

PROFIL DAN TAHAP HARGA DIRI PENAGIH BERULANG DALAM KALANGAN ORANG KENA PENGAWASAN (OKP) DI IPD TANGKAK, JOHOR, MALAYSIA

(Profile and Self-Esteem of Drug Relapse among People under Supervision (OKP) in IPD Tangkak, Johor, Malaysia)

Zalmizy Hussin, Vimalan A/L Kantasamy & Siti Rohana Ahmad

ABSTRAK

Penyalahgunaan dan penagihan dadah telah menjadi salah satu masalah utama yang telah memberi impak maksima dalam kehidupan manusia di seluruh dunia. Di Malaysia juga tidak terlepas daripada berhadapan dengan masalah ini dan telah sebatikan dalam lanskap sosial negara. Dalam konteks penggunaan dadah, relaps atau pengembalian semula tingkah laku mencari dadah, adalah satu bentuk pemulihan spontan yang melibatkan tingkah laku berulang penggunaan dadah selepas tempoh pantang. Relaps ini sering kali diperhatikan dalam diri individu sama ada penagihan dadah atau sama ada bentuk pergantungan dadah. Secara realitinya, apabila lebih ramai penagih diberikan khidmat rawatan dan pemulihan maka semakin kurangnya bilangan yang kembali menagih, tetapi hakikat yang berlaku adalah sebaliknya. Kajian ini mengkaji profil dan tahap harga diri penagih berulang dalam kalangan orang kena pengawasan (OKP) di IPD Tangkak, Johor. Kajian ini berbentuk deskriptif dengan menggunakan kaedah kuantitatif melalui penggunaan set borang soal selidik telah digunakan untuk mengumpul maklumat. Sampel kajian adalah terdiri daripada 132 orang kena pengawasan yang dikendalikan oleh AADK. Hasil kajian mendapati profil penagihan OKP didominasi oleh kaum lelaki, berketurunan Melayu dalam lingkungan umur antara 26 hingga 30 tahun dan berstatus sudah berkahwin. Tempoh penagih berulang adalah selama 2 hingga 3 tahun. Manakala, tahap harga diri OKP pula menunjukkan pernyataan responden sering gelisah mencatat nilai min yang paling tinggi iaitu ($\text{min} = 4.189$, $\text{SP} = 0.594$). Justeru, kajian ini dapat menjelaskan keadaan semasa mengenai bagaimana profil penagihan dan tahap harga diri mempengaruhi OKP dalam menjalani proses rawatan menangani dadah. Dari sudut peningkatan profesionalisme, implikasi kajian ini boleh dimanfaatkan kepada pegawai AADK dan PUSPEN serta ahli NGO yang terlibat dalam bersama-sama untuk membanteras dadah sebagai musuh utama negara.

Kata kunci: Penyalahgunaan bahan, dadah, relaps, harga diri, orang kena pengawasan (OKP)

ABSTRACT

Drug abuse and addiction have become one of the main problems that have had a maximum impact on human life around the world. In Malaysia, it does not miss out on this problem and has been well within the social landscape of the country. In the context of drug use, relapse or reinstatement of drug-seeking behavior, is a form of spontaneous rehabilitation involving repeated behaviors of drug use after a period of abstinence. This relapse is often observed in individuals either drug

addiction or either a form of drug dependency. In reality, when more addicts are given treatment and rehabilitation services, the less the number of returning to the addiction, but the fact is the opposite. This study examines the profile and level of self-esteem of drug relapse among people under supervision (OKP) at IPD Tangkak, Johor. This study is descriptive using quantitative methods with a set of questionnaires that have been used to collect information. The study sample consists of 132 supervised people operated by AADK. The study found OKP's addiction profile was dominated by men, Malay descendants between the ages of 26 and 30 years old and married. The duration of repeated addicts is 2 to 3 years. Meanwhile, the level of self-esteem OKP shows that the statement of respondents often feels anxious to record the highest mean value that is (mean = 4.189, SP = 0.594). Thus, this study can explain the current situation on how addiction profile and level of self-esteem affect OKP is undergoing the drug treatment process. In terms of increased professionalism, the implications of this study can be utilized to AADK and PUSPEN officers as well as NGO members involved in working together to combat drugs as the main enemy of the country.

Keywords: Substance abuse, drugs, relapse, self-esteem, people under supervision (OKP)

PENGENALAN

Penyalahgunaan dan penagihan dadah menjadi salah satu masalah utama di kebanyakan negara di dunia. Masalah ini telah mengundang pelbagai impak negatif dalam kehidupan netizen di seluruh dunia. Negara Malaysia juga tidak terlepas daripada mendepani permasalahan ini yang telah sebatikan dalam lanskap sosial negara. Penyalahgunaan dadah yang semakin serius di Malaysia sejak tahun 1970-an yang telah mendorong kerajaan mengisytiharkan dadah sebagai "Musuh Nombor Satu Negara" pada 19 Februari 1983 (AADK, 2019).

Dalam konteks penyalahgunaan dadah, konsep ini merujuk kepada bahan-bahan terlarang yang diambil dan menyebabkan kemudaratan kepada kesihatan dari segi fizikal, mental dan emosi serta tingkah laku seseorang seperti dadah, bahan narkotik dan alkohol (Hollen 2009). Isu penagihan dadah dilihat berkembang seiring dengan arus globalisasi dan pemodenan tanpa sempadan. Kebanyakan populasi penjara di kebanyakan negara di dunia sangat berkaitan dengan kesalahan dadah. Di Amerika Syarikat, kajian menunjukkan 65% populasi penjara Amerika Syarikat mempunyai *substance use disorders* (SUDs) atau gangguan penyalahgunaan bahan yang aktif. 20% peratus lagi tidak memenuhi kriteria rasmi untuk SUD, tetapi berada di bawah pengaruh dadah atau alkohol pada masa jenayah mereka (Center on Addiction, 2010). Seorang pesalah apabila diberikan rawatan penyalahgunaan bahan yang komprehensif di penjara dapat mengurangkan penggunaan dadah dan jenayah selepas pengintegrasian semula banduan kepada masyarakat. Justeru, rawatan semasa di penjara adalah sangat penting untuk mengurangkan kesalahan jenayah keseluruhan dan beban sosial lain yang berkaitan dengan dadah seperti kehilangan produktiviti pekerjaan, perpecahan keluarga dan residivisme. Sekiranya rawatan pemulihan tidak mencukupi juga menyumbang kepada dos berlebihan dan kematian apabila banduan meninggalkan sistem penjara (Criminal Justice, 2020).

Rajah 1: Isu dan Pelan Tindakan AADK (2015-2020) Mengenai Isu Penagih Baru dan Berulang



(Sumber: AADK: 2019)

Secara ironinya, apabila lebih ramai penagih diberikan khidmat rawatan dan pemulihan maka semakin kuranglah bilangan yang kembali menagih. Tetapi, situasi yang berlaku adalah sebaliknya. Walaupun penagih telah menjalani program rawatan pemulihan, namun kebanyakannya didapati motivasi mereka untuk kepulihan. Mereka masih gagal untuk mengekalkan gaya hidup bebas dadah setelah keluar dari pusat pemulihan. Secara langsung, kegagalan ini dilihat apa dan bagaimana mereka menjalani rawatan dan pemulihan di penjara.

Semasa mereka di penjara, ramai tahanan yang tidak dirawat akan mengalami penurunan toleransi terhadap opioid kerana mereka telah berhenti menggunakan dadah ketika dipenjarakan. Setelah dibebaskan, banyak yang akan kembali ke tahap penggunaan yang serupa dengan yang mereka gunakan sebelum dipenjarakan, tidak menyedari badan mereka tidak lagi boleh bertoleransi dengan dos yang sama, meningkatkan risiko dos berlebihan dan kematian (Krinsky et al. 2009). Satu kajian mendapati bahawa 14.8 peratus daripada semua kematian bekas tahanan dari tahun 1999 hingga 2009 berkaitan dengan opioid (Binswanger et al. 2013). Sementara itu, kaunseling pra-pembebasan yang tidak mencukupi dan / atau susulan selepas pembebasan lanjutan yang bertanggungjawab ke atas peningkatan jumlah kematian atau penagih semula yang membimbangkan ini (Møller et al. 2010).

Kajian mengenai aspek harga diri dalam kalangan Orang Kena Pengawasan (OKP) masih kurang dijalankan. relaps tercetus kerana terbinanya krisis lanjutan seperti mengalami perasaan tertekan, gagal merancang masa depan, berfikir setiap masalah gagal diselesaikan dan bertindak di luar jangkaan. Harga diri bekas penagih relaps ini juga mengalami perasaan keliru, tidak dapat mengurus perasaan dan emosi, kesukaran untuk mengingati sesuatu, berasa keliru dan mudah menjadi marah.

Sehubungan itu, artikel ini telah memberi tumpuan kepada beberapa objektif seperti berikut:

- i. Mengenalpasti profil OKP yang sedang dalam pengawasan pihak AADK.
- ii. Mengenalpasti tahap harga diri OKP yang sedang dalam pengawasan pihak AADK.

Kajian ini sangat penting dalam melihat klien sama ada berjaya atau gagal mengekalkan kepulihan. Kajian ini juga turut membantu pihak AADK untuk memperkukuhkan pemulihan dalam komuniti dan memantapkan profesionalisme dalam memberi perkhidmatan rawatan dan pemulihan kepada klien.

SOROTAN KARYA

Definisi Penagih Berulang (*Relaps*)

Relapse dalam artikel ini merujuk kepada kerosakan atau kegagalan dalam usaha orang kena pengawasan (OKP) mengekalkan perubahan dalam setiap tingkah laku. Masalah ketagihan dadah yang kritikal merupakan faktor risiko kriminogenik kepada banduan residivisme yang menagih dadah (Malik-Kane & Visher, 2008; Dennis & Funk, 2014; Spohn & Holleran, 2002). Penagih berulang juga dikenali sebagai relaps. Relaps adalah masalah dan cabaran yang sukar dalam proses mengekalkan pemulihan pada penagih. Relaps boleh didefinisikan sebagai pengulangan tingkah laku pengambilan semula barang terlarang dalam jangka masa tertentu (Rasmussen 2000). Dennis (1989) mengukur definisi relaps sebagai suatu proses tingkah laku kembali ke keadaan tingkah laku tidak sihat yang menyebabkan penggunaan semula ubat-ubatan dan mengalami tanda-tanda perubahan dari segi sikap, pemikiran dan cara berkelakuan.

Tingkah laku seorang klien seperti ketagihan alkohol dan penagihan berulang merupakan perkara yang biasa berlaku selepas seseorang pulih dari ketagihan dadah. Dalam pemasalahan relaps, Fields (1995) telah menyenaraikan beberapa faktor relaps seperti berikut:

- i. *Things* iaitu jarum suntikan, picagari
- ii. *Times* iaitu selalu ambil dadah pada waktu lewat malam
- iii. *People* iaitu rakan-rakan yang menagih, kekasih serta hubungan kekeluargaan
- iv. *Place* iaitu sarang penagihan seperti kelab-kelab malam
- v. *Emotion* iaitu perasaan marah, kecewa, tertekan, bosan dan keseronokan.

Definisi Orang Kena Pengawasan (OKP)

Di Malaysia, orang kena pengawasan (OKP) ialah mana-mana individu yang sama ada telah diperintahkan oleh mahkamah atau secara sukarela menjalani rawatan di pusat pemulihan. Selepas tamat tempoh pemulihan, individu tersebut berada di bawah pengawasan di Agensi Antidadah Kebangsaan (AADK) daerah. Kebiasaannya dalam tempoh dua tahun selepas menjalani rawatan atau pemulihan. Dalam artikel ini, orang kena pengawasan (OKP) ialah:

- i. mana-mana individu yang telah mendapat perintah oleh mahkamah atau secara sukarela menjalani rawatan dan pemulihan di pusat pemulihan dan selepas tamat tempoh yang ditetapkan individu tersebut perlu menjalani pengawasan di AADK Daerah;

- ii. mana-mana individu yang telah diperintahkan oleh mahkamah atau secara sukarela menjalani pengawasan di AADK Daerah (AADK, 2019).

Beberapa seksyen / akta dan hukuman terpakai dalam mengendalikan orang kena pengawasan (OKP) seperti dirumuskan dalam Jadual 1 berikut:

Jadual 1: Seksyen / Akta Terpakai Dalam Mengendalikan Orang Kena Pengawasan (OKP)

Seksyen/ Akta	Keterangan
SEKSYEN 6(1)(A) AKTA PENAGIH DADAH (RAWATAN DAN PEMULIHAN) 1983 [AKTA 283]	Mana-mana individu yang telah diperintahkan oleh majistret untuk menjalani rawatan dan pemulihan di Pusat Pemulihan yang ditetapkan selama tempoh dua tahun dan selepas itu menjalani pengawasan seorang pegawai di tempat yang ditetapkan selama tempoh dua tahun.
SEKSYEN 6(1)(b) AKTA PENAGIH DADAH (RAWATAN DAN PEMULIHAN) 1983[AKTA 283]	Seksyen 6(1)(b) “mana-mana individu yang telah diperintahkan oleh majistret untuk diletakkan di bawah pengawasan seorang pegawai di tempat yang ditetapkan selama tempoh tidak kurang daripada dua dan tidak melebihi tiga tahun”.
SEKSYEN 8(3)(b) AKTA PENAGIH DADAH (RAWATAN DAN PEMULIHAN) 1983[AKTA 283]	8(3)(a) mana-mana individu yang dengan sukarela menjalani rawatan dan pemulihan di Pusat Pemulihan selama tempoh dua tahun dan selepas itu menjalani pengawasan oleh seorang pegawai selama tempoh dua tahun; 8(3)(b) mana-mana individu yang dengan sukarela menjalani pengawasan seorang Pegawai Pemulihan bagi tempoh tidak kurang daripada dua dan tidak melebihi tiga tahun dan tertakluk kepada syarat-syarat pengawasan.
SEKSYEN 38(B) AKTA DADAH BERBAHAYA 1952[AKTA 234]	(1) Jika seseorang didapati bersalah atas suatu kesalahan di bawah Seksyen 15 (ADB), dia hendaklah, dengan serta-merta selepas menjalani hukuman yang dikenakan ke atasnya berkenaan dengan kesalahan itu, menjalani pengawasan oleh pegawai sebagaimana ditakrifkan di bawah seksyen 2 Akta Penagih Dadah(Rawatan dan Pemulihan) 1983 bagi tempoh tidak kurang daripada dua dan tidak lebih daripada tiga tahun sebagaimana yang ditetapkan oleh Mahkamah.

Sementara itu, syarat-syarat pengawasan di bawah seksyen 6(2) APD (R&P) 1983 tertakluk pada seksyen 6(2) Akta Penagih Dadah (Rawatan dan Pemulihan) 1983 iaitu; Sesuatu perintah pengawasan yang dikenakan ke atas seseorang di bawah perenggan 1(a) dan (b) hendaklah mengandungi syarat- syarat yang berikut :

- i. mestilah tinggal di kawasan yang ditetapkan
- ii. tidak boleh meninggalkan kawasan tempat tinggal tanpa kebenaran daripada Ketua Pengarah
- iii. melaporkan diri di Balai Polis yang ditetapkan
- iv. tidak boleh mengambil, menggunakan atau memilki apa-apa dadah berbahaya
- v. hendaklah menjalani apa-apa ujian pada bila-bila masa
- vi. hendaklah menjalani apa-apa program pemulihan yang ditetapkan (AADK, 2020)

Selain itu, hukuman bagi OKP yang tidak patuh syarat-syarat pengawasan seksyen 6(1)(a), 6(1)(b) dan seksyen 38 yang menyatakan:

“Mana-mana orang yang sedang menjalani pengawasan dibawah perenggan (1) (a) atau (b) yang tidak mematuhi mana-mana syarat yang dikenakan di bawah subseksyen (2) melakukan suatu kesalahan dan apabila disabitkan boleh dipenjarakan selama tempoh tidak melebihi 3 tahun atau sebatan tidak melebihi 3 sebatan atau kedua-duanya”.

Dan hukuman seksyen 8(3)(a) & 8(3)(b), Kaedah-kaedah Penagih Dadah (Rawatan dan Pemulihan) (Syarat-syarat Pengawasan Bagi Penagih Dadah Yang Menjalani Rawatan Dan Pemulihan Dengan Sukarela) 1998 • (2) Mana-mana orang yang sedang menjalani pengawasan sama ada di bawah perenggan 8(3)(a) atau (b) yang tidak mematuhi manamana syarat yang dikenakan di bawah subseksyen (1) adalah melakukan suatu kesalahan dan apabila disabitkan, boleh dihukum denda tidak lebih daripada lima ratus ringgit atau penjara selama tidak lebih daripada enam bulan atau kedua-duanya.

Masalah penagihan berulang dalam kalangan OKP adalah suatu cabaran yang besar yang perlu di hadapi. Institusi pemulihan seperti Pusat Pemulihan Penagihan Narkotik (PUSPEN) yang telah dipertanggungjawabkan untuk merawat dan memulihkan pesalah dadah. Di samping itu, Agensi Anti Dadah Kebangsaan (AADK) juga turut bertanggungjawab terhadap semua aspek tindakan anti dadah negara menerusi pelaksanaan program berbentuk pencegahan, rawatan dan pemulihan, menilai keberkesanan program serta mewujudkan kerjasama serantau dan antarabangsa. Berdasarkan statistik yang dikeluarkan oleh AADK pada bulan Oktober 2019 menunjukkan bahawa seramai 5210 kes penagih baru dikesan sepanjang tahun 2019. Angka tersebut sangat membimbangkan kerana ianya cukup besar di mana anggaran bagi setiap bulan adalah 500 penagih baru dikesan (AADK, 2019).

Jadual 2 : Perbandingan Penagih Baru dan Berulang Bagi Januari hingga Oktober 2019

Status Kes	Januari – Oktober 2019	Peratus (%)	Purata	
			Sebulan	Sehari
Penagih baharu	3456	66.34%	340	11
Penagih berulang	1754	33.66%	58	2
Jumlah	5210	100%	398	13

(Sumber: AADK, 2019)

Merujuk kepada Jadual 2, jumlah kes penagihan dadah pada Januari sehingga Oktober 2019 adalah seramai 5210 orang yang mana hampir 34% adalah kes penagih berulang. Memandangkan secara purata 11 penagih baru dan 2 kes penagih berulang dikesan setiap hari, keadaan ini cukup membimbangkan kerana masalah ini bukan sahaja melibatkan kos pemulihan yang tinggi, namun pada masa yang sama memberikan kesan negatif kepada masyarakat terhadap keberkesanan sistem pemulihan penagih dadah yang dilaksanakan sebelum ini (AADK, 2019).

Mengapa Rawatan dan Pemulihan Begitu Penting Bagi Populasi OKP?

Penyelidikan saintifik di luar negara sejak pertengahan tahun 1970-an menunjukkan bahawa rawatan bagi pesalah yang mempunyai SUD boleh mengubah sikap, kepercayaan, dan tingkah laku mereka terhadap penggunaan dadah; mengelakkan relaps; dan berjaya mengeluarkan diri mereka dari kehidupan penggunaan bahan dan jenayah (Gordon et al. 2008; Wakeman & Rich 2015; Lee et al. 2016). Sebagai contoh, kajian menunjukkan bahawa menggunakan ubat-ubatan untuk rawatan gangguan penggunaan opioid dalam sistem keadilan jenayah mengurangkan penggunaan opioid, aktiviti jenayah pasca pembebasan dan transmisi penyakit berjangkit (Mattick et al. 2009, 2014; Schwartz et al. 2013). Kajian juga mendapati bahawa kematian apabila banduan menerima ubat-ubatan berlebihan (Green et al. 2018; Marsden et al. 2017) untuk ketagihan mereka. Sungguhpun begitu, di Malaysia pelbagai usaha menangani yang dilakukan oleh pihak AADK melalui dua teras utama, iaitu

- i. terapi pencegahan
- ii. rawatan dan pemulihan (AADK, 2019)

Usaha-usaha yang telah diambil ini diharap mampu mengawal para penagih agar tidak tidak terjebak ke penagihan semula kelak.

Terapi Pencegahan Relaps dan Orang Kena Pengawasan (OKP)

Seperti terapi kognitif-tingkah laku yang lain, Terapi Pencegahan Relaps atau *Relapse Prevention Therapy* (RPT) menggabungkan intervensi tingkah laku dan kognitif dalam pendekatan keseluruhan yang menekankan pengurusan diri dan menolak melabel klien dengan sifat seperti alkoholik atau penagih dadah. Terapi Pencegahan Relaps (RPT) pada mulanya dirancang sebagai program penyelenggaraan untuk penggunaan berikutan perlakuan tingkah laku ketagihan walaupun ia juga digunakan sebagai program rawatan sendiri (Marlatt & Gordon, 1985; Parks & Marlatt, 1999). Dalam pengertian lain, RPT adalah program pengendalian diri tingkah laku yang dirancang untuk mengajar individu yang berusaha mengekalkan perubahan dalam tingkah laku mereka bagaimana menjangka dan mengatasi masalah relaps. Strategi intervensi RPT yang dicadangkan oleh Park dan Marlatt (2014) dapat dibahagikan kepada tiga kategori:

- i. latihan kemahiran mengatasi
- ii. terapi kognitif, dan
- iii. modifikasi gaya hidup.

Strategi latihan kemahiran mengatasi merangkumi teknik perilaku dan kognitif. Prosedur terapi kognitif dirancang untuk menyediakan klien dengan cara untuk menyusun semula proses perubahan kebiasaan sebagai pengalaman belajar dengan kesilapan dan kemunduran yang diharapkan ketika penguasaan berkembang. Akhirnya, strategi pengubahsuaian gaya hidup seperti meditasi, senaman, dan amalan kerohanian dirancang untuk memperkuat kemampuan mengatasi klien secara keseluruhan.

Selain itu, Park dan Marlatt (2014) menyatakan dalam praktik klinikal, latihan kemahiran mengatasi menjadi landasan RPT, mengajar strategi berikut untuk klien:

- i. memahami relaps sebagai proses,
- ii. mengenal pasti dan mengatasi dengan berkesan situasi berisiko tinggi,
- iii. mengatasi dorongan dan keinginan,

- iv. melaksanakan beberapa prosedur kawalan kerosakan selama selang waktu untuk meminimumkan kesan negatif relaps, dan
- v. belajar bagaimana membuat gaya hidup yang lebih seimbang.

Kajian lepas membuktikan keberkesanan RPT sebagai rawatan psikososial untuk masalah alkohol dan dadah (Irvin et al. 1999).

METODOLOGI KAJIAN

Rekabentuk Kajian

Kajian ini dijalankan dengan menggunakan kaedah kaedah kuantitatif, iaitu melalui penggunaan set soal selidik. Mohd Najib (1999), deskriptif adalah merujuk kepada kaedah statistik yang menerangkan ciri-ciri satu kumpulan sampel. Mohd Majid (2005) pula menyatakan soal selidik lebih praktikal dan berkesan kerana penggunaannya dapat meningkatkan ketepatan dan kebenaran gerak balas yang diberikan oleh sampel. Ia adalah disebabkan tidak dipengaruhi oleh gerak laku penyelidik. Berdasarkan Tuckmen (1988) kajian deskriptif menerangkan fenomena dengan menganalisis data deskriptif yang diperolehi dengan soal selidik. Kajian tinjauan secara deskriptif adalah kajian terhadap perkara yang sedang berlaku. Keadaan ini melibatkan pengumpulan data-data, membuat interpretasi, perbandingan dan merumus generalisasi (Van Dalen, 1993).

Menurut Azizi et al. (2007), kebaikan kaedah soal selidik ini adalah kerana dapat meliputi sampel yang lebih besar, efektif dan efisien kerana jumlah sampel yang banyak. Menurut Van Dalen (1993), soal selidik merupakan satu cara paling mudah untuk memperolehi maklumat. Soal selidik mempunyai beberapa kebaikan dibandingkan dengan caracara lain dalam usaha penyelidikan mendapatkan maklumat kualitatif dan kuantitatif. Di antaranya ialah maklumat dan data-data dari responden dapat diperolehi secara terus daripada responden. Selain itu ianya lebih cepat serta menjimatkan masa dan perbelanjaan. Vockel (1983) pula berhujah penyelesaian secara deskriptif memberikan gambaran tentang keadaan yang sedia ada. Rekabentuk ini sesuai kerana ia dapat menerangkan fenomena yang berlaku.

Lokasi Kajian

Lokasi kajian OKP adalah di bawah tanggungjawab Bahagian Balai IPD Tangkak iaitu, Balai Polis Tangkak, Balai Polis Sg Mati, Balai Polis Sagil, Balai Polis Bukit Gambir, Balai Polis Grisek dan Balai Polis Kebun Baru.

Sampel Kajian

Menurut Azizi Yahaya et.al (2007), pemilihan sampel adalah satu aspek yang penting dalam membuat sesuatu penyelidikan. Pemilihan sampel seharusnya mewakili populasi agar dapatan kajian dapat digeneralisasikan. Cates (1990) menyatakan bahawa adalah lebih sesuai untuk pemilihan sampel seberapa besar yang boleh untuk mengatasi kesulitan statistik yang timbul akibat penggunaan sampel yang kecil dalam mendapatkan penemuan yang bererti. Mohd Najib (1999),

sampel adalah sumber untuk mendapatkan data kelompok individu yang diselidiki dan perlu dikenalpasti.

Dalam kajian ini, penyelidik menggunakan teknik kajian rentas atau *cross-sectional study* disebabkan oleh tempoh masa penyelidikan yang terhad. Teknik ini memerlukan penyelidik mengumpul data hanya sekali dalam apa jua sampel yang dipilih daripada populasi kajian (Zikmund et al. 2010). Di samping itu juga, satu sampling frame lengkap tidak berjaya diperolehi memandangkan senarai nama Orang Kena Pengawasan (OKP) di bahagian Balai IPD Tangkak adalah maklumat sulit. Situasi ini menyebabkan pensampelan secara rawak tidak dapat dijalankan akibat ketiadaan satu senarai lengkap kerangka pensampelan (*Sampling frame*). Oleh kerana isu tersebut, teknik pensampelan yang digunakan adalah pensampelan pertimbangan (*Judgemental sampling*). Pensampelan ini “melibatkan pilihan responden yang berada dalam kedudukan yang terbaik untuk memberikan maklumat yang diperlukan” (Sekaran 2000, hal. 278).

Dalam pada itu, unit analisis yang sesuai adalah unit individu khususnya OKP di Balai Polis di bawah IPD tangkak, Johor. Justifikasi pemilihan individu sebagai unit analisis adalah individu kerana kajian ini memerlukan pemahaman tingkah laku manusia dalam konteks yang lebih mendalam. Mengkaji tingkah laku manusia memerlukan penyelidik mengkaji orang dari tetapan persekitaran yang berbeza dan kumpulan-kumpulan sosial (Babbie 2001). Agihan soalan soal selidik ditunjukkan di jadual 3.

Jadual 3: Agihan Soalan Soal Selidik

Bil	Balai Polis Di bawah IPD Tangkak, Johor	Bil. Sampel
1	Balai Polis Tangkak	42
2	Balai Polis Sg Mati	46
3	Balai Polis Sagil	11
4	Balai Polis Bukit Gambir	21
5	Balai Polis Grisek	6
6	Balai Polis Kebun Baru	6
Jumlah		132

Pengumpulan Data

Kajian yang dilaksanakan adalah berasaskan prosedur kajian bagi mencapai objektif kajian. Prosedur bermula dengan perbincangan bersama penyelia mengenai masalah yang ingin dikaji, mengenalpasti responden serta kaedah menganalisis data. Kajian rintis bagi menentukan kebolehpercayaan item soal selidik turut dijalankan. Set soalan akan diedarkan kepada IPD Tangkak di Johor dan seterusnya penyelidik akan mengumpul borang soal selidik untuk tujuan penyemakan dan analisis bagi mendapatkan nilai Alpha. Jika nilai Alpha > 0.6 maka kajian sebenar akan di jalankan bagi dapatan kajian dan seterusnya membuat kesimpulan kajian.

Analisis Data

Kajian ini menggunakan perisian *Statistical Package For The Social Science (SPSS)* Versi 25 bagi tujuan analisa. Statistik deskriptif digunakan dalam kajian ini kerana data yang dihasilkan dapat dianggap sebagai ringkasan daripada keseluruhan set data. Ia juga dapat memberi maklumat secara langsung dan mudah (Walsh 2008). Ujian ini untuk menjelaskan pandangan responden terhadap

aspek harga diri, status keluarga, status rakan sebaya, penerimaan komuniti dan pengetahuan bahaya dalam kalangan orang kena pengawasan (OKP). Setiap dapatan bagi setiap aspek tersebut dinilai berdasarkan peratusan, kekerapan, min dan peratusan. Dapatan statistik deskriptif bagi setiap aspek tersebut dibahagikan kepada tiga skor purata iaitu rendah, sederhana dan tinggi. Untuk tujuan tersebut, pengkaji menggunakan interpretasi skor min yang telah digunakan oleh Nunnally dan Bernstein (1994) seperti ditunjukkan pada jadual 4.

Jadual 4: Interpretasi Skor

Skor Purata	Interpretasi
0.00 hingga 2.33	Rendah
2.34 hingga 3.66	Sederhana
3.67 hingga 5.00	Tinggi

(Sumber: Nunnally & Bernstein, 1994)

Limatasi Kajian

Kajian ini hanya melibatkan skop yang khusus untuk populasi, lokasi serta definisi yang tertentu sahaja. Generalisasi di luar skop kajian mungkin tidak akan menggambarkan hasil dapatan kajian ini. Anggapan yang dibuat penyelidik adalah beberapa perkara yang tidak boleh dikawal dalam penyelidikan, khususnya semasa pengumpulan data.

DAPATAN KAJIAN

Profil Penagih

Responden adalah terdiri daripada 132 orang dari kalangan OKP. Ini adalah untuk menganalisa taburan demografi responden seperti jantina, keturunan, umur, status perkahwinan dan ketagihan. Jadual 5 menunjukkan taburan demografi responden. Berdasarkan data yang diperolehi bagi jantina didapati bahawa sejumlah 116 orang atau 87.9% yang terlibat dalam kajian ini lelaki dan sejumlah 16 orang atau 12.1% adalah perempuan. Ini menunjukkan bahawa jantina lelaki adalah lebih tinggi daripada jantina perempuan.

Bagi keturunan menunjukkan bahawa majoriti responden adalah berketurunan Melayu iaitu 108 orang atau 81.8% dan diikuti dengan keturunan India adalah 16 orang atau 12.1%. Manakala minoriti responden adalah keturunan Cina iaitu mencatatkan 8 orang atau 6.1%. Selain itu, hasil dapatan bagi kategori umur menunjukkan bahawa 25 orang atau 18.9% adalah berumur antara 20 hingga 25 tahun, 28 orang atau 21.2% berumur antara 26 hingga 30 tahun, 31 orang atau 23.5% berumur antara 31 hingga 35 tahun, 24 orang atau 18.2% berumur antara 36 hingga 40 tahun, 16 orang atau 12.1% berumur antara 41 hingga 45 tahun dan 8 orang atau 6.1% berumur antara 46 hingga 50 tahun. Ini menunjukkan responden yang berumur antara 31 hingga 35 tahun mencatatkan bilangan yang paling tinggi manakala responden berumur antara 46 hingga 50 tahun adalah bilangan yang paling rendah.

Jadual 5: Profil Responden OKP

Demografi	Kekerapan	Peratusan
Jantina		
Lelaki	116	87.9
Perempuan	16	12.1
Keturunan		
Melayu	108	81.8
Cina	8	6.1
India	16	12.1
Umur		
20 hingga 25 tahun	25	18.9
26 hingga 30 tahun	28	21.2
31 hingga 35 tahun	31	23.5
36 hingga 40 tahun	24	18.2
41 hingga 45 tahun	16	12.1
46 hingga 50 tahun	8	6.1
Status Perkahwinan		
Bujang	53	40.2
Berkahwin	79	59.8
Ketagihan		
Kurang dari 1 tahun	13	9.8
1 hingga 2 tahun	33	25.0
2 hingga 3 tahun	39	29.5
3 hingga 4 tahun	31	23.5
5 tahun dan ke atas	16	12.1

Seterusnya bagi status perkahwinan menunjukkan bahawa majoriti responden sudah berkahwin iaitu 79 orang atau 59.8% dan sementara itu bujang mencatatkan bilangan yang paling rendah iaitu 53 orang atau 40.2%. Meninjau dari segi ketagihan mendapati bahawa 13 orang atau 9.8% adalah kurang dari 1 tahun. Ini diikuti antara 1 hingga 2 tahun iaitu sebanyak 33 orang atau 25%, antara 2 hingga 3 tahun iaitu 39 orang atau 29.5%, antara 3 hingga 4 tahun iaitu 31 orang atau 23.5% dan 5 tahun ke atas iaitu 16 orang atau 12.1%. Ini menunjukkan responden yang ketagihan antara 2 hingga 3 tahun mencatatkan bilangan yang paling tinggi manakala ketagihan kurang dari 1 tahun mencatatkan bilangan yang paling rendah.

Harga Diri

Klien yang cuba berhenti menggunakan dadah boleh membuat kesilapan, berasa buruk, dan mula menggunakan lagi. Situasi kembali kepada penggunaan dadah dipanggil relaps. Relaps adalah perkara normal berlaku kepada ramai orang yang pulih dari penagihan dadah. Dalam kehidupan seharian, mereka cuba belajar untuk mengekalkan gaya hidup sihat tanpa pengantungan pada dadah. Namun begitu, aspek harga diri perlu juga diperhatikan. Setiap klien relaps mahu diri dihargai dan diterima dalam masyarakat. Berdasarkan Jadual 6 menunjukkan skor kekerapan dan peratusan bagi setiap item harga diri. Berdasarkan nilai peratus yang tertinggi adalah responden

memilih setuju dengan “Anda berasa malu berhadapan dengan masyarakat” (76.5%) dan “Anda mengalami kesukaran untuk mengawal kemarahan” (68.9%). Seterusnya, responden juga sangat setuju dengan “Anda sering rasa gelisah” (28.8%) dan “Anda selalu rasa kesunyian” (22%). Berdasarkan dapatan kajian, “Anda sering berasa gelisah” mencatatkan min yang tertinggi (min= 4.189, SP=0.594) dan “Anda berasa tidak gembira” mencatatkan min yang terendah (min= 3.924, SP=0.587). Berpandukan kepada dapatan hasil kajian pada jadual di bawah dan secara keseluruhannya menunjukkan bahawa bahawa responden setuju dengan harga diri (min=4.071, SP=0.249).

Jadual 6: Tahap Harga Diri Dalam Kalangan Orang Kena Pengawasan (OKP)

PENYATAAN	STS	TS	KS	S	SS	MIN	SP
Anda selalu rasa kesunyian	0 (0%)	0 (0%)	13 (9.8%)	90 (68.2%)	29 22%	4.121	0.553
Anda sering rasa gelisah	0 (0%)	0 (0%)	13 (9.8%)	81 (61.4%)	38 (28.8%)	4.189	0.594
Anda mengalami kesukaran untuk mengawal kemarahan	0 (0%)	0 (0%)	15 (11.4%)	91 (68.9%)	26 (19.7%)	4.083	0.553
Anda berasa tidak gembira	0 (0%)	0 (0%)	28 (21.2%)	86 (65.2%)	18 (13.6%)	3.924	0.587
Anda berasa malu untuk berhadapan dengan masyarakat	0 (0%)	0 (0%)	13 (9.8%)	101 (76.5%)	18 (13.6%)	4.037	0.484
Keseluruhan						4.071	0.249

PERBINCANGAN

Relaps kepada ketagihan dadah adalah ketika orang yang mempunyai sejarah ketagihan mula mengulangi ketagihan selepas tempoh berhenti yang dilaluinya dari mengambil dadah semula (Mahmood et al. 2005). Kebanyakan kajian sedia ada mengenai relaps juga menyimpulkan yang kebanyakan bekas penagih kembali semula menagih dadah sebaik sahaja tamat tempoh rawatan. Relaps adalah perkara biasa dalam kalangan bekas penagih rentetan daripada pelbagai faktor yang mendorong ke arah penagihan semula. Walaupun kebanyakan mereka cuba untuk mengatasi masalah ketagihan, kebanyakan mereka melalui satu atau beberapa episod untuk berulang sebelum berjaya berhenti sepenuhnya (Mahmood, Taib, Ismail, Jamaludin, & Rosli, 2004).

Seperti yang dinyatakan oleh Mahmood et al. (2005), penagih beranggapan bahawa ketiadaan dadah di dalam tubuh badan menyebabkan kesakitan dan andaian ini mendorong mereka mengambil semula dadah untuk menghentikan kesakitan yang dialami. Mereka juga mengalami simptom menjadi gundah-gulana dan resah yang boleh membawa kepada tingkah laku di luar kawalan. Justeru, pengambilan semula dadah membawa kepada perasan ketagihan dalam diri penagih sendiri. Secara langsung, pergantungan dadah dalam tempoh masa panjang menyebabkan kesan fizikal dan psikologi yang serius kepada bekas penagih (Benda 2015). Sekiranya dadah tidak diperolehi, penagih akan berasa gelisah, ketagihan, dan menjadi amat menderita. Mereka boleh bertindak ganas dan hilang kawalan emosi. Mereka mula melakukan sesuatu diluar jangkaan yang melanggar nilai dan norma masyarakat. Pendek kata, pemikiran mereka tidak dapat berfungsi dengan waras dan amat sukar untuk dipulihkan. Mereka memerlukan motivasi diri yang jitu sekiranya mahu berjaya dalam sesi pemulihan.

Dalam kajian ini, relaps tercetus kerana terbinanya krisis harga diri yang berlanjutan dalam diri OKP yang mengalami perasaan keliru dan memberi reaksi yang berlebihan kesan daripada tidak dapat berfikir dengan jelas, tidak dapat mengurus perasaan dan emosi, sukar untuk mengingat sesuatu, berasa keliru, tidak dapat mengawal tekanan dan mudah menjadi marah (AADK, 2019). Aspek harga diri dikaji dalam kajian ini di mana ianya merupakan intipati penting dalam meningkatkan keyakinan OKP untuk berhadapan dengan masyarakat. Seperti yang dinyatakan oleh responden, majoriti daripadanya menyatakan bahawa OKP berasa malu berhadapan dengan masyarakat. Situasi ini dapat dikaitkan dengan tingkah laku terdahulu yang terlibat dengan gejala dadah sehingga menyebabkan mereka kehilangan keyakinan diri. Dapatan kajian ini seiring dengan dapatan yang diperolehi oleh Chuah (1990) di mana beliau mendapati bahawa penagih yang kurang berkeyakinan diri berkecenderungan tinggi untuk kembali menagih setelah dibebaskan daripada mendapatkan rawatan dan pemulihan.

Responden turut menyatakan bahawa mereka mempunyai masalah untuk mengawal kemarahan. Situasi ini berlaku disebabkan oleh pengaruh dadah dalam kalangan individu sehingga menyebabkan mereka kehilangan pertimbangan. Keadaan emosi yang tidak stabil di dalam diri bekas pengguna dadah boleh menyebabkan individu mengalami tekanan dan kemurungan di dalam hidup. Berdasarkan teori Anomie di dalam Scozelli (1987), individu bertingkah laku devian disebabkan oleh perasaan kecewa dan tertekan dengan kehidupan atau keadaan persekitaran sehingga mengambil langkah mudah dengan menjebakkan diri kembali ke dadah setelah tamat menjalani proses pemulihan. Ianya turut disokong oleh Sun (2017), ketidakstabilan emosi seperti rasa bosan, rasa sedih, marah dan kecewa.

Terakhir, mereka terpaksa berdepan dengan persepsi dan stigma masyarakat yang negatif menyebabkan mereka hilang keyakinan diri untuk pulih. Persepsi masyarakat yang pertama adalah menganggap golongan penagih tiada harapan untuk sembuh. Atas alasan ini, mereka dirasakan tidak patuh dibantu oleh orang lain. Persepsi masyarakat yang kedua adalah penagih disamakan dengan penjenayah. Persepsi ini melihat penagih adalah sampah masyarakat dan menimbulkan prasangka buruk mereka perlu dikurung dan dihukum. Kesilapan persepsi terhadap penagih dadah yang ketiga adalah tanggapan masyarakat berfikir tugas dan tanggungjawab memerangi dadah bukan tugas mereka tetapi tugas dipikul oleh institusi yang berkenaan seperti Jabatan Penjara Malaysia (JPM) dan Agensi Anti-dadah Kebangsaan (AADK). Sedangkan jika dibiarkan begitu sahaja masalah ini menjadi semakin parah dan kebarangkalian menjangkiti anak-anak di generasi akan datang adalah sangat tinggi.

KESIMPULAN

Secara kesimpulannya, setiap individu dituntut untuk membina sifat sendiri yang positif yang jelas dengan matlamat hidup. Bagi individu yang mempunyai masalah ketagihan dadah atau kebergantungan pada dadah boleh mengamalkan beberapa cara berikut bagi meningkatkan penghargaan sendiri. Antaranya:

- i. membina keyakinan diri
- ii. mewujudkan jaringan sokongan sosial yang membantu
- iii. berkawan dengan individu positif yang mampu meningkatkan sendiri individu
- iv. mengetahui potensi dan kelemahan diri

- v. sayangi diri sendiri kerana ia boleh mencungkil motivasi, dan
- vi. menjaga penampilan diri kerana ia faktor penting dalam pembinaan penghargaan diri.

Justeru, sekiranya terdapat ahli keluarga atau saudara terdekat yang mengalami masalah ini seharusnya dihulurkan bantuan kepada mereka. Sesungguhnya, tiada manusia yang sempurna, namun semua orang pasti akan berusaha ke arah kesempurnaan diri. Aspek harga diri yang sihat mampu melepaskan diri daripada pergantungan kepada dadah dan seterusnya mampu mengekalkan kepulihan melalui membina gaya hidup yang bebas dadah.

RUJUKAN

- AADK. (2019). Statistik penagih baru dan berulang bagi Januari hingga Oktober 2019. Dipetik dari laman sesawang (www.adk.gov.my).
- AADK. (2019). Pematuhan syarat-syarat pengawasan orang kena pengawasan (OKP). Dipetik dari laman sesawang (<https://www.adk.gov.my/wp-content/uploads/PEMATUHAN-SYARAT-SYARAT-PENGAWASAN-ORANG-KENA-PENGAWASAN-OKP.pdf>).
- Azizi Yahaya, et al. (2007). *Menguasai penyelidikan dalam pendidikan*. Selangor: PTS Publications & Distributors Sdn. Bhd.
- Babbie, E. (2008). *The basics of social research* (4th ed.). United States: Thomson.
- Benda, B. (2005). Gender differences in life-course theory of recidivism: A survival analysis. *International Journal of Offender*, 49(3), 325-342.
- Binswanger, I. A., Blatchford, P. J., Mueller, S. R., & Stern, M. F. (2013). Mortality after prison release: Opioid overdose and other causes of death, risk factors, and time trends from 1999 to 2009. *Annals of Internal Medicine*, 159(9), 592-600.
- Cates, W.M. (1990). *Panduan amali untuk penyelidikan*. (Syaharom Abdullah). Kuala Lumpur: Dewan Bahasa dan Pustaka.
- Center on addiction, Behind Bars II: Substance Abuse and America's Prison Population, February. (2010). Dipetik dari: (<https://www.centeronaddiction.org/addictionresearch/reports/behind-bars-ii-substance-abuse-and-america's-prison-population>).
- Chuah Mooi Kim. (1990). Keyakinan diri penagih dadah: Hubungannya dengan sokongan sosial dan faktor demografi. *Latihan Ilmiah*. Bangi: Universiti Kebangsaan Malaysia.
- Criminal Justice. (2020). The Science of drug use: Discussion points. National Institute on Drug Abuse. Dipetik dari laman sesawang (<https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/criminal-justice>).
- Dennis, C.D. (1989). *Relapse prevention: Treatment alternatives and counseling aids*. Tab Books Inc, Blue Ridge Summit, PA.
- Fields, R. (1995). *Drugs in perspective*. USA: Brown & Benchmark.
- Gordon, M. S., Kinlock, T. W., Schwartz, R. P., & O'Grady, K. E. (2008). A randomized clinical trial of methadone maintenance for prisoners: Findings at 6 months post-release. *Addiction*, 103(8), 1333-1342.
- Green, T. C., Clarke J, Brinkley-Rubinstein L, et al. (2018). Post-incarceration fatal overdoses after implementing medications for addiction treatment in a statewide correctional system. *JAMA Psychiatry*. February 2018. doi:10.1001/jamapsychiatry.4614

- Hollen, K.H. (2009). Encyclopedia of addictions. Jid. 1 &2, Wesport, Connecticut: Greenwood Publishing Group.
- Irvin, J. E., Bowers, C.A., Dunn, M.E., and Wang, M.C. (1999). Efficacy of relapse prevention: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Krinsky, C. S., Lathrop, S. L., Brown, P., & Nolte, K. B. (2009). Drugs, detention, and death: A study of the mortality of recently released prisoners. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 30(1), 6-9.
- Lee, J. D., Friedmann, P. D., Kinlock, T. W., Nunes, E. V., Boney, T. Y., Hoskinson, R. A. J. O'Brien, C. P. (2016). Extended-release naltrexone to prevent opioid relapse in criminal justice offenders. *New England Journal of Medicine*, 374(13), 1232-1242.
- Mahmood Nazar Mohamed, Ismail Ishak, Noor Aniza Ishak, & Muhamad, Dhazir (2005). Program pemulihan luar institusi untuk penagih dadah. Sintok: Universiti Utara Malaysia
- Mahmood Nazar Mohamed, Mohd Taib Ariffin, Ismail Ishak, Jamaludin Mustafa & Rosli Mohammed. (2004). Penggunaan strategi daya tindak di kalangan bekas penagih dadah. Sintok: Universiti Utara Malaysia.
- Marlatt, G. A. & Gordon, J.R. (Ed.). (1985). Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford Press.
- Marsden J, Stillwell G, Jones H, et al. (2017). Does exposure to opioid substitution treatment in prison reduce the risk of death after release? A national prospective observational study in England. *Society for the Study of Addiction*, 112(8): 1408-1418. doi: <https://doi.org/10.1111/add.13779>.
- Mattick RP, Breen C, Kimber J, et al. (2009). Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3: Art. No CD002209. doi: 10.1002/14651858.CD002209.pub2.
- Mattick RP, Breen C, Kimber J, et al. (2014). Buprenorphine maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2: Art. No CD002207. doi: 10.1002/14651858.CD002207.pub4.
- Mohd. Majid Konting. (2005). Kaedah penyelidikan pendidikan. Kuala Lumpur: Dewan Bahasa dan Pustaka.
- Mohamad Najib Abdul Ghafar (1999). Penyelidikan pendidikan. Skudai: Penerbitan Universiti Teknologi Malaysia
- Møller, L. F., Matic, S., van Den Bergh, B. J., Moloney, K., Hayton, P., & Gatherer, A. (2010). Acute drug-related mortality of people recently released from prisons. *Public Health*, 124(11), 637- 639.
- Nunally, J., & Bernstein, I. (1994). Psychometric theory. Edisi ke-3. New York: McGraw Hill.
- Parks, G. A. & Marlatt, G. A. (1999) relapse prevention therapy for substance-abusing offenders: A cognitive-behavioral approach in what works: Strategic solutions: *The international community corrections association examines substance abuse* edited by E. Latessa. Lanham, MD: American Correctional Association, p. 161- 233.
- Parks, G. A & Marlatt, G.A. (2014). Relapse prevention therapy: A Cognitive-Behavioral Approach. Dipetik dari (https://www.researchgate.net/publication/259289380_Relapse_Prevention_Therapy_A_Cognitive-Behavioral_Approach/link/544778550cf2d62c3050785f/download)
- Rasmussen, S. (2000). Addiction treatment: Theory and practice. California. Sage Publication.

- Schwartz, R. P., Gryczynski, J., O'Grady, K. E., et al. (2013). Opioid agonist treatments and heroin overdose deaths in Baltimore, Maryland, 1995-2009. *American Journal Public Health*, 103(5): 917-922. doi: 10.2105/AJPH.2012.301049.
- Scorzelli, J. (1987). Drug abuse. Bangi: Penerbit Universiti Kebangsaan Malaysia.
- Sekaran, U. (2003). Research methods for business: A skill-building approach. New York: John Wiley & Sons.
- Sun, A. P. (2007). Relapse among substance-abusing women: Components and processes. *Substance Use and Misuse*, 42, 1-21.
- Tuckman, B. W. (1988). Conducting educational research. San Diego, California: Harcourt Brace.
- Wakeman, S. E., & Rich, J. D. (2015). Addiction treatment within U.S. Correctional facilities: Bridging the gap between current practice and evidence-based care. *Journal of Addictive Diseases*, 34(2-3), 220-225.
- Van Dalen, D. B. (1993) Understanding educational research. New York: McGraw Hill.
- Vockel E.L. (1983). Educational research. New York: Mc Millan Ptd. Ltd.
- Zikmud, W. G., Babin J. B., Carr, J. C., & Griffin, M. (2010). Business research methods (8th ed.). Canada: South-Western Cengage Learning.

MAKLUMAT PENULIS

ZALMIZY HUSSIN, PhD

Pusat Pengajian Psikologi Gunaan, Dasar dan Kerja Sosial
Universiti Utara Malaysia
zalmizy@uum.edu.my

VIMALAN A/L KANTASAMY

Pusat Pengajian Psikologi Gunaan, Dasar dan Kerja Sosial
Universiti Utara Malaysia
vimalan_kantasamy@ahsgs.uum.edu.my

DR. SITI ROHANA AHMAD

Pusat Kesihatan Daerah Yan
Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM)
drsitirohana@gmail.com