oleh keluarga, ia membuka ruang kepada penggunaan sumber terapeutik terbesar yang terdapat di dalam masyarakat iaitu keluarga. Penglibatan keluarga memberi lebih kekuatan dan tenaga sukarelawan kepada pihak berwajib (Agensi Antidadah Kebangsaan) untuk memimpin PSP menjalani proses kepulihan. Sekiranya setiap tenaga PSP dapat digembelingkan untuk membantu AADK, tentunya usaha mengekang relaps menjadi lebih mudah.

DEFINISI KONSEP

Empat konsep utama didefinisikan di dalam artikel ini iaitu Pakatan Terapeutik Penagih Separa Pulih (PSP), Budaya Kolektivisme dan relaps.

Pakatan Terapeutik: Greenson (1967) merujuk pakatan terapeutik sebagai "*tahap hubungan yang membolehkan klien, ahli terapi dan keluarga mengambil berat terhadap satu dengan lain dan bersetuju mengenai matlamat dan usaha-usaha yang diperlukan untuk mencapai matlamat yang telah di bina bersama*". Dari sudut pandangan ini, konsep pakatan kerja yang dikemukakan oleh Bordin (1979) juga boleh dilihat sebagai konsep yang selari dengan pakatan terapeutik. Perspektif ini telah digunakan secara meluas oleh ramai pengkaji pada hari ini (Taft & Murphy, 2006). Secara operasional, pakatan terapeutik merujuk kepada wujudnya kerjasama, sokongan, bantuan, sikap mengambil berat, menghargai dan menyayangi dalam kalangan ahli keluarga yang membentuk kelompok intervensi. Suasana kelompok yang kondusif seterusnya mendorong ahli kelompok untuk bersetuju berusaha bersama-sama mencapai matlamat kelompok yang ditetapkan. Dalam kajian ini, istilah pakatan terapeutik (*therapeutic*



alliance) dan pakatan kerja (*working alliance*) digunakan dalam kajian ini secara saling berganti tetapi merujuk kepada maksud yang sama.

Kolektivisme: Budaya kolektivisme adalah gaya hidup yang menekankan aspek hubungan dan sendiri yang saling ketergantungan (*interdependent self*) (Markus & Katayama, 1991). Masaki Yuki, (2003), turut menyokong pandangan ini sebagai lebih hampir kepada maksud sebenar kolektivisme. Secara operasional, budaya kolektivisme merujuk kepada nilai-nilai yang cenderung mengutamakan keperluan keluarga mengatasi keperluan individu. Ini termasuklah dalam membuat keputusan dan perubahan yang bertujuan memenuhi kehendak keluarga dan masyarakat arus perdana. Individu berubah, menyesuaikan diri, dan bertindak sebaik mungkin sehingga ia mendapat tempat dan di terima di dalam keluarga dan masyarakat. Begitu juga sebaliknya, keluarga mungkin pula berubah untuk memperbaiki kualiti kehidupan semua ahli kelompoknya. Budaya yang dianggap kolektif cenderung menggunakan nilai kelompok sebagai petunjuk tingkah laku budaya mereka.

Penagih Separa Pulih : Secara operasional, penagih separa pulih (PSP) merujuk individu yang berhenti mengambil dadah, sama ada setelah menjalani rawatan formal sepenuhnya atau sebahagian besar dari program rawatannya. Mereka tidak di anggap pulih secara total tetapi berada dalam proses kepulihan. Kemungkinan relaps atau mengambil dadah semula boleh berlaku pada bila-bila masa sekiranya mereka tidak menyedari tanda-tanda amaran terdapatnya tekanan yang membolehkan mereka hilang kawalan untuk mengelakkan penggunaan dadah. Pendekatan kajian ini menganggap proses kepulihan mengambil masa sepanjang hayat PSP.

Relaps: Proses pengambilan semula dadah setelah satu tempoh tanpa pengambilan dadah dikenali sebagai relaps (Darlene Albury, 2008). Menurut Lariner, Palmer, & Marlatt (1999) relaps bukanlah sebagai permulaan kepada penagihan semula, tetapi sebagai proses transisi dari “lap” kepada “relaps”. Pusingan atau tergelincir (*laps dan slips*) dikatakan merupakan proses yang berbeza dari relaps. Intervensi untuk menghentikan *laps* akan menghalang relaps sepenuhnya. Menurut pandangan ini, *laps*



mungkin merupakan sebahagian dari proses kepulihan. Manakala relaps merupakan sebahagian dari proses pembelajaran yang akhirnya menghasilkan kepulihan (Tims, Leukefeld & Platt, 2001). Secara operasional, relaps merujuk kepada proses penggunaan semula dadah setelah satu tempoh penggunaan sifar. Bagi tujuan statistik, dalam kajian ini, relaps juga merujuk kepada penagihan semula yang boleh menyebabkan individu disabit dengan kesalahan menyalahgunakan dadah dan dihukum penjara atau menjalani rawatan mandatori di pusat-pusat pemulihan dadah. Definisi ini dianggap selari dengan pendekatan yang menggunakan statistik relaps yang dikeluarkan oleh Agensi Antidadah Kebangsaan Malaysia berdasarkan statistik penangkapan semula penagih separa-pulih (2004-2008).

KAJIAN LEPAS

Pakatan terapeutik sudah menjadi salah satu konsep utama penyelidikan bagi ramai para pengkaji psikoterapi kontemporari. Terdapat beberapa faktor yang telah mendorong mereka memberi perhatian kepada kajian empirikal mengenai konsep ini sejak pertengahan tahun 1970an lagi (Horvath, 1994a). Secara ringkas, faktor-faktor tersebut termasuklah kemajuan proses metodologi penyelidikan (Benjamin, 1974; Kiesler, 1973; Rice & Greenberg, 1984); kemunculan minat baru terhadap faktor umum pakatan (Grencavage & Norcross, 1990); kemajuan model eklektik pakatan (Bordin, 1979) yang memperluaskan teori dan kajian ke atas pakatan di luar bidang terapi psikodinamik, dan kemunculan peralatan yang mempunyai tahap kebolehpercayaan lebih tinggi untuk mengukur konstruk pakatan dan dimensinya (Horvath & Luborsky, 1993). Kajian-kajian tersebut mendorong kemunculan beberapa tren yang meyakinkan para pengkaji dan pengamal mengenai peranan pakatan yang berkesan dalam rawatan psikososial.

Martin, Garske, dan Davis (2000), mendapati keputusan dari analisis-meta dan kajian individu telah menunjukkan sokongan yang kuat terhadap peranan pakatan terapeutik ke atas keputusan psikoterapi. Walau bagaimana pun, kebanyakan kajian mengenai



pakatan tertumpu pada terapi individu dan untuk orang dewasa sahaja dan terlalu sedikit perhatian diberikan kepada terapi yang berasaskan keluarga.

Pakatan terapeutik merujuk kepada *“the degree to which the client and therapist care about one another and agree on the goal and tasks of therapy”*. Sejak lebih 30 tahun yang lalu banyak kajian-kajian yang dilakukan mendapati pakatan terapeutik yang berkualiti merupakan *“is a modest yet robust predictor of treatment outcome in individual psychotherapy with adults”* (Horvath, 1994, 2000; Horvath & Lubrosky, 1993; horvath & Symonds, 1991; Martin, Farske, & Davis, 2000). Dalam sampel klien peringkat dewasa, pakatan terapeutik yang diukur pada awal rawatan terapi, didapati merupakan petunjuk yang lebih baik sedikit daripada pakatan yang diukur pada tahap pertengahan perjalanan rawatan terapi (Hovath, 1994, 2001; Hovath & Symonds, 1991).

Secara perbandingan, lebih banyak kajian-kajian empirikal mengenai terapi yang dihubungkan dengan keputusan rawatan dan pakatan bagi orang dewasa daripada bagi kanak-kanak dan remaja (Kasdin, Seigel, & Bass, 1990; Shirk & Saiz, 1992). Dalam satu kajian meta-analisis, bagi tempoh 1973 hingga 2000, hanya 18 kajian, termasuk 5 disertasi doktor falsafah yang tidak diterbitkan, didapati mengkaji hubungan di antara pakatan terapeutik dengan keputusan terapi dalam kalangan kanak-kanak dan remaja (Shirk & Karver, 2003). Keputusannya menunjukkan satu korelasi min pada tahap .24, iaitu satu tahap yang serupa dengan yang diperolehi dalam sampel orang dewasa. Walau bagaimana pun, dua dari dapatan kajian-kajian tersebut berbeza dari segi makna dan bahan daripada yang dilaporkan dalam literatur sampel orang dewasa. Rating yang dibuat oleh ahli terapi dan ibu bapa mengenai pakatan kanak-kanak dan remaja dengan keputusan rawatan adalah lebih tinggi daripada laporan yang dibuat sendiri (self-report) oleh sampel kanak-kanak dan remaja. Shirk and Karver (2003) melaporkan, fenomena ini mungkin boleh diatribut khususnya kepada rating kanak-kanak dan remaja yang tinggi terhadap pakatan yang mengakibatkan kesan siling dan akhirnya menurunkan validiti skor prediktif (Kendall et. al., 1997). Dalam kajian ke atas orang dewasa, Shirk and Karver (2003) telah melaporkan satu korelasi pada tahap .27



di antara pakatan yang diukur pada akhir terapi dengan keputusan rawatan (walau pun pakatan yang di nilai dibuat pada peringkat awal rawatan). Bagi menjelaskan persoalan kenapa dapatan tidak dapat dibandingkan, Shirk and Karver (2003) membuat kesimpulan bahawa sehinga ini, "... *there is very little support for predictive association between relationship variables and outcomes*" (p.461) bagi kelompok umur ini. Shirk and Karver (2003) juga mendapati bahawa hubungan terapeutik adalah lebih prediktif terhadap kejayaan rawatan dalam kalangan kanak-kanak dan remaja yang mempunyai simptom luaran berbanding dengan simptom dalaman.

Dalam satu penyelidikan yang dikenali sebagai *Canabis Youth Treatment* (CYT), kajian ke atas 600 orang remaja yang menjalani lima jenis rawatan penagihan bahan yang dianggap terbesar dan menggunakan metodologi yang baik (Denni, Titus, et.al., 2002), para pengkaji yang menganalisis laporan yang dibuat sendiri oleh subjek (*self-report*) mengenai pakatan yang diukur pada awal rawatan, mendapati bahawa jangkaan mengenai penggunaan bahan responden dan masalah yang berkaitan dengan penggunaan bahan boleh dibuat bagi tempoh susulan 3 – dan 6- bulan. Walau pun CYT melibatkan lima rawatan yang berasaskan individu dan keluarga yang berbeza, perhatian tidak diberikan kepada perbezaan di antara rawatan tersebut.

Menurut Liddle (2002), kajian ke atas peranan pakatan terapeutik dalam terapi keluarga adalah penting jika dilihat dari beberapa aspek. Pertama, sebahagian besar remaja yang menerima intervensi berasaskan kekeluargaan mempamerkan simptom luaran seperti menyalahgunakan bahan dan delinkuen. Kedua, terdapat sokongan yang agak tinggi bagi model intervensi berasaskan kekeluargaan bagi populasi remaja (Alexander, Holtzworth-Munroe, & Jameson, 1994; Liddle & Dakof, 1995; Stanton & Shadish, 1997). Ketiga, oleh kerana model-model yang berasaskan kekeluargaan melibatkan penyertaan yang berbagai, ia memerlukan perkembangan dan pengekalan pelbagai pakatan (seperti pakatan ahli terapi dengan remaja, ahli terapi dengan orang dewasa dan ahli terapi dengan ibu bapa). Keadaan ini menimbulkan persoalan klinikal mengenai peranan yang unik setiap pakatan dalam proses terapi, di samping sejauh mana berkesannya interaksi di antara pakatan.



Terdapat pengkaji yang menyarankan pentingnya mengadakan pakatan dengan ibu bapa remaja yang menunjukkan kecelaruan tingkah laku. Ini kerana ibu bapalah lazimnya yang menghantar anak remaja untuk mendapatkan rawatan. Merekalah yang sebenarnya sangat berhajatkan perubahan anak-anak mereka, dan mereka juga yang mendengar kebanyakan permintaan untuk mengadakan perubahan (Pinsof & Catherall, 1986). Ada juga pengkaji yang menekankan peri pentingnya membentuk pakatan dengan remaja /klien yang menunjukkan kesungguhan dan keinginan untuk menjalani rawatan. Liddle (1995) berpendapat, hanya apabila klien percaya bahawa ahli terapi faham dan menghargai percubaan dan aspirasi mereka, maka terapi akan bertukar dari segi peribadi menjadi sesuatu yang lebih bermakna untuk di capai, dan rawatan akan berakhir dengan kejayaan.

Lazimnya, setiap pakatan akan memberi kesan kepada satu atau beberapa aspek keputusan rawatan (Liddle, 2002). Kesan interaktif di antara pakatan yang berbeza seperti yang disarankan oleh sistem teori ialah keputusan rawatan mungkin merupakan kesan kekuatan pengaruh sesuatu pakatan yang di selaraskan oleh pakatan yang lain (Pinsof & Catherall, 1996). Sebagai contoh, pakatan di antara ahli terapi dengan ibu bapa mungkin diperlukan untuk mendorong kesan dari sederhana ke paras yang tinggi pakatan ahli terapi dengan remaja atau sebaliknya.

HIPOTESIS

Dalam kajian ini, pengkaji cuba melihat sama ada i) Terdapat kesediaan membina pakatan terapeutik yang signifikan untuk menjalani terapi kelompok di dalam pusat pemulihan, dalam kalangan penagih separa-pulih dan keluarga yang mereka, ii) Terdapat kesediaan mengekalkan pakatan terapeutik yang signifikan untuk menjalani aktiviti kelompok di dalam komuniti, dalam kalangan penagih separa-pulih dan keluarga mereka, iii) Terdapat keberkesanan rawatan menggunakan modul CFGT yang signifikan ke atas PSP dan keluarga mereka.



METODOLOGI

Pensampelan dan Prosedur

Pensampelan bertujuan digunakan untuk mengumpul data. Seramai 4 orang penagih separa-pulih dan 25 orang ahli keluarga mereka menganggotai 4 kelompok kajian. Pemilihan subjek secara rawak dengan menekankan penglibatan secara sukarela. Beberapa pra-syarat dikenakan ke atas pensampelan subjek untuk mengawal pemboleh ubah bebas seperti; i) etnik Melayu, ii) mempunyai keluarga yang bersetuju untuk menyertai kajian ini, iii) jumlah ahli setiap kelompok keluarga tidak kurang dari 5 orang dan tidak melebihi 8 orang (termasuk PSP), iv) PSP sudah berada di peringkat pra-bebas atau peringkat terakhir program rawatan dan pemulihan dadah, v) berumur antara 12 tahun dan ke atas, dan vi) tidak mempunyai masalah psikologi atau mental. Dari 31 orang pelatih Persada yang mengisi saringan 7 memberi persetujuan kepada pengkaji untuk menghubungi keluarga mereka. Dari jumlah tersebut (4) bersetuju untuk mengambil bahagian.

Ciri-ciri yang membezakan keempat-empat buah keluarga ini adalah dari segi jantina (19 lelaki dan 16 perempuan), umur (12 – 61 tahun), dan sifatnya yang dilabel sebagai Keluarga Kecil (KK), Keluarga Besar (KB), Keluarga Dua Ibu (KDI), dan Keluarga Bercambah (*Extended*) (KE). Ahli kelompok juga berbeza - KK mengandungi 2 orang anak lelaki, 2 orang anak perempuan dan seorang ibu (tunggal). KB mengandungi 10 orang ahli - seorang ayah, seorang ibu, 3 orang anak lelaki, dan 5 orang anak perempuan. KDI mengandungi 7 orang ahli keluarga - seorang ibu (tunggal), 2 orang anak lelaki dan seorang anak perempuan, dan 3 anak lelaki (anak tiri). KE mengandungi 13 orang ahli keluarga – seorang bapa, seorang ibu, 3 orang anak lelaki, seorang anak perempuan, seorang ayah saudara, seorang menantu lelaki ayah saudara, 2 orang anak lelaki ayah saudara dan 3 orang menantu ayah saudara, seorang sepupu ipar lelaki.



Kesemua kelompok merupakan kelompok terbuka, kecuali Kelompok Kecil (KK). Jumlah ahli-ahli yang hadir di setiap sesi adalah tidak konsisten, sama ada dari segi jumlah atau orangnya. Kehadiran ahli kelompok bergantung kepada kelapangan atau 'tidak ada kerja lain yang lebih penting'.

Keempat-empat kelompok kajian diberikan rawatan terapi keluarga menggunakan modul Terapi Kelompok Keluarga Kolektif (CFGK) dalam satu tempoh antara 1 – 4 bulan (Disember 2008 hingga Mac 2009). Sembilan sesi terapi termasuk satu pra-sesi bagi tujuan persediaan kelompok, dijalankan ke atas kesemua kelompok kajian. Sesi Pra-Rawatan untuk menyediakan subjek dengan elemen psikopendidikan dilakukan secara berasingan bagi kedua-dua sub-kelompok (penagih separa-pulih dan keluarga mereka) setiap kelompok kajian. Topik yang dibincangkan meliputi keluarga, nilai-nilai pakatan terapeutik dalam budaya kolektivisme, pendekatan rawatan, jangkaan/harapan, matlamat kelompok, penagihan dadah dan relaps, kasih sayang dan persubahatan (*enabling*).

Kajian ini dijalankan di Pusat Serenti Sg. Besi (Persada), Kuala Lumpur. Tempat kajian adalah merupakan seting yang ditentukan oleh Pengarah Rawatan AADK, setelah terlebih dahulu mempertimbangkan beberapa pusat yang lain.

PENGUKURAN

Dua alat kajian yang digunakan dalam kajian yang dibina sendiri oleh pengkaji, ialah Inventori Kesediaan Membina dan Mengamalkan Pakatan (IKMP.1 & 2; 2009), dan Working Alliance Inventory (WAI; Horvath & Greenberg, 1986) versi ringkas oleh Tracy dan Kokotovic, (1989), terjemahan Zall Kepli (2009). IKMP.1 dibentuk untuk melihat kesediaan membina pakatan terapeutik, dan IKMP.2 untuk mengukur kesediaan mengekalkan pakatan terapeutik. Kedua-dua alat ini mempunyai 12 item (item 1-12) yang sama dan satu item berbeza (item 13). Selain dari itu IKMP.2 mempunyai satu item tambahan iaitu item nombor 14 untuk mengukur reaksi dan pengesyoran subjek terhadap CFGK. Bagi menguji pra dan pasca rawatan, hanya item 1 hingga 12 item



dibandingkan. Dua belas item ini mempunyai kebolehpercayaan 0.76 (Bahagian Keluarga) dan 0.95 (Bahagian Klien). Penggunaan WAI dalam kajian ini bertujuan untuk melihat hubungan di antara kedua-dua alat dalam mengukur pakatan terapeutik. IKMP Bahagian Keluarga mempunyai nilai alfa Cronbach tahap kebolehpercayaan 0.88, dan Bahagian Klien 0.98. Manakala tahap kebolehpercayaan WAI (terjemahan Zall Kepli, 2009) Bahagian Keluarga 0.88 dan Bahagian Klien ialah 0.98.

Tiga domain utama yang digunakan dalam IKMP 1 & 2 ialah kesetiaan terhadap keluarga, identiti kelompok / keluarga dan persepsi terhadap pendekatan rawatan. Domain kesetiaan dan identiti kelompok merupakan dua domain penting yang digunakan secara meluas untuk mengukur nilai-nilai kolektivisme (Triandis, Chan, et al. 1995; Masaki Yuki, 2003). Persepsi terhadap rawatan dan kemahiran ahli terapi yang dianggap sebagai petunjuk penting kecenderungan individu mendapatkan bantuan profesional (Cusack, Deane, Wilson, dan Ciarrochi, 2004). Domain ini digandingkan dengan domain kesetiaan dan identiti kelompok bertujuan mengukur kesediaan subjek membina pakatan terapeutik pada peringkat awal rawatan (sesi 1), dan mengukur kesediaan mengekalkan pakatan terapeutik setelah tamat sesi terakhir (sesi 8).

WAI (Horvath & Greenberg, 1986) mungkin merupakan alat yang digunakan secara yang paling meluas untuk mengukur pakatan (Taft & Murphy, 2006). Kecenderungan membentuk pakatan dan kekuatan pakatan dinilai menggunakan *self-report* tentang sesuatu pakatan itu sendiri. WAI versi Tracy dan Kokotovic (1989) merupakan versi ringkas. Versi ini mempunyai skala yang mengandungi 12 item, termasuk 3 sub-skala: persetujuan mengenai tugas, persetujuan mengenai matlamat dan membentuk perjanjian. Setiap item dinilai menggunakan skala 7 markah jenis Likert. Pada kebiasaannya, klien akan diminta mengisi borang WAI pada akhir sesi pertama, atau di antara sesi 2 dan 5. Dalam 75% kes, WAI diedarkan pada akhir sesi 2; 12% pada akhir sesi 3, dan 12% pada sesi 4, dan 1% pada akhir sesi 5. Dalam kajian ini WAI di edar setelah tamat sesi 1 (pra-ujian) dan sesi ke 8 (pasca-ujian) Contoh soalan mengikut sub-skala adalah seperti berikut;



Instrumen IKMP.1 dan IKMP.2 menggunakan skala Likert yang terdiri daripada 4 skala, Sangat Tidak Setuju (STS), Tidak Setuju (TS), Setuju (S) dan Sangat Setuju (SS). Semua item berbentuk positif. Instrumen WAI menggunakan skala Likert yang terdiri daripada 7 skala, Tidak Pernah (TP), Jarang-Jarang (JJ), Kadang-Kadang (KK), Ada Kalanya (AK), Kerap Kali (KK), Sangat Kerap (SK) dan Sentiasa (S). Semua item kecuali item 4 berbentuk positif.

PENDEKATAN RAWATAN

Alat yang digunakan untuk rawatan ialah modul Terapi Kelompok Keluarga Kolektif (Collective Family Group Therapy; CFGT) yang dibina sendiri andaian nilai-nilai pakatan kolektivisme dan sistem teori (Bandura, 1977). Namun yang membezakannya dari kebanyakan terapi di Barat ialah penekanannya nilai kerjasama yang menjadi teras keluarga dalam budaya kolektivisme Timur. Idea penting CFGT ialah ‘bahawa budaya kolektivisme secara tradisi mempengaruhi minda dan tingkah laku ahli keluarga dan masyarakat’. Dengan lain perkataan, pendekatan ini mengambil posisi yang hampir dengan idea utama Psikologi Budaya. Menurut Shweder (1991), “*Cultural Psychology is the study of the way cultural traditions and social practices regulate, express, and transform the human psyche ...*”. Namun demikian, nilai budaya Timur seperti bergotong royong untuk mengatasi sesuatu kerja atau masalah, atau “membaca Yasin” beramai-ramai mendoakan, menenangkan atau mengubat pesakit yang berada di dalam keadaan tenat, dilihat sebagai selari dengan konsep pakatan terapeutik (Rogers, 1957) atau pakatan kerja (Bodin, 1979). Ciri-ciri lain CFGT termasuklah sifatnya yang berstruktur, menggabungkan penagih separa-pulih (PSP; *recovering addict*) dengan keluarga mereka dalam satu kelompok, penyelesaian masalah yang bersifat kolektif, menekankan unsur budaya dan multibudaya (sub-budaya PSP vs budaya kolektivisme), dan komunikasi berkesan. CFGT melihat penagihan dadah sebagai simptom kepada wujudnya konflik di dalam keluarga. Semua ahli keluarga sama ada yang berkonflik atau tidak, perlu duduk bersemuka, berbincang, berpakat dan bekerjasama untuk menyelesaikan masalah antara mereka (masalah keluarga). CFGT menyediakan forum dan situasi yang kondusif kepada pengurusan dan penyelesaian



masalah. Kesetiaan dan semangat kekeluargaan, digunakan sebaik mungkin untuk mendorong keterbukaan, membantu usaha memperbaiki komunikasi dan membina pakatan terapeutik di antara PSP dan keluarga mereka. Perbezaan antara individu dimanfaatkan dengan menimbangkan pandangan dan penilaian multibudaya. Tindakan ini boleh menjana penilaian yang lebih saksama kepada tingkah laku dan persepsi setiap individu di dalam keluarga.

KEPUTUSAN KAJIAN

Kajian ini mengambil pendekatan eksperimen. Walau bagaimana pun, disebabkan 3 daripada kelompok kajian merupakan kelompok jenis terbuka, maka perbandingan di antara pra dan pasca-rawatan tidak dapat dibuat menggunakan Ujian-t. Statistik deskriptif dan lain-lain ujian seperti Kai Ganda Dua dan korelasi digunakan bagi tujuan menganalisis data.. Bagi kelompok kajian yang mempunyai ciri-ciri kelompok tertutup (Kelompok Keluarga Kecil), Ujian-t masih digunakan.

Secara deskriptif, analisis ke atas semua item IKMP 1 & 2 menunjukkan pada keseluruhannya subjek memberi respons yang positif. Semua item didapati mempunyai respons yang berada pada tahap “setuju” dan “sangat setuju”. Sebagai contoh, keputusan IKMP.1 menunjukkan 42.1% ahli keluarga mengatakan bersetuju dan 57.9% sangat bersetuju untuk membina pakatan terapeutik dengan penagih separa pulih dan menyertai kelompok CFGT, di dalam pusat pemulihan dadah. Manakala 50% klien bersetuju dan 50% sangat bersetuju membina pakatan terapeutik dengan keluarga mereka dalam kelompok CFGT di dalam pusat pemulihan. Min bagi ujian awal rawatan (sesi 1) ialah Bahagian Keluarga 1.42 dan Bahagian PSP, 1.50. Ini bermaksud dari segi peratusan atau min, terdapat kesediaan PSP dengan keluarga mereka untuk membina pakatan terapeutik dalam kelompok terapi di dalam pusat pemulihan.



Jadual 1 : Perbandingan Respons Tertinggi (“Sangat Setuju”) Bagi 12 Item IKMP.1 (Pra) dan IKMP.2 (Pasca) Bahagian Klien (PSP) & Bahagian Keluarga

BAHAGIAN KLIEN

BAHAGIAN KELUARGA

SKALA ITEM	“SANGAT SETUJU”		PERBEZAAN %	SKALA ITEM	“SANGAT SETUJU”		PERBEZAAN %
	PRA	PASCA			PRA	PASCA	
1.	50.0	75.0	25	1.	57.9	57.9	0
2.	50.0	50.0	0	2.	57.9	78.6	20.7
3.	50.0	50.0	0	3.	68.4	73.7	5.3
4.	75.0	75.0	0	4.	68.4	94.7	26.3
5.	75.0	75.0	0	5.	89.5	84.2	-5.3
6.	50.0	75.0	25	6.	52.5	78.9	26.4
7.	50.0	75.0	25	7.	63.2	68.4	5.2
8.	50.0	75.0	25	8.	68.4	73.7	5.3
9.	50.0	75.0	25	9.	63.2	84.2	21
10.	50.0	75.0	25	10.	57.9	78.9	21
11.	25.0	50.0	25	11.	42.1	94.7	52.6
12.	50.0	75.0	25	12.	31.6	63.2	31.6

Jadual 1 menunjukkan terdapat perubahan nilai bagi yang mendatar (25%) bagi 8 item IKMP Bahagian Klien, manakala 4 item selebihnya tidak menunjukkan perubahan. Bagi IKMP Bahagian Keluarga 11 item menunjukkan perbezaan skor antara -5.3% hingga 52.6% bagi pra dan pos rawatan, dari segi kualiti respons “sangat setuju”. Item 1 (57.9%:57.9%) menunjukkan perubahan 0% atau tiada perubahan tahap “sangat setuju” pra dan pos, manakala item 11 (42.1%:94.7%) menunjukkan peningkatan tahap “sangat setuju” paling tinggi 52.6%. Pada keseluruhannya, secara deskriptif terdapat perbezaan skor bagi kesemua item tahap tertinggi “Sangat Setuju” kecuali 4 item Bahagian Klien dan 1 item Bahagian Keluarga menunjukkan tiada perubahan.



Jadual 2 : Perbandingan Respons “Tidak Pernah” & “Sentiasa” WAI (Bahagian Keluarga) Peringkat Awal dan Akhir Rawatan

BAHAGIAN KELUARGA

SKAL A	“TIDAK PERNAH”		PERBEZAA N %	SKAL A	“SENTIASA”		PERBEZAA N %
	PRA	PASCA			ITEM	PRA	
1.	36.8	4.2	34.6	1.	26.3	37.5	11.2
2.	47.4	8.0	39.4	2.	26.3	40.0	13.7
3.	42.1	0	42.1	3.	32.6	54.2	21.6
4.	70.6	29.2	41.4	4.	5.9	4.2	- 1.7
5.	52.6	0	52.6	5.	26.3	50.0	23.7
6.	42.1	0	42.1	6.	26.3	36.0	9.7
7.	36.8	8.0	28.8	7.	25.8	32.0	6.2
8.	31.6	0	31.6	8.	31.6	37.5	5.9
9.	42.1	4.0	38.1	9.	21.1	24.0	2.9
10.	47.4	0	47.4	10.	5.3	16.0	10.7
11.	42.1	0	42.1	11.	31.6	25.0	-6.6
12.	31.6	0	31.6	12.	31.6	48.0	16.4

Jadual 4.9 menunjukkan perbandingan titik nilai paling rendah (“Tidak Pernah”) WAI Bahagian Keluarga pra dan pos, dan titik nilai paling tinggi (“Sentiasa) berdasarkan skala Likert 7 markat, juga pra dan pos rawatan. Bagi titik nilai paling rendah, semua item menunjukkan terdapat perubahan skor yang positif dan meningkat. Nilai perubahan ialah di antara 28.8% - 52.6%, manakala titik paling tinggi (“Sentiasa”) perbezaan skor meningkat di antara 1.7% hingga 23.7%.



**Jadual 3 : Perbandingan Respons “Tidak Pernah” & “Sentiasa”
WAI (Bahagian Klien) Peringkat Pra dan Pasca Rawatan**

BAHAGIAN KLIEN

SKAL A	“TIDAK PERNAH”		PERBEZAA N %	SKAL A	“SENTIASA”		PERBEZAA N %
	PRA	PASCA			ITEM	PRA	
1.	25	0	25	1.	25	50	25
2.	25	0	25	2.	25	50	25
3.	25	0	25	3.	25	50	25
4.	25	25	0	4.	0	25	25
5.	25	25	0	5.	0	50	50
6.	25	0	25	6.	0	75	75
7.	25	0	25	7.	25	50	25
8.	25	0	25	8.	25	50	25
9.	25	0	25	9.	25	50	25
10.	25	0	25	10.	25	25	25
11.	25	0	25	11.	25	50	25
12.	25	0	25	12.	25	50	25

Jadual 4.10 menunjukkan perbandingan titik nilai paling rendah (“Tidak Pernah”) WAI Bahagian Klien pra dan pos, dan titik nilai paling tinggi (“Sentiasa”) peringkat pra dan pos rawatan. Bagi titik nilai paling rendah, 10 item menunjukkan terdapat perubahan skor yang positif dan meningkat, manakala 2 item tidak berubah.. Perbezaan skor adalah mendatar pada titik 25%. Titik paling tinggi (“Sentiasa”) menampakkan perbezaan skor yang meningkat di antara 25% hingga 75%. Secara keseluruhan item-item yang menunjukkan peningkatan skor pada titik nilai paling rendah dan paling tinggi mendominasi perubahan berbanding dengan hanya 2 item yang tidak mengalami perubahan nilai.



Perbandingan keputusan WAI mengikut item peringkat awal dan akhir, secara deskriptif, Jadual 4.9 dan 4.10 adalah juga menunjukkan terdapat peningkatan persepsi tentang keberkesanan CFGT dalam kalangan subjek.

Jadual 4: Keputusan Item 13 IKMP.1

Keputusan kesediaan membina dan meneruskan pakatan terapeutik IKMP.1
Bahagian Klien & Bahagian Keluarga

ALAT	ITEM 13	PERATUSAN	
		S	SS
IKMP.1 Bahagian Klien	Saya akan terus berpakat dan bekerjasama dengan keluarga saya sepanjang sesi kelompok ini jalankan.	50.0	50.0
IKMP.1 Bahagian Keluarga	Saya akan terus berpakat dan bekerjasama dengan _____ saya sepanjang sesi kelompok ini jalankan	42.1	57.9

Petunjuk: (S) Setuju, (SS) Sangat Setuju

Jadual 4 menunjukkan terdapat kesediaan 100% membina dan meneruskan pakatan terapeutik dalam kalangan PSP (50% 'setuju' dan 50% 'sangat setuju'). Manakala kesediaan membina dan meneruskan pakatan dalam kalangan keluarga PSP ialah 42.1% 'setuju' dan 57.9% 'sangat bersetuju'.



Jadual 5: Keputusan Item 13 IKMP.2

Keputusan Kesediaan Mengekalkan Pakatan Terapeutik IKMP.2 Bahagian Klien & Bahagian Keluarga

ALAT	ITEM 13	PERATUSAN	
		S	SS
IKMP.2 Bahagian Klien	Saya akan terus berpakat dan bekerjasama dengan keluarga saya walaupun setelah saya menamatkan program pemulihan di sini.	25.0	75.0
IKMP.2 Bahagian Keluarga	Saya akan terus berpakat dan bekerjasama dengan _____ saya walaupun selepas dia menamatkan program pemulihan di sini.	21.1	78.9

Petunjuk: (S) Setuju, (SS) Sangat Setuju

Keputusan mengekalkan pakatan terapeutik (IKMP 2) menunjukkan, 25% dari keseluruhan PSP mengatakan “bersetuju” dan 75% mengatakan “sangat bersetuju”. Manakala kesediaan mengekalkan pakatan terapeutik dalam kalangan ahli keluarga PSP ialah 21% bersetuju dan 78.9% ‘sangat bersetuju’. Min Bahagian PSP ialah 1.25 dan Bahagian keluarga 1.21.



Jadual 6: Keberkesanan Pendekatan Rawatan (CFGFT)

Perbandingan Keputusan Item 13 IKMP.1 & IKMP.2 Bahagian Klien & Bahagian Keluarga

ALAT	ITEM 13	KLIEN			KELUARGA		
		S %	SS %	Perbe- zaan %	S %	SS %	Perbe- zaan %
IKMP.1	Terus berpakat dan bekerjasama sepanjang terapi jalankan.	50.0	50.0	0	42.1	57.9	15.8%
IKMP.2	Terus berpakat dan bekerjasama walaupun selepas PSP menamatkan program pemulihan.	25.0	75.0	50.0	21.1	78.9	57.8%
	Perbezaan			50.0			42.0

Petunjuk: (S) Setuju, (SS) Sangat Setuju

Jadual 3.2. menunjukkan persetujuan 100% bagi Hipotesis 1 dan 2 iaitu kesediaan membina dan mengekalkan pakatan terapeutik. Keputusan item 13 IKMP.1 Bahagian Klien menunjukkan respons yang sama (50%:50%), tetapi keputusan Bahagian Keluarga menunjukkan terdapat kesediaan untuk mengekalkan pakatan terapeutik yang lebih cenderung “sangat setuju” (42.1%:57.9%). Keputusan item 13 IKMP.2 Bahagian Klien keputusan yang lebih cenderung kepada “sangat setuju” (25%:75%), perbezaan 50%. Begitu juga Bahagian Keluarga, keputusan menunjukkan kecenderungan kepada pemilihan respons “sangat setuju” (21.1%:78.9%), perbezaan 57.8%. Kesan rawatan (CGFT) didapati menunjukkan kesan yang sesuai dengan tempoh pendedahan subjek kepada rawatan iaitu pada sesi 1, 15.8% dan sesi 8, 57.8%.



Jadual 7: Keputusan Item 14 IKMP.2 Bahagian Keluarga

Item 14 IKMP.2 (Pasca Rawatan)	Peratusan		Min
	S	SS	
Saya syorkan supaya lebih ramai lagi pelatih yang berminat dan yang akan keluar dari pusat pemulihan, diberi peluang menjalani terapi ini bersama keluarga mereka.	20	80	1.2

Petunjuk: (S) Setuju, (SS) Sangat Setuju

Jadual 7 menunjukkan subjek memilih respons “bersetuju” 20% dan “sangat setuju” 80% untuk mengesyorkan rawatan CGFT supaya diberikan kepada lain-lain PSP dan keluarga mereka yang berminat. Persetujuan 100% ini lebih cenderung ke arah “sangat setuju”.

Jadual 8 : Keputusan Ujian-t Sampel Berpadanan

Perbezaan Di Antara Pra dan Pasca Rawatan Bagi Kelompok Kajian Yang Memiliki Ciri-Ciri Kelompok Tertutup (Kelompok Keluarga Kecil)

Min	Sisihan Piawai	N	t	df	Sig. (2-tailed)
4.75000	2.62996	4	3.612	3	.036

$$t(3) = 3.612, k > 0.5$$

Keputusan Ujian-t pada Jadual 4.14 di atas menunjukkan terdapat perbezaan yang signifikan di antara pra dan pos ujian $t = 3.612, k < 0.5$. Ini bermakna terdapat perubahan persepsi ahli kelompok terhadap keberkesanan rawatan (CFGFT) pada tahap pra dan pos-ujian. Dengan itu, hipotesis alternatif yang di bina iaitu ‘Terdapat



persepsi keberkesanan rawatan CFGT yang signifikan di antara pra dan pos ujian. adalah diterima bagi Kelompok Keluarga Kecil.

Jadual 9 : Ujian Khi Ganda Dua

	Value	df	Asump. Sig (2-sided)
IKMP.2 13	2.254^a	3	.521

$k < .05$

Jadual 3.5 menunjukkan tidak wujud perbezaan yang signifikan bagi Item 13 IKMP.2 (pasca) berdasarkan 4 kelompok, $\chi^2 = 2.254$, $k < 0.5$. Sebagai contoh hanya ahli CFGT keluarga Besar dan Keluarga Dua Ibu lebih ramai memilih respons “sangat setuju”. Keluarga Kelompok Keluarga Kecil dan Kelompok Keluarga Bercambah lebih ramai memilih respons “setuju”.

3.1.1 Hipotesis 10 :

Jadual 4.15 : Keputusan Korelasi Pearson Terhadap Hubungan Instrumen IKMP dengan WAI

Alat	WAI	Sig.
IKMP	$r = - 0.343$	

$k > 0.01$

Jadual 4.15 menunjukkan keputusan ujian Korelasi Pearson iaitu terdapat korelasi yang negatif, ($r = -0.343$, $k > 0.01$) tetapi tidak signifikan, di antara instrumen IKMP



dan WAI. Ini bermaksud apabila IKMP menaik WAI akan menurun atau sebaliknya. Dengan hipotesis alternatif yang dibina adalah ditolak.

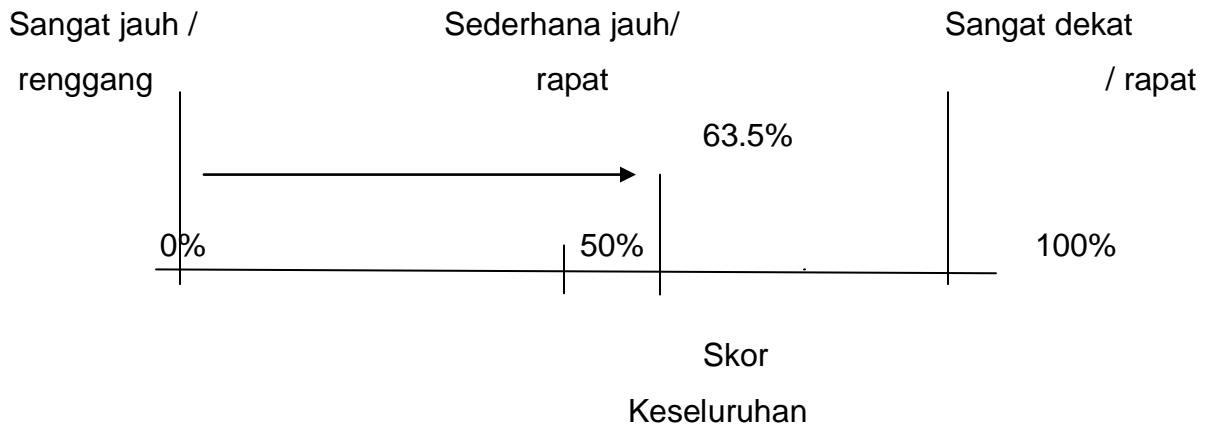
PERBINCANGAN

Hipotesis 1

Item yang memberi jawapan langsung kepada Hipotesis 1 ialah item nombor 13 IKMP.1. Secara deskriptif, keputusan yang diperoleh menunjukkan 42.1% ahli keluarga memilih “bersetuju” dan 57.9% memilih “sangat bersetuju”. Manakala 50% PSP “bersetuju” dan 50% “sangat bersetuju” membina pakatan terapeutik dengan keluarga mereka dan menjalani kelompok CFGT di dalam pusat pemulihan. Pada keseluruhannya min bagi ujian awal rawatan Bahagian Keluarga ialah 1.42 dan Bahagian PSP 1.50. dari segi peratusan dan min, Ini bermaksud terdapat kesediaan membina pakatan terapeutik dalam kalangan penagih separa-pulih dan keluarga mereka untuk menjalani terapi kelompok di dalam pusat pemulihan. Dapatan ini diperkuatkan lagi apabila keputusan Ujian Kai Ganda Dua menunjukkan wujudnya perbezaan yang signifikan bagi Item 13 IKMP.1 (pra) mengikut kelompok, $\chi^2 = 10.179$, $k < 0.5$. Sebagai contoh ahli Kelompok CFGT Keluarga Kecil, Kelompok Keluarga Besar dan Keluarga Dua Ibu lebih ramai memilih respons “sangat setuju”. Hanya Kelompok Keluarga Bercambah mempamerkan respons “setuju” yang lebih dominan.

Keputusan ini didapati menyokong dapatan kajian Zall Kepli, Amran dan Ismail (2007) yang menyatakan bahawa persepsi jarak hubungan kekeluargaan PSP daripada keluarga mereka adalah sederhana rapat iaitu pada titik 63.5% menghampiri titik sangat rapat. Dalam kajian ini, berdasarkan kepada respons “sangat setuju”, kesediaan ahli keluarga didapati lebih baik 57% berbanding dengan 50% PSP. Dapatan yang menunjukkan kualiti kesediaan membina pakatan PSP yang sedikit rendah ini boleh dikaitkan dengan jumlah PSP yang kecil (4 orang). Walau bagaimana pun jika analisis mengambil kira kedua-dua respons “setuju” dan “sangat setuju” peratusan bagi PSP dan keluarga mereka adalah 100%.

Rajah 1 : Jarak Hubungan Kekeluargaan

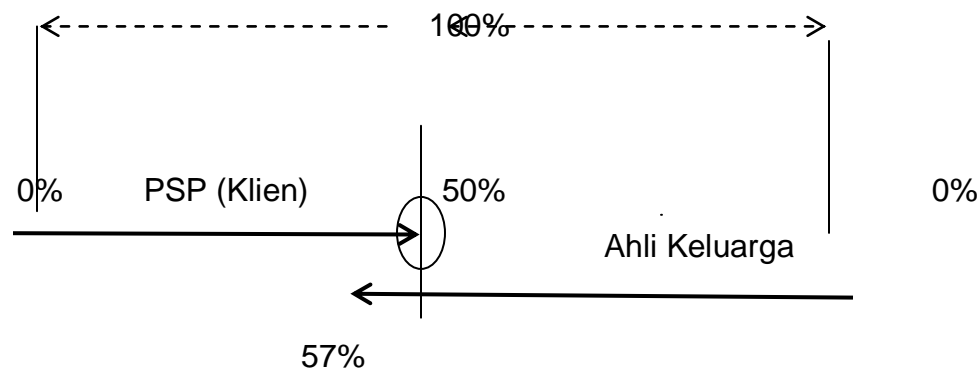


Sumber: Zall Kepli, Amran & Ismail (2007)

Rajah 1 menunjukkan persepsi PSP melepasi jarak 50% menghampiri titik hubungan sangat rapat dengan keluarga. Dengan lain perkataan, ahli keluarga hanya perlu bergerak 36.5% ke arah PSP untuk membentuk satu titik persetujuan. Dalam kajian ini pula, kesediaan membina pakatan terapeutik yang ditunjukkan oleh PSP dan keluarga mereka ialah 100%. Bagi membentuk satu titik persetujuan (Rajah 2), respons peratusan “sangat setuju” PSP dan ahli keluarga mereka (57%:50%) sudah cukup untuk membina satu titik persetujuan.

Rajah 2 : Titik Persetujuan

Titik persetujuan kesediaan membina pakatan terapeutik berdasarkan respons “sangat setuju”



Rajah 2 menunjukkan gabungan kedua-dua respons “sangat setuju” membolehkan satu titik persetujuan dibentuk. Kajian ini membuktikan terapi yang menggabungkan PSP dan keluarga mereka di dalam satu kelompok intervensi seperti CGFT adalah cerah. Kesediaan 100% PSP dan keluarga menunjukkan mereka boleh duduk dalam satu kelompok terapi, berpakat dan bekerjasama untuk mencapai matlamat bersama iaitu mengekang relaps.

Keputusan yang diperoleh dari data pada peringkat awal rawatan ini (sesi pertama), juga memungkinkan terdapat kesediaan membina pakatan terapeutik dalam kalangan PSP dengan keluarga mereka sebelum rawatan diberikan. Kesan rawatan (pra-sesi dan sesi pertama) mungkin hanya memberi kesan tambahan yang mendorong kesediaan membentuk pakatan terapeutik. Dengan lain perkataan, keputusan peringkat awal sesi ini memperkuat sokongan pengkaji sebelumnya tentang wujudnya kesetiaan dan kesediaan yang bersifat semula jadi berasaskan budaya Kolektivisme Melayu. Asas nilai budaya ini di terjemahkan dalam bentuk perumpaan seperti



“Sebusuk-busuk daging, dibasuh, dimakan juga”, “Air di cincang tidak akan putus” dan “Carik-carik bulu ayam, lama-lama bercantum juga”. Tingkah laku menagih dadah, walau pun di anggap sebagai “Menconteng arang di muka keluarga”, masih boleh diterima apabila yang “Sesat di hujung jalan ... “ bersedia untuk “...balik ke pangkal jalan”. Ahli keluarga nampak bersedia “Membuang yang keroh dan ambil yang jernih.”

Hipotesis Ke-2

Item nombor 13 IKMP.2 menyediakan jawapan langsung kepada Hipotesis 2 iaitu “*Terdapat kesediaan mengekalkan dan meneruskan pakatan terapeutik yang signifikan, dalam kalangan penagih separa-pulih dan keluarga untuk menjalani terapi kelompok di dalam komuniti.*” Keputusan ujian mendapati 21.1% keluarga mengatakan “bersetuju” dan 78.9% yang selebihnya mengatakan “sangat bersetuju” untuk mengekalkan pakatan terapeutik, dan meneruskan aktiviti kelompok di dalam komuniti. Keputusan IKMP.2 Bahagian PSP pula mendapati 25% “bersetuju” dan 75% “sangat bersetuju” mengekalkan pakatan terapeutik dengan keluarga mereka setelah mereka menamatkan pemulihan. Perbezaan min Bahagian Keluarga (1.21) dengan Bahagian Klien (1.25) ialah 0.04. Dengan demikian, secara peratusan keputusan kajian menunjukkan wujud kesediaan membina pakatan terapeutik dalam kalangan ahli CFGT.

Keputusan ujian Kai Ganda Dua juga menunjukkan, terdapat kesediaan mengekalkan pakatan terapeutik, namun kesediaan yang wujud tidak signifikan, $\chi^2 = 2.254$, $k > .05$. Hipotesis alternatif yang dibina adalah ditolak. Penolakan hipotesis ke 2 ini mungkin disebabkan perubahan yang berlaku lebih merupakan perubahan dalam bentuk peningkatan kualiti respons dari “bersetuju” kepada “sangat bersetuju.”. Gabungan peratusan “setuju” dengan “sangat setuju” untuk kesediaan mengekalkan pakatan masih kekal 100%. Dengan demikian, penolakan hipotesis ke-2 tidak menggambarkan bahawa subjek tidak bersedia mengekalkan pakatan. Penolakan hipotesis ini mungkin boleh dianggap berpunca dari masalah penggunaan ujian yang kurang tepat.



Hipotesis Ke-3

Dari 4 buah kelompok kajian, Kelompok Keluarga Kecil didapati mengekalkan ahli dan jumlah ahlinya sepanjang 8 sesi CFGT. Dengan demikian kelompok ini boleh dianggap sebagai kelompok tertutup yang sesuai dianalisis menggunakan Ujian-t. Sebagaimana yang dijangka, keputusan Ujian-t menunjukkan terdapat perbezaan yang signifikan di antara pra dan pos ujian, $t = 3.612$, $k < 0.5$. Ini bermakna subjek mempersepsi wujudnya keberkesanan pendekatan rawatan modul Terapi Kelompok Keluarga Kolektif (CFGT) dan hipotesis alternatif yang di bina adalah diterima.

Dapatan ini memperlihatkan pendekatan rawatan yang digunakan adalah sesuai dan mesra budaya Kolektivisme Melayu. Kesetiaan terhadap keluarga merupakan asas yang membuahkan kerjasama dan pakatan terapeutik dalam kalangan ahli-ahlinya. Kesiediaan membina pakatan dan menerima tanggungjawab secara kolektif ke atas sebarang kelemahan yang menjadi punca kegagalan keluarga berfungsi sebagai satu sistem yang baik, menjadikan pakatan terapeutik lebih bermakna. CFGT berjaya memastikan PSP dan ahli keluarga mereka tidak bertepuk sebelah tangan. Adalah penting setiap pihak berupaya melihat kesiediaan membina datang dari pihak yang berlawanan. Lakey dan Cassidy (1990) yang menyatakan bahawa individu yang menerima sokongan sosial yang positif dapat menginterpretasikan sesuatu tingkah laku dalam bentuk yang positif. Setelah menjalani CFGT, PSP tidak merasa keseorangan dalam usahanya untuk menempuh berbagai-bagai cabaran dan godaan untuk meneruskan kehidupannya tanpa menggunakan atau menagih dadah semula.

Komitmen yang tunjukkan oleh ahli keluarga dari segi masa, wang ringgit dan pengorbanan, apabila melibatkan diri mereka dengan CFGT, dapat diinterpretasikan oleh PSP sebagai sokongan kekeluargaan yang sangat mulia sifatnya. Ini menjadikan kecenderungan untuk menginterpretasikan sebaliknya, jika ada, sukar mereka dilakukan. CFGT menyediakan peluang bersemuka, berkomunikasi secara yang langsung dan berkesan, meneroka dan menghurai pelbagai masalah yang sebelumnya tidak pernah dibincangkan. Situasi kondusif yang disediakan oleh CFGT,



membolehkan hubungan silaturahim yang sekian lama berantakkan dipulihkan, ibu bapa, abang dan adik diletakkan di tempat mereka semula sebagai asalnya.

Item nombor 14 IKMP.2 boleh juga dilihat menggambarkan persepsi subjek terhadap pendekatan yang digunakan. Sebagai contoh, ahli keluarga PSP menunjukkan persetujuan 100% (20% “bersetuju” ; 80% “sangat setuju”) supaya peluang menjalani CFGT diperluaskan kepada lebih ramai PSP dan keluarga mereka yang berminat sebelum mereka tamat menjalani program pemulihan yang formal. Persetujuan ini secara langsung menampakkan kesan pendekatan rawatan yang sangat positif ke atas subjek.

Hipotesis Ke-4

Bagi hipotesis ke 3, keputusan ujian Korelasi Pearson menunjukkan terdapat korelasi yang negatif, ($r = -0.343$, $k > 0.01$) yang tidak signifikan di antara instrumen IKMP dan WAI. Dengan itu hipotesis alternatif yang dibina adalah ditolak. Namun begitu, keputusan korelasi Spearman menunjukkan terdapat beberapa item IKMP (item 3, 6 dan 4) mempunyai korelasi yang signifikan dengan item WAI (1 dan 6).

Dalam hal ini, walau pun kedua-dua alat dibina bertujuan untuk mengukur pakatan terapeutik, komponen yang mendasari kedua-dua instrumen itu berbeza. IKMP memberi penekanan kepada elemen persepsi subjek kepada pendekatan pakatan, kesetiaan terhadap keluarga dan identiti yang dikaitkan dengan keluarga (Triandis dan rakan-rakan 1988; Yamaguci, 1994). Kajian-kajian lalu mendapati, ahli kelompok yang mengamalkan budaya kolektivisme lebih mementingkan keluarga dari dirinya sendiri dalam membuat sebarang keputusan. Mereka juga menunjukkan identiti dan kesetiaan kepada kelompok, di samping tidak membezakan di antara matlamat peribadi atau matlamat kolektif. Sekiranya, matlamat mereka berbeza dari matlamat kelompok, dari segi kepentingannya, matlamat kelompok masih tetap dianggap lebih penting dari matlamat peribadi (Triandis, 1989). Zall Kepli, Amran dan Ismail (2007) mendapati



bahawa PSP mengakui walau pun mereka menagih dadah, mereka tetap mengambil berat terhadap keluarga dan masih mengakui bahawa “*syurga di bawah tapak kaki ibu*”.

Instrumen WAI menekankan 3 sub-skala utama iaitu persetujuan mengenai tugas, persetujuan mengenai matlamat dan persetujuan membentuk perjanjian. Bagi subjek yang terdiri daripada ahli budaya Kolektivisme, mereka mungkin merasakan terdapat sesuatu yang kurang jika sesuatu perjanjian atau persetujuan, sesama ahli keluarga, hanya diikat dengan kesedaran semata-mata dan keinginan untuk mencapai sesuatu matlamat. Hubungan silaturahim yang terbina dari ikatan persaudaraan dan pertalian darah adalah lebih bermakna. Nilai budaya ini mungkin menyumbang korelasi yang negatif dan tidak signifikan.

Seperkara lagi yang perlu disebut di sini ialah penggunaan skala 7 markat jenis Likert yang digunakan oleh WAI mungkin agak mengelirukan. Label yang digunakan seperti “Tidak pernah”, “Jarang-Jarang”, “Kadang-Kadang”, “Ada kalanya”, “Kerap Kali”, “Sangat Kerap”, dan “Sentiasa” adalah sangat mengelirukan. Adalah sukar untuk membezakan di antara “jarang-jarang” dengan “kadang-kadang”, atau “kerap kali” dengan “sangat kerap”. Ketidakjelasan ini mengakibatkan subjek kurang pasti untuk memilih respons yang benar-benar mewakili perasaan dan pandangan mereka.

IKMP menggunakan skala 4 markat jenis Likert yang menggunakan label “Sangat Tidak Setuju”, “Tidak Setuju” “Setuju” dan “Tidak Setuju”. Label yang digunakan didapati amat mudah difahami, namun demikian subjek mungkin merasa terlalu tertekan untuk menyatakan pandangan sebenar mereka disebabkan pilihan yang diberikan adalah terhad. Respons 100% bersetuju dan sangat bersetuju dengan item-item inventori mungkin boleh dijadikan petunjuk kepada kemungkinan subjek menghadapi dilema terpaksa memilih bersetuju atau sangat bersetuju sahaja. Ini juga boleh dilihat sebagai wujudnya dengan tekanan budaya yang menghendaki mereka memilih kepentingan keluarga dari perasaan dan pandangan peribadi, khususnya apabila berlaku interaksi secara langsung seperti di dalam kelompok kecil.



SARANAN

Beberapa perkara yang ingin pengkaji sarankan di sini ialah i) lebih banyak kajian dijalankan yang meneroka pendekatan yang memberi penekanan kepada nilai budaya Kolektivisme khususnya pakatan terapeutik, ii) meneruskan penyelidikan untuk memurnikan Modul CFGT, dan iii) memberdayakan semula pakatan terapeutik melalui CFGT.

Saranan pertama adalah selari dengan pandangan subjek menyokong syor supaya CFGT dijadikan pendekatan sisipan kepada program pemulihan AADK atau institusi Penjara. Ini dapat memenuhi ruang kosong di antara program pemulihan institusi dengan program seliaan lanjutan bagi program kepulihan. CFGT tidak sahaja membantu PSP dari segi pencegahan relaps tetapi turut menyediakan keluarga untuk menerima PSP kembali ke pangkuan keluarga dan masyarakat. Dengan lain perkataan, nilai terapeutik di dalam CFGT turut membantu memulihkan PSP dan keluarga. Rumah keluarga boleh berfungsi menggantikan “*half-way house*”, dan keluarga boleh berfungsi sebagai kelompok sokong bantu (*self-help group*).

Saranan kedua supaya penyelidikan untuk memurnikan CFGT sebagai pendekatan terapi mesra budaya Kolektivisme diteruskan lagi. Unsur-unsur spiritual seperti berdoa sebelum dan selepas terapi dijalankan, ritual menghormati ibu bapa, mengembalikan rasa kecintaan dan kesetiaan kepada keluarga, penggunaan tangkal dan azimat, dan sebagai boleh dimasukkan sebagai proses terapeutik sinonim dengan budaya. Walau pun unsur-unsur ini mungkin dilihat sedikit lari dari terapi Barat, ia pasti mempunyai kesan terapeutik yang sesuai dengan budaya tempatan.

Seterusnya pengkaji menyarankan usaha memberdayakan nilai pakatan terapeutik melalui CFGT. Pakatan memerlukan persetujuan dan persetujuan boleh dicapai dengan adanya sikap bertolak ansur dan keterbukaan. Sebagai contoh, duduk bersemuka membincangkan tentang perkara yang mengaibkan keluarga bersama-



sama orang yang menimbulkan keaiban (penagihan dadah), bukan satu kelaziman di dalam budaya Kolektivisme Melayu. Begitu juga memberi maklum balas secara langsung khususnya kepada orang yang lebih tua atau ahli yang mengetuai keluarga, bukan sahaja tidak boleh diterima tetapi juga dianggap “biadab”, “kurang ajar” atau “durhaka”. Zall Kepli, Amran dan Ismail (2007) mendapati PSP terima kenyataan bahawa “*Syurga di bawah tapak kaki ibu*”, tetapi pada masa yang sama mereka juga bersetuju bahawa meninggikan suara untuk menyatakan perasaan dan pandangan kepada ibu bapa bukan sikap durhaka.

CFGT mengajar satu permulaan kepada perhubungan terapeutik yang memberi penekanan kepada pakatan dan keterbukaan. Lapan sesi CFGT di dalam seting pemulihan, hanya merupakan sentuhan yang kecil kepada satu permukaan masalah yang sangat sukar, kritikal dan melibatkan proses yang sangat panjang. Permulaan ini perlu dipupuk dan diteruskan. Sekiranya nilai yang diperolehi dari proses terapi dikekalkan penggunaan di dalam kehidupan seharian, maka nilai ini akan membentuk dan mendorong pembentuk kelompok intervensi kelompok dengan sendirinya. Pengkaji yakin ahli keluarga akan mula mengadaptasikan intervensi kelompok keluarga sebagai sebahagian dari budaya keluarga mereka dalam masa satu hingga dua tahun sekiranya input berterusan diberikan. PSP dan keluarga mereka akan mula merasa selesa untuk menjalankan kelompok mereka sendiri tanpa bergantung kepada orang lain.

PENUTUP

Ibu bapa dan keluarga adalah sumber terapeutik anugerah Tuhan yang tidak ternilai harganya. Setiap penagih dadah ada keluarga, maka setiap mereka boleh menikmati sumber terapeutik ini. Berlandaskan hubungan keluarga yang kukuh dan bersifat saling bergantung ini, PSP dan keluarga mereka telah menunjukkan kesediaan 100% untuk membina dan mengekalkan pakatan terapeutik dalam kalangan mereka untuk mengekang relaps. Keluarga seperti “Orang mengantuk disorongkan bantal”. Hasrat yang terpendam sekian lama untuk mengembalikan keharmonian keluarga, mendorong



keluarga menyambut baik peluang dan ruang untuk turut menyumbang kepada pemulihan insan yang mereka sayangi. Keputusan ini juga menyokong Teori Sistem yang mengatakan apabila suatu bahagian sistem tidak berfungsi seluruh sistem mengalami gangguan. Sistem akan bergerak secara kolektif untuk memperbetulkan semula ketidakfungsian tersebut. CFGT menekankan usaha kolektif mendekati dan mengatasi masalah. Ia diharapkan untuk mencetus kecenderungan keluarga dan penagih separa-pulih untuk mengambil alih tanggungjawab pencegahan relaps di dalam komuniti, di samping menyumbang kepada penyuburan semula budaya kolektivisme yang mendukung kesetiaan dan pengorbanan untuk memartabatkan maruah keluarga.

LIMITASI KAJIAN

Bilangan PSP dalam kajian ini adalah terlalu kecil (4 orang) berbanding dengan bilangan ahli keluarga mereka. Ini mungkin menjejaskan kekuatan maklumat yang terkumpul dan memberi kesan kepada keputusan ujian yang dilakukan. Walau bagaimanapun, kekangan yang wujud ialah pendekatan rawatan CFGT hanya menghadkan kepada seorang PSP bagi setiap kelompok kajian.

Menggunakan kelompok yang bersifat terbuka adalah menyukarkan. Ini kerana perubahan ahli kelompok pada setiap sesi rawatan menyebabkan keberkesanan rawatan tidak dapat diukur menggunakan statistik inferensi. Dalam kajian ini, hanya satu kelompok (Kelompok Keluarga Kecil) berjaya mengekalkan kehadiran ahli yang sama pada setiap sesi. Manakala menunjukkan perbezaan ahli kelompok bagi setiap sesi yang ketara. Bagi tiga kelompok yang lain, perbezaan kesan rawatan di peroleh dengan membuat perbandingan menggunakan statistik deskriptif.



RUJUKAN

- Alexander, J. F., Holtzworth-Munroe, A. & Jameson, P.B. (1994) The process and outcome of marital and family therapy; Research review and evaluation. In A.E. Bergin, and S.L. Garfield (eds), *Handbooks of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: John Wiley and Sons, pp. 595-630.
- Laporan Dadah Januari - Julai 2008, Unit Sistem Maklumat Dadah Kebangsaan (NADI).
- Markus, H.R., & Kitayama, S.(1991). Cultural and self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological Review*, 98, 224-253.
- Alexander, J. F., Holtzworth-Munroe, A. & Jameson, P.B. (1994) The process and outcome of marital and family therapy; Research review and evaluation. In A.E. Bergin, and S.L. Garfield (eds), *Handbooks of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: John Wiley and Sons, pp. 595-630.
- Allgower A. Wardle J, Steptoe A. 2001. Depressive symptoms, social support, and personal health behaviors in young men and women. *Health Psychol.* 20:223-227.
- Barnett PA, Gotlib IH. 1988. Psychosocial functioning and depression: distinguishing among antecedents, concomitants, and consequences. *Psych Bull.*;104: 97-126.
- Bandura, A. 1977. *Social learning theory*. Englewood Cliffs, HJ: Prentice Hall.
- Benjamin, L. S. (1974). Structural analysis of social behavior. *Psychological Review*, 81, 392-425
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy*, 16, 252-260.
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. In A.O. Horvath & L.S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research and* (pp. 13-37). New York: Wiley.
- Cohen & Willis, (1985).A Quasi-experiment on the Effects of Superordinate Categorization on Liking of People from Other Nations. *Psychology & Developing Societies*, Vol. 20, No. 2, 183-208



Cusack, J., Deane, F.P., Wilson C.J., & Ciarrochi, J. (2004). Who influence men to go therapy? Reports from men attending psychological services. *International Journal for the Advancement of Counselling*. Vol. 26, No.3, September 2004. 271-283.

[Darlene Albury 2007, LMSW](#). Relapse and Relapse Prevention. Internet Therapist

Dennis, M. L., Titus, J.C., Diamond, G., Babor, T., Godley, S.H., Tims, F., Webb, C., Liddle, H.A., & Scott, C. (2000). The Cannabis Youth Treatment (CYT) experiment: A multi-site study of five approaches to outpatient treatment for adolescents. *Addiction*.

Greenson, R.R. 1965. The working alliance and the transference neurosis. *Psychoanalysis. Quarterly*, 34, 155-181.

Grencavage, L.M., & Norcross, J.C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology – Research and Applications*, 19, 1-16.
D.J. (1973). The process of psychotherapy: Empirical foundation and systems of analysis. Hawthorn, NY: Aldine.

House, J.S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, M.A: Addison-Wesley.

Horvath, A. G., & Greenberg, I.S. 1994. *The working alliance: Theory, research, and practice*. New York: Wiley.

Horvath, A. G., & Szymond, D.B. 1991. Relationship between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.

Horvath A.O., & Luborsky, L. 1993. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consultant and Clinical Psychology*. 61, 561-573.

Horvath, A.O. (1994). Research on the alliance. In A.O. Horvath & L.S. Greenberg (Eds.) *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 259-286). New York: Wiley.

Kim, U. (1997). Asian collectivism: A indigenous perspective. In H.R.S., Koa and D. Sinha (Eds) *Asian Perspective on Psychology*. New Delhi: Sage, 147-163.

Laporan Dadah Januari - Julai 2008, Unit Sistem Maklumat Dadah Kebangsaan (NADI)



- Lariner, M.E., Palmer, R.S., & Marlatt, G.A. (1999). Relapse prevention: An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Alcohol Research and Health*, 23(2), 151-160.
- Liddle H.A. & Dakof, G.A. (1995) Efficacy of family therapy for drug abuse: Promising but not definitive. *Journal of Marital and Family Therapy*. 21, 511-543.
- Liddle, H.A. (2002) *Multidimensional family therapy treatment (MDFT) for adolescent cannabis users*. Rockvile, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Liddle, H.A. (1995) Conceptual and clinical dimensions of multidimensional, multi-systems engagement strategy in family based adolescent treatment, *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 32, 29-58
- Liddle, H.A. (2002) *Multidimensional family therapy treatment (MDFT) for adolescent cannabis users*. Rockvile, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Martin, D.J., Garske, J.P. & Davis, M.K. (2000) Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450.
- Masaki Yuki, (2003). Intergroup Comparison Versus Intragroup Relationships: A Cross-Cultural Examination of Social Identity Theory in North American and East Asian Cultural Contexts. *Social Psychology Quarterly*, Vol. 66, No.2, 166-183.
- Rice L.N., & Greenberg, L.S. (1984). Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process. New York: Guilford Press.
- Practice, 21, 372-378.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*. 21, 95-103.
- Sarason IG, Levine HM, Basham RB. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *J Pers Social Psychol*, 44:127-139.
- Sinha D., & Sinha, M. (1997). Orientations to psychology: Asian and Western. In S.R. Kao and Sinha (Eds) *Asian Perspectives on Psychology*. Princeton University Press.



- Stanton, M. D., & Shadish, W. R. (1997). Outcome, attrition, and family-couple treatment for drug abuse. A meta-analysis and review of the controlled, comparative studies psychological Bulletin, 122, 170-19.
- Shirk, S. R. & Karver, M. (2003) Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy. A meta-analytic review. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 71, 452-464.
- Shweder, R. (1991). Thinking Through Cultures, Harvard University Press.
- Taft, C.T., & Murphy, C.M. (2006). The Working Alliance in Intervention for Partner Violence Perpetrators: Recent Research and Theory, *Journal of Family Violence*, Springer Science + Business Media, LLC 2006, 10, 1007/s10896-006-9053.
- Triandis, H. C. (1995). Individualism and Collectivism. Boulder, Colorado: Westview Press.
- Tims, Leukefeld & Platt, 2001 Relapse And Recovery In Addictions. Hardcover, Yale University Press
- Turner, J., C. (1981). Social identification and psychological group formation. In H. Taifel (Ed.), The social dimensions: European development in social psychology, vo. 2, London: Cambridge University Press. (pp. 10, 318)
- Zall Kepli M.R.(1984). *Kaunseling Kelompok; Perbandingan Di antara Pendekatan Terarah Dengan Tanpa Arah. Satu Kajian Kes di Penjara Kajang*. dalam Daftar Bidang Masalah Kepulihan (DBMK): Penilaian Program Pemulihan Dadah Dari Perpektif Penagih Separa-pulih, *Prosiding Persidangan Dadah Kebangsaan I, 2007*, Universiti Malaysia, Sabah.
- Zall Kepli M.R (2004). Kaunseling Pra-Kepulihan, Laporan Ilmiah Program Sarjana Kaunseling (Psikologi), Universiti Kebangsaan Malaysia, dalam Daftar Bidang Masalah Kepulihan (DBMK): Penilaian Program Pemulihan Dadah Dari Perpektif Penagih Separa-pulih, *Prosiding Persidangan Dadah Kebangsaan I, 2007* Universiti Malaysia, Sabah.
- Zall Kepli M.R., Amran M., & Ismail M. (2008). Jarak hubungan kekeluargaan: Dari Persepsi Penagih Separa Pulih. *Prosiding Seminar Kebangsaan Polisi Awam Malaysia Ke-6, UTM, 2008*.