

**KEFUNGSIAN KELUARGA, PENGHEROTAN KOGNITIF
DAN RESILIEN DALAM KALANGAN KLIEN CURE
AND CARE REHABILITATION CENTRE (CCRC)
DAN KLINIK CURE AND CARE (C &C)**

**Zainah Ahmad Zamani
Rohany Nasir
Asmawati Desa
Rozainee Khairudin
Fatimah Yusoff
Siti Hajar Mohamed Yusoff**

ABSTRACT

The process of drug rehabilitation is an important agenda for the National Anti-Drug Agency (NADA). Various efforts have been taken to aid NADA in treating drug addicts. This study focuses on identifying the mental health status and psychological factors to design appropriate treatment strategies. Therefore, this research aims to determine the level of family functioning, cognitive distortion and resilience among clients of CCRC and C&C. A total of 495 clients from these institutions took part in this study. The instruments used were FACES III to measure family functioning, CDS to measure cognitive distortion and Resilience Scale to measure resilience. Results indicate that clients' family functioning is at a moderate level, clients' cognitive distortion is at a low level, whilst their resilience is at a high level. This indicates that the rehabilitation programs conducted at the institution had an impact on clients' resiliency and cognitive distortion. The implications of the study can be attributed to the counseling intervention at NADA.

PENGENALAN

Masalah ketagihan dadah dalam kalangan masyarakat pada masa ini kian membimbangkan. Masalah ini bukan sahaja melibatkan remaja, malah pelbagai peringkat usia. Berdasarkan statistik yang didapati dari Agensi Anti Dadah Kebangsaan (AADK), dari Januari hingga Jun 2010, seramai 3,095 daripada jumlah 12,079 orang penagih telah dikesan sebagai penagih berulang atau relaps. Jumlah penagih berulang ini didapati meningkat berbanding hanya 1,136 orang penagih berulang yang dikesan dari Januari hingga Jun 2009 (AADK 2010). Sementara, sebanyak 2,792 kes penagih baru dan 1,968 kes penagih berulang telah dikesan sepanjang Januari sehingga Jun 2012, yang mana kes berulang menurun sebanyak 24.20%. Namun ianya masih amat membimbangkan, terutamanya apabila jumlah kes

berulang yang berlaku di Pulau Pinang dan WP Kuala Lumpur melebihi jumlah kes barunya (AADK 2012). Sementara itu, sebanyak 2,792 kes penagih baru dan 1,968 kes penagih berulang telah dikesan sepanjang Januari sehingga Jun 2012. Kes penagih baru tertinggi telah dikesan iaitu di Kedah sebanyak 418 kes (14.97%) diikuti dengan Johor 413 kes (14.79%), Perak 379 kes (13.57%) dan Selangor 359 kes (12.86%). Bagi kes penagih berulang pula, Pulau Pinang telah merekodkan kes tertinggi iaitu 432 kes (21.95%) dan diikuti dengan WP Kuala Lumpur sebanyak 312 kes (15.85%)

Antara faktor penyumbang penagihan semula adalah peribadi dan persekitaran. Faktor-faktor peribadi adalah seperti pengherotan kognitif dan ketahanan diri, manakala faktor persekitaran pula adalah kefungsiian keluarga. Pengkaji yang memfokus kepada peranan hubungan keluarga dalam masalah penyalahgunaan telah mengenalpasti hubungan yang kuat diantara hubungan keluarga yang terganggu dengan salahguna dadah (Stanton et. al, 1984; Stanton & Shadish, 1997; Velleman, 1992). Kajian menunjukkan bahawa keluarga menyediakan rangsangan kepada individu yang memberi kesan kepada perkembangan fizikal dan psikologikal. Menyerapkan kepercayaan, nilai dan tingkah laku yang sesuai dalam masyarakat kepada individu khususnya di peringkat kanak-kanak dan remaja adalah fungsi asas sebuah keluarga. Kajian juga menunjukkan cara interaksi keluarga mengenai proses perkembangan ini menyumbang kepada pelbagai hasil, daripada negatif kepada positif. Di sudut negatif, hasilnya berkemungkinan kepada kecelaruan tingkah laku dan penghargaan sendiri yang rendah.

Dennis (1989) pula mendapati antara ciri bekas penagih yang berulang kerana mereka ini tidak diterima oleh masyarakat ataupun keluarga bagi menyokong mereka untuk membebaskan diri daripada terus menggunakan semula dadah selain menghadapi kemurungan, tekanan dan gangguan keseimbangan yang tidak terkawal. Ini disokong oleh Fauziah et. al. (2012) yang menjalankan kajian terhadap 400 orang penagih berulang dari lapan buah PUSPEN di Semenanjung Malaysia. Kajiannya mendapati bahawa sejumlah 72% respondennya sering berasa murung, sedih, muram dan mudah menangis. Hasil ini menunjukkan bahawa seorang penagih berulang mempunyai sifat dan personaliti diri yang kurang matang di samping ketahanan diri yang rendah serta bergantung kepada orang lain untuk mendapatkan sokongan bagi mengekalkan gaya hidup bebas dadah.

Bekas penagih dadah juga berkecenderungan mengalami pengherotan kognitif seperti menyalahkan diri, mengkritik diri, tidak berdaya, berputus asa dan terlalu memikirkan bahaya bagi tindakan yang dilakukan atau yang akan dilakukannya. Ini dialami oleh mereka apabila pemikiran sedar dan spontan mereka itu dikaitkan dengan pengaruh negatif yang wujud di sekeliling mereka yang mana ianya sama sekali tidak dapat dihindari kerana merupakan keperluan mereka untuk hidup dalam kelompok sosial (Leahy, 1996). Apa yang dibimbangkan adalah apabila pengherotan kognitif ini mempengaruhi mereka sehingga berfikir secara

negatif lalu menyebabkan mereka mengalami tekanan sehingga menemui jalan buntu dan mengambil keputusan untuk kembali menagih dadah.

Dari aspek ketahanan diri pula, Werner dan Smith (1992, 1982) berpendapat kebanyakan kajian terdahulu berkaitan daya tahan telah melihat individu yang berdaya tahan sebagai seorang yang melawan jangkauan, bertahan dan menjaga diri dari pelbagai peristiwa buruk yang berlaku di sekitarnya. Baik penagih dadah atau bekas penagih tentunya menghadapi pelbagai cabaran apabila mempunyai keinginan untuk berhenti menagih. Contoh pengaruh luar adalah seperti penjual dan pengedar dadah yang akan terus memburu dan berusaha mempengaruhi mangsanya untuk kembali mendapatkan bekalan dadah dari mereka bagi mendapatkan keuntungan secara terus menerus. Sementara di pihak bekas penagih, kesukaran dan keperitan hidup yang dialami dalam usaha mereka untuk berhenti menagih, memerlukan untuk mereka berhati-hati dalam mengawal perasaan, pemikiran dan tingkah laku.

Bagi seorang bekas penagih dadah, ketahanan diri yang kuat amat diperlukan bagi mengawal diri agar tidak kembali menagih. Dalam erti kata lain, daya tahan bertindak sebagai benteng supaya tidak terdedah kepada perlakuan yang tidak wajar, keganasan, penderaan atau penganiayaan. Individu yang mempunyai ketahanan diri akan melihat kesukaran sebagai suatu skop yang terbatas dan bersifat sementara, dan seterusnya memandang kehidupannya secara positif (Salami, 2010)

Dari itu, kajian ini cuba untuk mengenalpasti aspek peribadi iaitu pengherotan kognitif, ketahanan diri dan faktor persekitaran iaitu kefungsian keluarga dalam kalangan bekas penagih dadah. Persoalannya, adakah benar seorang penagih berulang mempunyai sifat dan personaliti diri yang kurang matang di samping ketahanan diri yang rendah serta bergantung kepada orang lain untuk mendapatkan sokongan bagi mengekalkan gaya hidup bebas dadah. Oleh itu, tujuan kajian ini adalah untuk mengukur tahap kefungsian keluarga, pengherotan kognitif dan ketahanan diri klien CCRC dan C & C.

METOD KAJIAN

Rekabentuk Kajian

Kajian ini dijalankan secara persampelan bertujuan dengan mengagihkan soal selidik bagi mengetahui aspek demografik serta mengkaji kefungsian keluarga, pengherotan kognitif dan ketahanan diri dalam kalangan bekas penagih dadah.

Tempat dan Klien Kajian

Kajian ini melibatkan klien yang berada di *Cure and Care Rehabilitation Centre (CCRC)* yang terletak di Muar, Johor dan klien di Klinik *Cure and*

Care (C & C) di Sungai Besi dan Kota Bahru, Kelantan. Seramai 495 orang klien lelaki terlibat dalam kajian ini.

Alat Kajian

Satu set soal selidik yang merangkumi empat bahagian digunakan dalam kajian ini. Bahagian A merupakan maklumat demografik diri. Bahagian B adalah Skala Penyesuaian dan Kohesi Keluarga III (FACES III)(Olson et al., 1982). Sementara Bahagian C adalah Skala Pengherotan Kognitif (CDS) (Briere, 2000) dan Bahagian D adalah Skala Resilien/Ketahanan Diri (Wagnild, 2009). Data yang diperoleh dianalisis menggunakan perisian komputer SPSS versi 16.

KEPUTUSAN DAN PERBINCANGAN

Berdasarkan kepada Jadual 3 menunjukkan pecahan pembolehubah kefungsiian keluarga mengikut skala dan tahap. Kefungsiian keluarga secara keseluruhan menunjukkan kebanyakan klien adalah di tahap sederhana iaitu seramai 338 klien (68.3%) manakala ditahap tinggi seramai 145 (29.3%) dan tahap rendah seramai 12 klien (2.4%) . Bagi skala kebolehsuaian menunjukkan bilangan yang sangat tinggi di tahap sederhana iaitu sebanyak 363 (73.3%), tahap tinggi 123 (24.8%) dan tahap rendah sebanyak 9 (2.4%). Skala kohesi pula menunjukkan bilangan peratusan sebanyak 47.1% (233) di tahap sederhana , 6.1% (30) tahap rendah dan 46.9% (232) pada tahap tinggi.

Jadual 3: Pecahan tahap kefungsiian keluarga dan skala mengikut tahap

Pembolehubah	Tahap	Bilangan	Peratus (%)
Kefungsiian Keseluruhan	Rendah	12	2.4
	Sederhana	338	68.3
	Tinggi	145	29.3
Skala kebolehsuaian	Rendah	9	1.8
	Sederhana	363	73.3
	Tinggi	123	24.8

Skala kohesi

Rendah	30	6.1
Sederhana	233	47.1
Tinggi	232	46.9

Berdasarkan Jadual 4 bagi aspek pengherotan kognitif mengikut lima skala atau dimensi iaitu skala kritik diri, skala menyalahkan diri, skala tidak berdaya, skala tiada harapan dan skala melakukan sesuatu yang berbahaya serta dipecahkan kepada 3 tahap iaitu rendah, sederhana dan tinggi. Secara keseluruhannya, pengherotan kognitif klien adalah di tahap rendah iaitu seramai 262 klien (52.9%) manakala ditahap sederhana seramai 214 klien (43.2%) tahap tinggi seramai 19 klien (3.8%) . Bagi dimensi pengherotan kognitif diri pula, skala kritik diri menunjukkan bilangan yang sangat tinggi di tahap rendah iaitu sebanyak 303 klien (61.2%), tahap sederhana 168 klien (33.9%) dan tahap tinggi sebanyak 24 klien (4.8%). Seterusnya iaitu skala menyalahkan diri menunjukkan bilangan peratusan sebanyak 55.8% (276) di tahap sederhana m, 36.8% (182) pada tahap rendah dan 7.5% (37) berada di tahap tinggi. Skala tidak berdaya menunjukkan sebanyak 48.3% (239) berada di tahap rendah dan 46.1% (228) dan 5.7% (28) berada di tahap tinggi. Bagi skala tiada harapan sebanyak 300 klien (60.6%) berada pada tahap rendah manakala tahap sederhana sebanyak 173 klien (34.9%) dan tahap tinggi menunjukkan bilangan yg sedikit iaitu 22 klien (4.4%). Bagi skala melakukan sesuatu yang berbahaya menunjukkan seramai 272 (54.9%) klien berada pada tahap rendah, 195 (39.4%) klien pada tahap sederhana dan 28 (5.7%) klien berada di tahap tinggi.

Jadual 4: Pecahan pengherotan kognitif dan skala mengikut tahap

Pembolehubah	Tahap	Bilangan	Peratus (%)
CDS Keseluruhan	Rendah	262	52.9
	Sederhana	214	43.2
	Tinggi		3.8

Skala Kritik diri			
	Rendah	303	61.2
	Sederhana	168	33.9
	Tinggi	24	4.8
Skala Menyalah diri			
	Rendah	182	36.8
	Sederhana	276	55.8
	Tinggi	37	7.5
Skala Tidak berdaya			
	Rendah	239	48.3
	Sederhana	228	46.1
	Tinggi	28	5.7
Skala Tiada harapan			
	Rendah	300	60.6
	Sederhana	173	34.9
	Tinggi	22	4.4
Skala melakukan sesuatu yang berbahaya			
	Rendah	272	54.9
	Sederhana	195	39.4
	Tinggi	28	5.7

Jadual 5 menunjukkan pecahan aspek resilien dan skala mengikut tahap. Resilien dibahagi kepada 8 dimensi iaitu skala aktif, skala hubungan sosial, skala perhubungan interpersonal, skala penyelesaian masalah, skala mengurus, skala fleksibel, skala pandangan individu dan skala jaminan diri. Bagi pembolehubah resilien secara keseluruhan menunjukkan kebanyakan klien berada di tahap tinggi iaitu seramai 253 (51.1%) manakala ditahap sederhana seramai 232 (46.9%) dan tahap rendah seramai 10 (2%). Bagi skala aktif juga menunjukkan ramai bilangan di tahap tinggi iaitu sebanyak 302 (61%), diikuti tahap sederhana 173 (34.9%) dan tahap rendah sebanyak 20 (4%). Skala seterusnya iaitu hubungan sosial menunjukkan bilangan

peratusan sebanyak 52.5% (260) , 8.9% (44) pada tahap rendah dan 38.6% (191) pada tahap tinggi. Skala perhubungan interpersonal menunjukkan perbezaan sebanyak 143 orang klien antara tahap sederhana (298 klien) dan tinggi (155 klien) menjadikan peratus bagi tahap sederhana sebanyak 60.2% dan tahap tinggi sebanyak 31.3% manakala tahap rendah sebanyak 8.5% seramai 42 orang klien. Bagi skala penyelesaian masalah seramai 26 orang klien berada pada tahap rendah (5.3%) manakala tahap sederhana seramai 249 orang klien (50.3%) dan tahap tinggi iaitu 220 orang klien (44.4%). Skala mengurus menunjukkan seramai 39 orang klien iaitu 7.9% pada tahap rendah, 310 orang klien iaitu seramai 62.6% pada tahap sederhana dan 146 orang klien iaitu 29.5% pada tahap tinggi. Bagi skala fleksibel kebanyakan klien adalah di tahap sederhana iaitu seramai 288 orang klien (58.2%) manakala di tahap tinggi menunjukkan seramai 189 (38.2%) dan tahap rendah seramai 18 orang (3.6%) diikuti oleh skala pandangan individu juga menunjukkan bilangan yang sangat ramai di tahap tinggi iaitu sebanyak 282 (57%), tahap sederhana 196 (39.6%) dan tahap rendah sebanyak 17 (3.4%). Skala yang terakhir iaitu skala jaminan diri menunjukkan bilangan peratusan sebanyak 51.3% (254) pada tahap sederhana, 3.2% (16) pada tahap rendah dan 45.5% (225) iaitu pada tahap tinggi.

Jadual 5: Pecahan resilien dan skala mengikut tahap

Pembolehubah	Tahap	Bilangan	Peratus (%)
Resilian Keseluruhan	Rendah	10	2.0
	Sederhana	232	46.9
	Tinggi	253	51.1
Skala aktif	Rendah	20	4.0
	Sederhana	173	34.9
	Tinggi	302	61.0
Skala Hubungan sosial	Rendah	44	8.9
	Sederhana	260	52.5
	Tinggi	191	38.6

Skala kecekapan interpersonal			
	Rendah	42	8.5
	Sederhana	298	60.2
	Tinggi	155	31.3
Skala penyelesaian masalah			
	Rendah	26	5.3
	Sederhana	249	50.3
	Tinggi	220	44.4
Skala mengurus			
	Rendah	39	7.9
	Sederhana	310	62.6
	Tinggi	146	29.5
Skala fleksibel			
	Rendah	18	3.6
	Sederhana	288	58.2
	Tinggi	189	38.2
Skala pandangan individu			
	Rendah	17	3.4
	Sederhana	196	39.6
	Tinggi	282	57.0
Skala jaminan diri			
	Rendah	16	3.2
	Sederhana	254	51.3
	Tinggi	225	45.5

Jadual 4 melaporkan keputusan korelasi diantara kefungisan keluarga, pengherotan kognitif dan resilien. Keputusan menunjukkan kefungisan keluarga yang positif berhubung kait dengan tahap rendah bagi pengherotan

kognitif iaitu $r = -0,186^{**}$. Bagi korelasi antara kefungsi keluarga dan resilien, hasil kajian menunjukkan hubungan positif iaitu $r = 0.391^{**}$, yang menyatakan jika kefungsi keluarga adalah positif maka tahap resilien atau ketahanan diri juga akan meningkat. Walaubagaimana pun, dapatan kajian menunjukkan tidak terdapat korelasi di antara resilien dan pengherotan kognitif iaitu $r = 0.025$.

Jadual 4: Korelasi antara kefungsi keluarga, pengherotan kognitif dan resilien

Pembolehubah Pengherotan kognitif	Resilien	
Kefungsian keluarga .186**	$r = -$	$r = .391^{**}$
Resilien	$r = .025$	

** $p < .05$

Kesimpulan daripada kajian ini menunjukkan pengaruh keluarga dilihat sebagai pengaruh yang penting dalam penyalahgunaan bahan, termasuk dadah dan aspek kefungsi keluarga seperti konflik dan kohezi keluarga, juga komunikasi merupakan faktor peramal yang kuat dalam hasil perkembangan diri seseorang. Kajian ini menyokong kajian oleh Fisher (2003) yang melaporkan kewujudan korelasi yang positif di antara resilien dan keluarga yang kohezi dan penyesuaian, yang merupakan dimensi bagi kefungsi keluarga. Kim dan Yoo (2010) juga melaporkan hubungan yang signifikan didapati wujud diantara resilien dan penyesuaian keluarga.

Faktor kefungsi keluarga, pengherotan kognitif dan resilien atau ketahanan diri perlu diambil kira dalam melakukan intervensi dan rawatan dalam pemulihan dadah. Program kaunseling yang boleh dilakukan dalam bentuk individu, kelompok dan juga kaunseling keluarga harus diteruskan untuk membantu klien dalam proses pemulihan dan mencapai kesejahteraan psikologikal dan bebas daripada dadah. Intervensi kaunseling yang telah lama wujud dalam institusi pemulihan di bawah AADK perlu dimantapkan dengan mengambil kira hasil kajian ini dan perlu menekankan faktor individu iaitu ketahanan diri dan pengherotan kognitif. Aspek kefungsi keluarga yang merupakan faktor penting juga perlu dijadikan agenda utama dalam proses pemulihan dan rawatan klien yang tekad untuk mengubah diri dan menjalani kehidupan seperti orang lain yang bebas daripada dadah.

PENUTUP

Semua pihak institusi pendidikan, keluarga, organisasi kerajaan dan bukan kerajaan, media massa perlu memainkan peranan masing-masing dalam memberi kesedaran terhadap bahaya terlibat dalam penagihan dadah. Program serta usaha yang *integrated* atau bersepadu perlu ada untuk setiap individu dan pihak terlibat secara langsung dan tidak langsung dalam proses pencegahan dan pemulihan dadah. Pihak ini perlu menggembeleng tenaga dan masa diperuntukan untuk sama-sama berusaha untuk setiap individu tahu tentang kesan dadah ke atas diri, keluarga, komuniti dan negara. Melalui kajian ini, didapati individu yang terlibat dalam penyalahgunaan dadah mempunyai kefungsi keluarga dan ketahanan diri yang sederhana, maka keluarga perlu memainkan peranan yang lebih agar individu dapat dibimbing dan disokong dalam proses pemulihan mereka. Intervensi dan sokongan keluarga secara tidak langsung dapat membantu individu berusaha dengan gigih untuk membina potensi diri dan kekuatan diri menjadi masyarakat yang berguna kepada negara dan akhirnya menyumbang kepada pembangunan negara dengan lebih positif.

RUJUKAN

- Abela, G.G., Becker, J.V. & Conningham-Rather, J. 1984. Complication, consent and cognition in sex between child and adult. *International J. Law and Psychiatry*. 7(189): 1-3.
- Adler, F., Laufer, W. & Merton, R.K. 1999. *The Legacy of Anomie Theory*. NJ: Transaction Publisher.
- Agensi Antidadah Kebangsaan. 2010. *Laman Web Statistik Penyalahgunaan Dadah* <http://www.adk.gov.my/utama.html> (20 Oktober 2012).
- Barriga, A.Q., Landau, J. R., Stinson, B.L., Liau, A.K. & Gibbs, J.C. 2000. Cognitive distortion and problem behaviors in adolescents. *Criminal Justice and Behavior*. 27(1): 36- Benzie, K. & Mychasiuk, R. 2009. Fostering family resiliency: A review of the key protective factors. *Child and Family Social Work*. 3(14): 103–114.
- Benda, B.B., Rodell, D.E., & Rodell, L. 2003. Crime Among Homeless Military Veterans who Abuse Substances. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 26(4): 332-344.
- Bennett, J.B., Aden, C.A., Broome, K., Mitchell, K., & Rigdon, W.D. 2010. Team Resilience for Young Restaurant Workers: Research-to-Practice Adaptation and Assessment. *Journal of Occupational Health Psychology*. 15(3): 223–236.
- Briere, J. (2000). *The Cognitive Distortions Scales professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

- Chabon, B. & Robins, C.J. 1986. Cognitive distortion among depressed and suicidal drug users. *The International Journal of the Addictions*. 21(12): 13-29.
- Coyer, S.M. 2001. Mothers recovering from cocaine addiction: Factors affecting parenting skills. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 30(1):71-79.
- Dennis, C.D. 1989. *Relapse Prevention: Treatment Alternatives and Counseling Aids*. PA: Tab Books Inc.
- Fauziah Ibrahim dan Naresh Kumar. 2009. Factor effecting drug relapse in malaysia: An empirical evidence. *Asian Social Science Journal*. 5(12): 37-44.
- Fauziah Ibrahim, Bahaman Abu Samah, Mansor Abu Talib & Mohamad Shatar Sabran. 2012.
- Drug addicts and the high risk situations of relapse. *Journal of Social Sciences and Humanities*. 7(1): 38-49.
- Fisher, Z.F. 2003. Protective factors influencing reiliency among African-American and Latino students. Ph.D Thesis. University of Southern California
- Gabriele Schafer. 2011. Family functioning and families with alcohol and other drug addiction. *Social Policy Journal of New Zealand*. 37(1): 1-14.
- Grotberg, E. 1995. *A Guide to Promoting Resilience in Children: Strengthening the Human Spirit*. The Hague: Bernard van Leer Foundation.
- Hill, M., Stafford, A., Seaman, P., Ross, N. & Daniel, B. 2007. *Parenting and Resilience*. York: Joseph Rowntree Foundation.
- Kaplan, H.B. 1999. Towards an understanding of resilience: A critical review of definitions and models. Dlm. Glantz, M.D. & Johnson, J. (pnyt.). *Resilience and Development: Positive Life Adaptations*, hlm. 72-103. New York: Plenum Press.
- Kim, D. H., & Yoo, I.Y. 2010. Factors associated with resilience of school age children with cancer. *Journal of Pediatric and Child Health*, 46 (7-8), 431-436
- Leahy, R.L. 1996. *From Practicing Cognitive Therapy: A Guide to Interventions*. NYC: Cornell University Medical College and The American Institute for Cognitive Therapy.
- Leahy, R.L. 1996. *Cognitive Therapy: Basic Principles and Applications*. Northvale: New Jersey.
- Liddle, H. A. & Dakof, G. A. 1995. Efficacy of family therapy for drug abuse: promising but not definitive. *Journal of Marital & Family Therapy*. 21: 511-543.
- Mahmood Nazar Mohammad, Mohd Shuiab Che Din & Ismail Ishak. 1999. Treatment of Drug Dependents in the Traditional Setting: The Case of Inabah. *Pakistan Journal of Psychological Research, Winter*. 13(3-4): 75-87.

- Mahmood Nazar Mohammad, Mohd Shuib Che Din & Ismail Ishak. 1996. *Functional support and familial variables related to multiple relapse cases*. Kertas kerja Persidangan IFNGO ke-16, Anjuran IFNGO, Jakarta Indonesia., 2-6 Disember.
- Maruna, S. & Mann, R.E. 2006. A fundamental attribution error? Rethinking cognitive distortions. *The British Psychological Society*. 11(2): 155-177
- Newman, T. & Blackburn, S. 2002. *Transitions in the Lives of Children and Young People: Resilience Factors*. Edinburgh: Scottish Executive.
- Olson, D.H., Russel, & Sprenkle, D.H. 1984. *Circumplex Model of Marital and Family Systems : VI*. Teoretical Update. In: D.H. Olson and P.M. Miller, eds. *Family Studies Review Yearbook*. Volume 2. New Delhi: Sage Publications.
- Olson, D. H., Portner, J. & Bell, R. Q. 1982. *FACES II: Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales*. Minnesota: Family Social Science, University of Minnesota.
- Roselina Hj Yusuf. 2006. *Merintis Dedenai Pulang*. Monograf Perjalanan Kepulangan Bekas Penagih 1, Selangor: Kolej Universiti Islam Malaysia.
- Saedah A.Gani, Zainah Ahmad Zamani, Roseliza Murni Ab. Rahman, Ariffin Hj. Zainal & Wan Shahrazad Wan Sulaiman. 2008. Family functioning and it's relation with self-esteem among drug addicts. *Jurnal Antidadah Malaysia*.91-106.
- Salami, S.O. 2010. Moderating effects of resilience, self-esteem and social support on adolescents' reactions to violence. *Asian Social Science*.6(12): 101-110.
- Sekouri, C. 2010. Addiction's Cognitive Distortion. <http://suite101.com/article/addictions-cognitive-distortions-a193121>
- Stanton, M.D. 1977. The addict as savior: Heroin, death and the family. *Family Process*. 16:191-197.
- Stanton, M.D. 1978. The family and drug misuse: A bibliography. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 5(2):151-170.
- Stanton, M.D. 1985. The family and drug abuse: Concepts and rational. Dlm. T. Bratter & G. Forrest (pnyt.) *Alcoholism and Substance Abuse: Strategies for Clinical Interventions*, hlm.33-46. New York: Family Process.
- Staphen, R. 1991. *The Street Addict Role: A Theory of Heroin Addiction*. US: State University of New York.
- Taylor, S., Felt-Covey, J., & Davis-Covey, C. 2006. Family Camps: Strengthening Family Relationships at Camp and at Home. <http://www.acacamps.org/campmag/0607family> (1 Novemver 2012).
- The American Heritage Dictionary. 2009. Edisi ke-4. USA: Houghton Mifflin Company

- Vallano, A.T. 2008. *Your Career in Nursing: Manage Your Future in the changing World of Healthcare*. NY: Kaplan Publishing.
- Velleman, R.B., Templeton, L.J. & Copello, A.G. 2005. The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: A comprehensive review of family interventions, with a focus on young people. *Drug and Alcohol Review*. 24:93-109.
- Velleman, R. 2010. What works when working with families?. Kertas Kerja Persidangan Adfam/KCA – Hidden Harm. Anjuran Royal College of Physicians. London, 22 Jun 2010.
- Wagner, Eric F. 2008. "Developmentally Informed Research on the Effectiveness of Clinical Trials: A Primer for Assessing How Developmental Issues May Influence Treatment Responses Among Adolescents With Alcohol Problems." *Pediatrics* 121(Supplement 4):337-47.
- Wagnild, G. 2009. A review of the Resilience Scale. *J. Nursing Measurement*, 17(2): 105-113.
- Ward, T., Gannon, T.A., & Keown, K. 2006. Beliefs, values, and action: The judgment model of cognitive distortions in sexual offenders. *Aggression and Violent Behavior*. 11(4): 323-340.
- Werner, E.E. & Smith, R.S. 1982. *Vulnerable but Invisible: A Longitudinal Study of Resilient Children and Youth*. New York: McGraw-Hill.
- Werner, E.E., & Smith, R.S. 1992. *Overcoming the Odds: High Risk Children from Birth to Adulthood*. London: Cornell University Press.
- Yahya Don & Mahmood Nazar Mohamed. 2002. Penagihan dadah & perlakuan jenayah: pengaruh faktor psikososial dan institusi. *Jurnal Psikologi Malaysia*. 16: 27-29.