

Kesan Kaunseling Kelompok Penyesuaian Remaja Terhadap Kemurungan dan Resilien Dalam Kalangan Remaja Berisiko Mengambil Dadah

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

Maklumat Penulis: Mohammad Nasir Bistamam, Ph.D, Profesor Madya, Jabatan Psikologi dan Kaunseling, Fakulti Pendidikan dan Pembangunan Manusia, Universiti Pendidikan Sultan Idris, 35900 Tanjong Malim, Perak Darul Ridzuan. Emel: nasir.b@fppm.upsi.edu.my

Aslina Ahmad, Ph.D, Jabatan Psikologi dan Kaunseling, Fakulti Pendidikan dan Pembangunan Manusia, Universiti Pendidikan Sultan Idris, 35900 Tanjong Malim, Perak Darul Ridzuan. Emel: aslina.ahmad@fppm.upsi.edu.my

Amelia Mohd Noor, Pensyarah, Fakulti Pendidikan dan Pembangunan Manusia, Universiti Pendidikan Sultan Idris, 35900 Tanjong Malim, Perak Darul Ridzuan. Emel: amelia@fppm.upsi.edu.my

Ahmad Jazimin Jusoh, Ph.D, Profesor Madya, Jabatan Psikologi dan Kaunseling, Fakulti Pendidikan dan Pembangunan Manusia, Universiti Pendidikan Sultan Idris, 35900 Tanjong Malim, Perak Darul Ridzuan. Emel: jazimin@fppm.upsi.edu.my

Mohd Bazlan Mustafa, Ph.D, Jabatan Psikologi dan Kaunseling, Fakulti Pendidikan dan Pembangunan Manusia, Universiti Pendidikan Sultan Idris, 35900 Tanjong Malim, Perak Darul Ridzuan. Emel: bazlan@fppm.upsi.edu.my

Noraini Ismail, Ph.D, Jabatan Psikologi dan Kaunseling, Fakulti Pendidikan dan Pembangunan Manusia, Universiti Pendidikan Sultan Idris, 35900 Tanjung Malim, Perak Darul Ridzuan. Emel: noraini_ismail@fppm.upsi.edu.my

Samsiah Mohd Jais, Ph.D, Jabatan Psikologi dan Kaunseling, Fakulti Pendidikan dan Pembangunan Manusia, Universiti Pendidikan Sultan Idris, 35900 Tanjung Malim, Perak Darul Ridzuan. Emel: samsiah@fppm.upsi.edu.my

Mohd Noor Idris, Pensyarah, Fakulti Pendidikan dan Pembangunan Manusia, Universiti Pendidikan Sultan Idris, 35900 Tanjung Malim, Perak Darul Ridzuan. Emel: mohd.noor@fppm.upsi.edu.my

Faizura Rohaizad, Tutor, Fakulti Pendidikan dan Pembangunan Manusia, Universiti Pendidikan Sultan Idris, 35900 Tanjung Malim, Perak Darul Ridzuan. Emel: faizura@fppm.upsi.edu.my;

Penyelidikan ini dibiayai di bawah Geran Penyelidikan Ilmiah, Agensi Antidadah Kebangsaan, Kementerian Dalam Negeri.

Kesan Kaunseling Kelompok Penyesuaian Remaja Terhadap Kemurungan dan Resilien Dalam Kalangan Remaja Berisiko Mengambil Dadah

Abstrak

Kajian ini bertujuan melihat kesan Kaunseling Kelompok Penyesuaian Remaja (KKPR) terhadap kemurungan (KMR) dan resilien (RES) dalam kalangan remaja berisiko mengambil dadah. Seramai 60 ($N=60$) orang remaja tingkatan dua terlibat dalam kajian eksperimen kuasi ini. Mereka dibahagikan kepada 6 kelompok iaitu 2 kelompok rawatan lelaki, 2 kelompok rawatan perempuan dan 2 kelompok kawalan. KKPR dikendalikan oleh 6 orang fasilitator (3 lelaki dan 3 perempuan). Data kajian dikumpul berdasarkan laporan sendiri menerusi Instrumen Remaja Berisiko Mengambil Dadah (IRBMD) dan dianalisis dengan min, Ujian T, MANCOVA dan Pos Hoc pada aras kesignifikanan 0.05. Hasil kajian menunjukkan KKPR telah mengurangkan kemurungan dan meningkatkan resilien dalam kalangan subjek remaja. Selain itu, hasil kajian menunjukkan tidak terdapat perbezaan kesan rawatan ke atas gender subjek kajian dan gender fasilitator. Adalah dicadangkan agar pendekatan pencegahan dadah perlu ditingkatkan sebagai salah satu usaha intervensi peringkat awal.

Kata kunci: Kaunseling Kelompok Penyesuaian Remaja, Kemurungan, Resilien, Remaja Berisiko

Pengenalan

Adalah sukar untuk mengenyahkan kewujudan keterlibatan remaja dalam kes penyalahgunaan dadah. Menurut laporan Agensi Antidadah Kebangsaan (AADK), sepanjang bulan Januari hingga Ogos 2010, seramai 16,646 orang penagih telah dikesan berbanding tempoh yang sama tahun sebelumnya (2,721 orang pada tahun 2009). Terdapat 12,099 orang (72.68%) penagih baru, dan penagih berulang sebanyak 4,547 orang (27.32%) dalam tempoh yang sama pada tahun 2009. Berdasarkan perangkaan tersebut, seramai 50 penagih baru dan 19 penagih berulang telah dikesan setiap hari sepanjang bulan Januari hingga Ogos 2010. Laporan yang sama turut menunjukkan sepanjang Januari hingga Ogos 2010, bilangan penagih lelaki adalah sebanyak 16,232 (97.51%) dan penagih wanita pula sebanyak 414 (2.49%). Data tersebut membuktikan bahawa terdapat peningkatan kes penagihan dadah sama ada kes berulang atau kes baru di Malaysia yang melibatkan semua kaum terbesar iaitu Melayu, Cina, India dan termasuk juga Pribumi Sabah dan Sarawak. Tambah mendukacitakan apabila didapati golongan belia yang berusia antara 19 hingga 24 tahun merupakan golongan paling banyak terlibat dalam kes penyalahgunaan dadah iaitu sebanyak 4,217 orang (25.90%). Malahan yang lebih mengecewakan apabila laporan turut menunjukkan remaja yang berusia di bawah 18 tahun telah mula terlibat dalam penagihan dadah iaitu sebanyak 1,499 orang (9.21%) (AADK, Ogos 2010).

Tinjauan terhadap kajian-kajian lepas mendapati banyak usaha yang dilakukan untuk merawat pelbagai masalah tingkah laku termasuk penagihan dadah. Walau bagaimanapun tidak semua perlakuan bermasalah dapat dipulihkan dengan mudah menerusi pendekatan intervensi secara pemulihan. Hal ini disebabkan individu berkenaan sudah sedia terlibat secara langsung dalam “perlakuan bermasalah” dan mereka sudah mempunyai persepsi, norma dan tarikan yang tersendiri terhadap “perlakuan bermasalah” tersebut (Burt, Resnick & Novik 1998). Dalam hal ini Fauziah dan rakan-rakan (2012) telah membuat kajian untuk mengenalpasti sejauhmana tahap penagihan relaps daripada tiga aspek iaitu emosi negatif, tekanan sosial dan konflik interpersonal dalam kalangan penagih dadah yang sedang mendapatkan khidmat rawatan dan pemulihan di Pusat Pemulihan Penagihan Narkotik (PUSPEN) di Semenanjung Malaysia. Hasil kajian mereka menunjukkan bahawa majoriti responden yang terlibat dalam kajian tersebut berada dalam keadaan yang dinamakan sebagai “situasi berisiko tinggi” untuk kembali relaps.

Berdasarkan fenomena yang telah dibincangkan di atas, maka sudah tiba masanya untuk memikirkan satu bentuk pendekatan yang lebih proaktif dalam jangka masa panjang bagi menangani masalah-masalah penagihan dadah dalam kalangan remaja. Salah satu pendekatan tersebut adalah intervensi peringkat awal iaitu intervensi berbentuk perkembangan dan pencegahan. Pendekatan ini lebih menekankan kepada usaha mencegah sesuatu perlakuan bermasalah pada peringkat awal, bak kata pepatah “mencegah lebih baik daripada mengubati”. Tambahan pula, apabila remaja sudah berada dalam “perlakuan bermasalah”, mereka mungkin makin terperangkap ke dalam kesudahan yang lebih buruk iaitu perlakuan yang lebih bermasalah (Burt, Resnick & Novik 1998). Sebagai contoh remaja yang sudah ketagihan rokok berisiko untuk mengambil alkohol, dan remaja yang ketagihan alkohol pula berisiko pula kepada penyalahgunaan dadah.

Intervensi peringkat awal yang berbentuk intervensi pencegahan dan perkembangan boleh membantu usaha-usaha pencegahan bagi membantu remaja berkenaan menghindarkan diri daripada perlakuan bermasalah tersebut. Perlakuan yang dikenalpasti berisiko merangkumi i.) masalah perlakuan di sekolah (kerap ponteng, ketidakhadiran yang panjang dan bertindak ganas); ii.) terlibat dalam perlakuan seksual awal; iii.) terlibat dalam penggunaan bahan (tembakau, alkohol dan dadah); iv.) lari dari rumah dan/atau pusat-pusat penjagaan; dan v.) terlibat dalam aktiviti kelompok rakan sebaya delinkuen (Burt, Resnick & Novik 1998).

Luthar et al (2007) mendapati penyalahgunaan dadah tidak ketara pada awal remaja sehingga remaja menjadi murung. Kajian-kajian lepas turut mendapati terdapat perkaitan antara tingkah laku berisiko mengambil dadah dengan kemurungan (Bogard, 2005; Piacentine, 2010), resilen (Johnson, 1998), kawalan diri (Gottfredson & Hirschi, 2013), optimistik (Winter, 2005), dan berani menghadapi cabaran (Czart & Christina, 2001). Remaja yang mengambil dadah didapati tidak mempunyai ramai kawan (Preboth, 2009), sedangkan rakan-rakan merupakan individu yang berpengaruh semasa mereka berada diperingkat remaja (Santrock, 2002). Lantaran itu, kaunseling kelompok merupakan kaedah yang berkesan (Chua Lay Nee, Zuria Mahmud & Noriah Mohd. Ishak, 2008), dalam membantu remaja berisiko mengambil dadah memandangkan sesi dijalankan secara berkumpulan dan pemikiran tidak rasional remaja dapat dibetulkan melalui perbincangan bersama-sama ahli kelompok yang dikendalikan oleh GBK yang berkemahiran.

Lantaran itu, KKPR disarankan digunakan dalam menangani remaja yang berisiko mengambil dadah. Untuk menggunakan KKPR, teknik dan kemahiran yang didasari oleh *Rational Emotif Behaviour Therapy* (REBT) merupakan perkara yang perlu dikuasai oleh kaunselor. Terdapat 6 tahap perkembangan proses terapi kelompok dengan menggunakan pendekatan model KKPR, iaitu; i.) membina hubungan; ii.) mentaksir antara masalah, perorangan dan situasi; iii.) menyedia klien untuk terapi; iv.) menjalankan intervensi; v.) mengatur strategi sokongan; dan vi.) penilaian dan penamatan.

Kajian ini bertujuan melihat kesan penggunaan KKPR terhadap kemurungan dan resilien dalam kalangan remaja berisiko di Malaysia.

Metodologi

Metod kajian merangkumi partisipan, instrumen kajian dan prosedur yang digunakan.

Lokasi dan Subjek Kajian

Terdapat 6 zon di Malaysia yang terlibat dalam kajian eksperimen ini iaitu zon Utara, zon Tengah, zon Selatan, zon Timur, zon Sabah, dan zon Sarawak. Sebuah sekolah dipilih sebagai pusat kajian eksperimen pada setiap zon. Kriteria pemilihan pusat kajian eksperimen adalah sekolah tersebut mempunyai jumlah pelajar yang ramai, iaitu melebihi 1000 orang. Komposisi kaum adalah pelbagai,

iaitu mengikut nisbah komposisi kaum kebangsaan (55% Melayu, 35% Cina dan 15 % India). Pelajar-pelajar sekolah ini datang daripada kawasan sekitar iaitu kawasan perumahan atau kampung yang berhampiran. Latar belakang status sosio-ekonomi keluarga tidak begitu bervariasi iaitu berpendapatan sederhana. Sekolah tersebut mempunyai kelengkapan fizikal sekolah yang mencukupi seperti bilik kaunseling kelompok yang baik dari segi pengudaraan, cahaya dan perabot kerusi yang sesuai untuk tujuan menjalankan kajian.

Subjek kajian eksperimen dipilih secara persampelan bertujuan (*purposive sampling*). Dalam konteks kajian ini, subjek dipilih apabila memenuhi kriteria tertentu iaitu (a) dikenalpasti sebagai remaja yang tidak aktif di sekolah dan mempunyai pencapaian akademik yang rendah berdasarkan pemerhatian guru dan respons remaja melalui IRMBD; (b) dikenalpasti memiliki Simptom Psikologi melalui IRBMD iaitu rendah resilien.

Dalam kajian ini, subjek yang mendapat skor IRBMD lebih tinggi daripada skor min dikeluarkan daripada senarai subjek kajian. Subjek yang mendapat skor IRBMD lebih rendah daripada skor min dikekalkan dalam senarai subjek kajian. Untuk langkah seterusnya, skor IRBMD subjek kajian digunakan sebagai ukuran praujian.

Untuk pengagihan kelompok pula, persampelan secara rawak berstrata (*stratified random sampling*) (Johnson & Christensen 2000) telah digunakan. Berdasarkan skor IRBMD, subjek diagihkan kepada 2 kelompok berdasarkan teknik rawak secara berpasangan (*pair random sampling*) 1 kelompok rawatan dan 1 kelompok kawalan. Langkah ini diambil untuk memastikan kesemua kelompok mempunyai ciri-ciri subjek yang setara dan bilangan yang sama iaitu 10 orang setiap kumpulan.

Sebanyak 60 orang remaja sekolah yang dikenalpasti mempunyai ciri-ciri berisiko mengambil dadah telah dipilih untuk terlibat sebagai subjek kajian eksperimen. Daripada jumlah tersebut, sebanyak 40 orang subjek (4 kelompok) dipilih sebagai kumpulan eksperimen, dan 20 orang subjek (2 kelompok) dipilih sebagai kumpulan kawalan. Kumpulan eksperimen terdiri daripada 2 kelompok rawatan lelaki, dan 2 kelompok rawatan perempuan, manakala kumpulan kawalan pula dianggotai oleh 20 orang subjek (1 kelompok lelaki; dan 1 kelompok perempuan). Data praujian dan posujian kedua-dua kumpulan (eksperimen dan kawalan) diperolehi melalui instrumen IRBMD. Modul KKPR dijalankan ke atas kumpulan eksperimen sebelum data posujian ditadbir ke atas mereka, manakala Modul KKPR dijalankan ke atas kumpulan kawalan selepas data posujian ditadbir ke atas mereka.

Sebanyak 4 orang fasilitator (2 lelaki dan 2 perempuan) terlibat untuk mengendalikan empat kumpulan rawatan dalam kajian ini. Seorang fasilitator lelaki mengendalikan satu kumpulan rawatan lelaki (10 subjek) dan seorang fasilitator lelaki yang lain pula mengendalikan satu kumpulan rawatan perempuan (10 subjek). Dalam masa yang sama seorang fasilitator perempuan telah mengendalikan satu kumpulan rawatan lelaki (10 subjek) dan seorang fasilitator perempuan yang lain telah mengendalikan satu kumpulan rawatan perempuan (10 subjek). Kumpulan kawalan lelaki (10 subjek) dan kumpulan kawalan perempuan (10 subjek) menerima Modul KKPR yang dikendalikan oleh seorang fasilitator lelaki dan seorang fasilitator perempuan setelah posujian ditadbir.

Seramai enam (6) orang Guru Bimbingan dan Kaunseling iaitu seorang bagi setiap zon telah dipilih sebagai Fasilitator untuk mengendalikan kelompok kaunseling menggunakan Modul Kaunseling Kelompok Penyesuaian Remaja (KKPR). Pemilihan Fasilitator dilakukan berdasarkan penilaian dan ciri-ciri seperti (a) berkelulusan ikhtisas sekurang-kurangnya memiliki Ijazah Sarjana Muda dalam bidang Bimbingan dan Kaunseling daripada mana-mana institusi yang diiktiraf oleh kerajaan; (b) berpengalaman sebagai Guru Bimbingan dan Kaunseling sekolah sekurang-kurangnya 3 tahun; (c) dapat menguasai pendekatan kaunseling *Rational Emotive Behavior Therapy* (REBT); dan (d) bersedia untuk menerima latihan dan mengendalikan kelompok kaunseling menggunakan Modul KKPR.

Instrumen Kajian

Kajian ini melibatkan instrumen kajian Instrumen Remaja Berisiko Mengambil Dadah (IRBMD). Sebanyak 85 item yang terdiri daripada enam subkonstruk iaitu Kemurungan, Resilien, Persepsi Terhadap Keluarga, Penghargaan Kendiri Sekolah, Penghargaan Kendiri Rakan, dan Tingkah laku Berisiko. Fokus kertas kerja ini hanya terutumbu kepada kemurungan dan resilien. Konstruk Resilien mengandungi 35 item, manakala Kemurungan mempunyai 12 item. Respons kepada soal selidik ini adalah berdasarkan kepada lima mata pilihan 1 hingga 5 bergantung kepada sama ada item itu positif atau negatif.

Kemurungan (KMR) pula merujuk kepada perasaan murung seperti perasaan tidak gembira, atau perasaan sedih yang dialami oleh remaja yang ada hubungannya dengan antiseden yang berlaku pada diri mereka seperti berhadapan dengan keluarga yang tidak berfungsi, kemiskinan, serta persekitaran sosial yang lain yang tidak menyokong seperti rakan sebaya, sekolah dan orang dewasa lain berdasarkan skor laporan sendiri yang diperolehi melalui soal selidik Remaja Berisiko oleh Mohammad Nasir Bistamam (2006). KMR mengandungi dua belas item dan respon kepada soal selidik ini adalah berdasarkan kepada lima mata pilihan 1– 5 bergantung kepada item positif atau negatif. Terdapat 2 item positif dan 10 item negatif dalam konstruk Kemurungan.

Dalam kajian ini, resilien merujuk kepada kadar kemampuan individu dalam mengendalikan pelbagai tekanan daripada faktor persekitaran dengan memiliki persepsi masa hadapan yang lebih optimis, memiliki kemahiran yang membina dan tidak bergantung kepada orang lain serta berani menghadapi risiko berdasarkan skor laporan sendiri melalui item-item Resilien. Item-item resilien disesuaikan daripada “*The Resiliency Questionnaire*” oleh Jew, Green dan Kroger (1999) yang telah di terjemahkan oleh Mohammad Nasir Bistamam (2006). Terdapat 35 item dan respon kepada soal selidik ini adalah berdasarkan kepada lima mata pilihan 1 hingga 5. Semua item Resilien terdiri daripada item-item positif. Item-item tersebut mewakili tiga subskala iaitu Optimistik, Kawalan Diri, dan Hadapi Cabaran.

Skor tertinggi untuk konstruk Resilien ialah 175 (35 X 5), dan skor terendah pula ialah 35 (35 X 1), manakala untuk konstruk Kemurungan, skor tertinggi ialah 60 (12 X 5), dan skor terendah ialah 12 (12 X 1). Data kuantitatif kajian eksperimen dianalisis berdasarkan kepada data praujian dan posujian pemboleh ubah-pemboleh ubah yang dikumpul melalui instrumen kajian; iaitu IRBMD yang seterusnya dianalisis dengan menggunakan pakej SPSS 12.0.

Prosedur Kajian

Proses intervensi dijalankan di bilik kaunseling kelompok di sekolah yang dipilih sebagai pusat kajian eksperimen. Pengkaji telah mendapatkan kebenaran daripada Pengetua sekolah berkenaan untuk menjalankan kajian. Kelompok rawatan dikendalikan sendiri sepenuhnya oleh GBK terlatih di sekolah berkenaan sebagai Fasilitator. Sehubungan itu, surat lantikan GBK sebagai fasilitator yang mengendalikan penyelidikan dikeluarkan. Sebelum kajian dilaksana, Fasilitator kajian akan diberikan latihan khusus untuk mengendalikan model Kelompok Kaunseling Penyesuaian Remaja (KKPR). Tindakan ini adalah bertujuan untuk mengelakkan *bias* terhadap kesan intervensi antara kelompok.

Pelaksanaan kelompok rawatan melibatkan sepuluh sesi pertemuan. Fasilitator diberi kebebasan untuk memilih satu hari dalam seminggu waktu bekerja dan mengendalikan kelompok rawatan iaitu satu sesi pertemuan yang mengambil masa dua jam. Kelompok rawatan dilaksanakan bermula dari pukul 3.30 petang sehingga pukul 5.30 petang iaitu selama sepuluh minggu berturut-turut.

Kajian eksperimen ini dijalankan untuk mengukur kesan pemboleh ubah bersandar iaitu Kaunseling Kelompok Penyesuaian Remaja (KKPR) terhadap pemboleh ubah bersandar iaitu

Kemurungan (KMR) dan Resilien (RES) dalam kalangan remaja berisiko mengambil dadah. Kesan KKRBMD diuji melalui analisis data kuantitatif dengan cara mengukur perbezaan ukuran praujian IRBMD dan posujian IRBMD antara kumpulan rawatan dengan kumpulan kawalan.

Secara umumnya kajian ini menggunakan rekabentuk praujian dan posujian ke atas dua kumpulan pelajar remaja berisiko mengambil dadah iaitu satu kelompok eksperimen dan satu kelompok kawalan. Namun demikian, terdapat satu faktor moderator iaitu gender dalam proses analisis data praujian dan posujian. Johnson dan Christensen (2000), menyebut rekabentuk ini dikenali sebagai rekabentuk praujian-posujian kelompok kawalan dengan satu kelompok eksperimen.

Dapatan Kajian

Dapatan kajian diberikan secara analisis deskriptif dan analisis inferential

Analisis Deskriptif

Terdapat tiga analisis deskriptif iaitu (a) analisis deskriptif skor min praujian dan posujian Kemurungan dan Resilien antara Kumpulan Rawatan dan Kumpulan Kawalan, (b) analisis deskriptif skor min praujian dan posujian Kemurungan dan Resilien antara Kumpulan Rawatan Lelaki, Kumpulan Rawatan Perempuan, dan Kumpulan Kawalan, dan (c) analisis deskriptif skor min praujian dan posujian Kemurungan dan Resilien antara Kumpulan Fasilitator Lelaki, Kumpulan Fasilitator Perempuan, dan Kumpulan Kawalan.

Hasil analisis dapatan menunjukkan Modul KKPR telah membawa perubahan terhadap pemboleh ubah Kemurungan dan Resilien antara kumpulan rawatan dan kumpulan kawalan. Skor min Kemurungan Kumpulan Rawatan telah menurun sebanyak -1.68 (iaitu daripada 22.75 dalam praujian kepada 21.076 dalam posujian) jika dibandingkan dengan Kumpulan Kawalan yang memperoleh penurunan skor min yang sangat sedikit iaitu sebanyak -0.25 (dari 23.90 kepada 23.65). Skor min untuk Resilien pula didapati meningkat untuk Kumpulan Rawatan sebanyak +16.33 (dari 78.67 kepada 95.0) berbanding dengan skor min kumpulan kawalan yang telah menurun sebanyak -0.60 (dari 80.60 kepada 80.30). Secara keseluruhannya berdasarkan analisis perbandingan min antara praujian dan posujian didapati Modul KKPR telah dapat meningkatkan KMR dan RES kumpulan rawatan berbanding kumpulan kawalan.

Modul KKPR juga telah mengurangkan skor min Kemurungan dan meningkatkan Resilien Kumpulan Rawatan Lelaki, dan Kumpulan Rawatan Perempuan. Skor min Kemurungan Kumpulan Rawatan Lelaki telah menurun daripada 21.8 kepada 19.25 (penurunan sebanyak -2.55), manakala skor min Kemurungan Kumpulan Rawatan Perempuan pula menurun sebanyak -4.00 (daripada 23.70 kepada 19.70). Terdapat penurunan skor min Kemurungan dalam Kumpulan Kawalan tetapi hanya sebanyak -0.45 (daripada 23.90 kepada 23.45). Begitu juga dengan skor min Resilien untuk Kumpulan Rawatan Lelaki yang telah meningkat sebanyak +21.4 (dari 73.50 kepada 94.90), dan skor min Resilien Kumpulan Rawatan Perempuan pula telah meningkat sebanyak +11.25 (daripada 83.85 kepada 95.10). Sebaliknya, skor min Resilien Kumpulan Kawalan pula telah menurun sebanyak -0.30 iaitu daripada 80.60 kepada 80.30.

Hal yang sama turut ditunjukkan apabila Modul KKPR didapati telah membawa perubahan yang positif terhadap pemboleh ubah Kemurungan dan Resilien antara kumpulan fasilitator lelaki, dan kumpulan fasilitator perempuan. Skor min Kemurungan kumpulan fasilitator lelaki telah berkurangan sebanyak -3.65 (daripada 24.05 kepada 20.40), dan skor min KMR kumpulan fasilitator perempuan juga turut berkurangan sebanyak -2.90 (daripada 21.45 kepada 18.55). Tetapi skor min Kemurungan kumpulan kawalan pula telah berkurangan tetapi pada kadar yang sedikit iaitu sebanyak -0.45 (daripada 23.90 kepada 23.45). Skor min Resilien kumpulan fasilitator lelaki turut didapati

meningkat sebanyak +17.15 (daripada 78.65 kepada 95.80); begitu juga dengan kumpulan fasilitator perempuan yang meningkat sebanyak +15.5 (78.70 kepada 94.20). Namun, skor min RES kumpulan kawalan pula telah menurun sebanyak -0.30 (daripada 80.60 kepada 80.30).

Analisis Inferential

Kesan modul KKPR terhadap pembolehubah psikologi dalam kalangan remaja berisiko dadah dapat dibuktikan melalui analisis Ujian T. Jadual 1 menunjukkan ringkasan analisis Ujian T Sampel Berpasangan Praujian dan Posujian Antara Kumpulan Rawatan dan Kumpulan Kawalan bagi pembolehubah KMR dan RES. Sesuatu Ujian T dikatakan signifikan apabila nilai kebarangkalian p adalah kurang daripada aras signifikan α ($p < \alpha$) iaitu nilai p lebih rendah daripada .05.

Jadual 1

Analisis Ujian T Sampel Berpasangan Praujian dan Posujian PTK, PKS, PKR, KMR dan RES Antara Kumpulan Rawatan dan Kumpulan Kawalan.

Pembolehubah	Kumpulan	Ujian	Min	S.P.	Dk (N-1)	Nilai t	Nilai p
Kemurungan (KMR)	Rawatan	Praujian	22.7500	4.2229	39	7.786	.000*
		Posujian	19.4750	2.5719			
	Kawalan	Praujian	23.9000	5.1901	19	.700	.492
		Posujian	23.4500	4.3222			
Resilien (RES)	Rawatan	Praujian	78.6750	10.997	39	-8.169	.000*
		Posujian	95.0000	7.8381			
	Kawalan	Praujian	80.6000	6.3195	19	.363	.721
		Posujian	80.3000	7.1384			

Nilai Alpha (α) = .05

Jadual 1 menunjukkan hasil ujian T Sampel Berpasangan praujian dan posujian pembolehubah KMR dan RES antara kumpulan rawatan dan kumpulan kawalan. Hasil kajian menunjukkan terdapat perbezaan signifikan praujian dan posujian dalam semua pembolehubah KMR dan RES kumpulan rawatan ($p=.000$). Hasil kajian juga menunjukkan tidak terdapat terdapat perbezaan signifikan praujian dan posujian dalam semua pembolehubah KMR dan RES kumpulan kawalan.

Berdasarkan kepada analisis perbandingan min menunjukkan terdapat tren peningkatan min posujian berbanding min praujian dalam semua pembolehubah MR dan RES kumpulan rawatan. Oleh itu berdasarkan analisis Ujian T Sampel Berpasangan ini membuktikan bahawa modul KKPR berkesan meningkatkan semua pembolehubah KMR dan RES dalam kalangan subjek remaja berisiko mengambil dadah.

Jadual 2 adalah analisis statistik MANCOVA untuk melihat kesan modul KKPR terhadap praujian dan posujian pembolehubah KMR dan RES berdasarkan kelompok rawatan lelaki, kelompok rawatan perempuan dan kelompok kawalan.

Jadual 2

Analisis MANCOVA Kesan KKPR Terhadap Praujian dan Posujian PTK, PKS, PKR, KMR dan RES Kelompok Rawatan Lelaki, Kelompok Rawatan Perempuan dan Kelompok Kawalan

Bil	Sumber	Pembolehubah Bersandar	Jumlah KD	Dk	Min KD	Nilai F	Nilai p
4	Praujian KMR	Posujian KMR	386.936	1	386.936	106.824	.000*
5	Praujian RES	Posujian RES	564.919	1	564.919	10.935	.002*

* $p < .05$

Hasil analisis MANCOVA yang ditunjukkan dalam Jadual 2 juga menunjukkan terdapat perbezaan signifikan antara praujian dan posujian semua pembolehubah KMR dan RES antara kelompok rawatan lelaki, kelompok rawatan perempuan dan kelompok kawalan; KMR pada nilai $F(1,59) = 106.824$ ($p < .05$); dan RES pada nilai $F(1,59) = 10.935$ ($p < .05$).

Oleh kerana hasil kajian MANCOVA menunjukkan terdapat perbezaan signifikan antara praujian dan posujian Kemurungan dan Resilien antara kelompok rawatan lelaki, kelompok rawatan perempuan dan kelompok kawalan, maka ujian Post Hoc perlu dilakukan. Justeru, ujian Post Hoc jenis Tukey dilakukan untuk menguji adakah jenis gender iaitu kelompok rawatan lelaki dan kelompok rawatan perempuan memberi kesan intervensi modul KKPR terhadap Kemurungan dan Resilien.

Jadual 3 menunjukkan ringkasan analisis Post Hoc – Tukey menunjukkan perbezaan posujian pembolehubah KMR dan RES antara kumpulan rawatan lelaki (RL), kumpulan rawatan perempuan (RP) dan kumpulan kawalan (K).

Jadual 3

Analisis Post Hoc – Tukey Perbezaan Posujian KMR dan RES Antara Kelompok RL, RP dan K

Pembolehubah	Kelompok		Perbezaan (I – J)	Sig. p
	I	J		
Kemurungan (KMR)	RL	RP	-.4500	.901
	RL	K	-4.2000	.000*
	RP	K	-3.7500	.002*
Resilien (RES)	RL	RP	-.2000	.996
	RL	K	14.600	.000*
	RP	K	14.800	.000*

* $p < .05$

Hasil analisis Post Hoc – Tukey pada Jadual 3 menunjukkan terdapat perbezaan signifikan posujian KMR dan RES antara RL dengan K, dan antara RP dengan K. Namun, tidak terdapat perbezaan posujian KMR dan RES antara RL dengan RP.

Hasil analisis MANCOVA terhadap praujian dan posujian KMR dan RES di atas membuktikan modul KKPR didapati berkesan terhadap kumpulan rawatan lelaki dan kumpulan rawatan perempuan berbanding kumpulan kawalan. Melalui analisis Post Hoc terhadap posujian KMR dan RES pula membuktikan tidak terdapat perbezaan kesan modul KKPR antara kumpulan rawatan berdasarkan gender.

Analisis statistik MANCOVA untuk melihat kesan modul KKPR terhadap praujian dan posujian pembolehubah KMR dan RES berdasarkan kelompok fasilitator lelaki, kelompok fasilitator perempuan dan kelompok kawalan ditunjukkan dalam Jadual 4. Hasil analisis MANCOVA menunjukkan terdapat perbezaan signifikan antara praujian dan posujian KMR dan RES antara kelompok fasilitator lelaki, kelompok fasilitator perempuan dan kelompok kawalan iaitu KMR pada nilai $F(1,59) = 86.657$ ($p < .05$); dan RES pada nilai $F(1,59) = 8.696$ ($p < .05$).

Jadual 4

Ringkasan Analisis MANCOVA Kesan KKPR Terhadap Praujian dan Posujian KMR dan RES Kelompok Fasilitator Lelaki, Kelompok Fasilitator Perempuan dan Kelompok Kawalan

Bil	Sumber	Pembolehubah Bersandar	Jumlah KD	Dk	Min KD	Nilai F	Nilai p
1	Praujian KMR	Posujian KMR	338.004	1	338.004	86.657	.000*
2	Praujian RES	Posujian RES	457.476	1	457.476	8.696	.005*

* $p < .05$

Oleh kerana hasil kajian MANCOVA menunjukkan terdapat perbezaan signifikan antara praujian dan posujian semua pembolehubah psikologi antara kelompok fasilitator lelaki, kelompok fasilitator perempuan dan kelompok kawalan, maka ujian Post Hoc perlu dilakukan. Justeru, ujian Post Hoc jenis Tukey dilakukan untuk menguji adakah gender fasilitator iaitu kelompok fasilitator lelaki dan kelompok fasilitator perempuan memberi kesan intervensi modul KKPR terhadap pembolehubah-pembolehubah psikologi.

Jadual 5 menunjukkan ringkasan analisis Post Hoc – Tukey menunjukkan perbezaan posujian pembolehubah KMR dan RES antara kumpulan fasilitator lelaki (FL), kumpulan fasilitator perempuan (FP) dan kumpulan kawalan (K).

Jadual 5

Ringkasan Analisis Post Hoc – Tukey Perbezaan Posujian PTK, PKS, PKR, KMR dan RES Antara Kelompok FL, FP dan K

Pembolehubah	Kelompok		Perbezaan (I – J)	Sig. p
	I	J		
Kemurungan (KMR)	FL	FP	1.8500	.167
	FL	K	-3.0500	.000*
	FP	K	-4.9000	.000*
Resilien (RES)	FL	FP	1.6000	.787
	FL	K	15.5000	.000*
	FP	K	13.9000	.000*

* $p < .05$

Hasil analisis Post Hoc – Tukey pada Jadual 5 menunjukkan terdapat perbezaan yang signifikan posujian KMR dan RES antara FL dengan K, dan antara FP dengan K. Namun, tidak terdapat perbezaan posujian KMR dan RES antara FL dengan FP. Hasil analisis MANCOVA terhadap praujian dan posujian KMR dan RES di atas membuktikan modul KKPR didapati berkesan terhadap kumpulan fasilitator lelaki dan kumpulan fasilitator perempuan berbanding kumpulan kawalan. Melalui analisis Post Hoc terhadap posujian KMR dan RES pula membuktikan tidak terdapat perbezaan kesan modul KKPR antara kumpulan rawatan berdasarkan gender fasilitator.

Kesimpulan dan Perbincangan

Modul KKPR berkesan dalam mengurangkan kemurungan dan meningkatkan resilien dalam kalangan remaja berisiko mengambil dadah. Modul ini dapat dilaksanakan oleh GBK yang berkemahiran dan berminat. Lantaran itu, GBK sewajarnya menjalankan intervensi awal dengan menggunakan KKPR di sekolah. Kajian ini turut membuktikan dengan kejayaan GBK mengubah pemikiran tidak rasional kepada pemikiran rasional seseorang remaja, kemurungan dapat dikurangkan dan resilien dapat ditingkatkan. Hal ini sejajar dengan teori yang didasari dalam membina KKPR iaitu REBT. Dengan terbuktinya kesan yang memberangsangkan terhadap aspek psikologi remaja berisiko mengambil dadah, adalah wajar KKPR dilatih kepada GBK untuk digunakan bagi membantu pelajar-pelajar yang mempunyai ciri berisiko mengambil dadah.

Rujukan

- Agensi Antidadah Kebangsaan. (2010). *Laporan Agensi Antidadah Kebangsaan Ogos 2010*. Bogard.
- K. L. (2005). Affluent adolescents, depression, and drug use: the role of adults in their lives. *Adolescence*, 40 (158), 281-306
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Burt, M. R., Resnick, G. & Novick, E. R. (1998). *Building Supportive Communities For At-Risk Adolescents: It Takes More Than Services*. Washington DC: American Psychological Association (APA).
- Chua Lay Nee, Zuria Mahmud & Noriah Mohd. Ishak (2008). Kesan intervensi kelompok ke atas konsep sendiri pelajar sekolah menengah. Prosiding Seminar Penyelidikan Siswazah UKM.
- Czart, C, U. (2001). The impact of alcohol control policies on alcohol use and abuse among college students. University of Illinois at Chicago. *UMI Dissertations*. 3007989.
- Fauziah Ibrahim et al. (2012). Penagih dadah dan keadaan berisiko tinggi kembali relaps. *Journal Social Science & Humanities UKM*: 7(1) 38-49.
- Jew, C. L., Green, K. E., & Koger, J. (1999). Development and validation of a measure of resiliency. measurement and evaluation in counseling and development, *American Counseling Association* 32 (2): 75 – 111.
- Johnson, A.F. & Perkins, G.W. (2009). What we know about at-risk students: Important considerations for principal and counselor leadership. National Association of Secondary School Principals. *NASSP Bulletin*, 93(2), 122- 134
- Johnson, K., Bryant, D. D, Collins, D, A., Noe, T. D. et al. (1998). Preventing and reducing alcohol and other drug use among high-risk youths by increasing family resilience. *Social Work* 43.4: 297-308.
- Luthar, S. S; & Sexton, C. C. (2007). Maternal drug abuse versus maternal depression: Vulnerability and resilience among school-age and adolescent offspring. *Development and Psychopathology* 19(1), 205-25.
- Mohammad Nasir Bistamam (2006). *Kesan Kaunseling Kelompok Ke Atas Penyesuaian Remaja Berisiko*. Tesis PhD yang tidak diterbitkan: UKM, Bangi.
- Piacentine, L.B. (2010). The association of spirituality, religiosity, depression, anxiety, and drug use among persons undergoing methadone maintenance therapy. *Desertasi Ph.D Universiti Milwaukee*. Wisconsin.
- Ramey, C. T. & Ramey, S. L. (1992). Effective early intervention. *Journal of Mental Retardation* 30: 337 – 345 (atas talian) <http://www.proquest.umi.com/pqdweb> (20 Julai 2001).
- Rivet-Duval, E., Heriot, S., & Hunt, C. (2011). Preventing Adolescent Depression in Mauritius: A Universal School-Based Program. *Child and Adolescent Mental Health*. 16(2): 86-91.
- Santrock, J. W. (2002). *Adolescence*. Ed. ke-6. New York; McGraw-Hill Com.