



05-4506832



pustaka.upsi.edu.my



Perpustakaan Tuanku Bainun
Kampus Sultan Abdul Jalil Shah



PustakaTBainun



ptbupsi

KESAN MODUL KAUNSELING KELOMPOK TERAPI RASIONAL EMOTIF TINGKAH LAKU TERHADAP ASPEK PSIKOLOGIKAL PEROKOK REMAJA



05-4506832



pustaka.upsi.edu.my



Perpustakaan Tuanku Bainun
Kampus Sultan Abdul Jalil Shah



PustakaTBainun



ptbupsi

ASRAF JOHAR BIN SALLEH

UNIVERSITI PENDIDIKAN SULTAN IDRIS

2023



05-4506832



pustaka.upsi.edu.my



Perpustakaan Tuanku Bainun
Kampus Sultan Abdul Jalil Shah



PustakaTBainun



ptbupsi

KESAN MODUL KAUNSELING KELOMPOK
TERAPI RASIONAL EMOTIF TINGKAH LAKU
TERHADAP ASPEK PSIKOLOGIKAL
PEROKOK REMAJA

ASRAF JOHAR BIN SALLEH

TESIS DIKEMUKAKAN BAGI MEMENUHI SYARAT UNTUK
MEMPEROLEH IJAZAH DOKTOR FALSAFAH

FAKULTI PEMBANGUNAN MANUSIA
UNIVERSITI PENDIDIKAN SULTAN IDRIS

2023



Sila tanda (√)	
Kertas Projek	
Sarjana Penyelidikan	
Sarjana Penyelidikan dan Kerja Kursus	
Doktor Falsafah	(√)

INSTITUT PENGAJIAN SISWAZAH

PERAKUAN KEASLIAN PENULISAN

Perakuan ini telah dibuat pada 16 Mei 2023

i. Perakuan pelajar :

Saya, ASRAF JOHAR BIN SALLEH, dengan ini mengaku bahawa disertasi/tesis yang bertajuk KESAN MODUL KAUNSELING KELOMPOK TERAPI RASIONAL EMOTIF TINGKAH LAKU TERHADAP ASPEK PSIKOLOGIKAL PEROKOK REMAJA adalah hasil kerja saya sendiri. Saya tidak memplagiat dan apa-apa penggunaan mana-mana hasil kerja yang mengandungi hak cipta telah dilakukan secara urusan yang wajar dan bagi maksud yang dibenarkan dan apa-apa petikan, ekstrak, rujukan atau pengeluaran semula daripada atau kepada mana-mana hasil kerja yang mengandungi hak cipta telah dinyatakan dengan sejasanya dan secukupnya.

Tandatangan pelajar

ii. Perakuan Penyelia:

Saya, PROFESOR DR. AHMAD JAZIMIN BIN JUSOH dengan ini mengesahkan bahawa hasil kerja pelajar yang bertajuk: KESAN MODUL KAUNSELING KELOMPOK TERAPI RASIONAL EMOTIF TINGKAH LAKU TERHADAP ASPEK PSIKOLOGIKAL PEROKOK REMAJA dihasilkan oleh pelajar seperti nama di atas, dan telah diserahkan kepada Institut Pengajian Siswazah bagi memenuhi sebahagian/sepenuhnya syarat untuk memperoleh IJAZAH DOKTOR FALSAFAH BIMBINGAN DAN KAUNSELING.

Tarikh

Tanda tangan Penyelia


 UPSI/IPS-3/BO 31
 Pind.: 01 m/s:1/1

**INSTITUT PENGAJIAN SISWAZAH /
 INSTITUTE OF GRADUATE STUDIES**
**BORANG PENGESAHAN PENYERAHAN TESIS/DISERTASI/LAPORAN/KERTAS PROJEK
 DECLARATION OF THESIS/DISSERTATION/PROJECT PAPER FORM**

Tajuk/ Title: KESAN KAUNSELING KELOMPOK TERAPI RASIONAL
 EMOTIF TINGKAH LAKU TERHADAP ASPEK
 PSIKOLOGIKAL PEROKOK REMAJA

No. Matrik/
 Matric's No: P20191000167

Saya/ I: ASRAF JOHAR BIN SALLEH

mengaku membenarkan Tesis/Disertasi/Laporan Kertas Projek (Kedoktoran/Sarjana)* ini disimpan di Universiti Pendidikan Sultan Idris (Perpustakaan Tuanku Bainun) dengan syarat-syarat kegunaan seperti berikut:-

acknowledged that Universiti Pendidikan Sultan Idris (Tuanku Bainun Library) reserves the right as follows:-

1. Tesis/Disertasi/Laporan Kertas Projek ini adalah hak milik UPSI.
The thesis is the property of Universiti Pendidikan Sultan Idris
2. Perpustakaan Tuanku Bainun dibenarkan membuat salinan untuk tujuan rujukan dan penyelidikan.
Tuanku Bainun Library has the right to make copies for the purpose of reference and research.
3. Perpustakaan dibenarkan membuat salinan Tesis/Disertasi ini sebagai bahan pertukaran antara Institusi Pengajian Tinggi.
The Library has the right to make copies of the thesis for academic exchange.
4. Sila tandakan (✓) bagi pilihan kategori di bawah / Please tick (✓) for category below:-

☐
SULIT/CONFIDENTIAL

Kepentingan Malaysia seperti yang termaktub dalam Akta Rahsia Mengandungi maklumat yang berdarjah keselamatan atau Rasmi 1972. / Contains confidential information under the Official Secret Act 1972.

☐
TERHAD/RESTRICTED

Mengandungi maklumat terhad yang telah ditentukan oleh organisasi/badan di mana penyelidikan ini dijalankan. / Contains restricted information as specified by the organization where research was done

☒
TIDAK TERHAD / OPEN ACCESS)

(Tandatangan Pelajar/ Signature)

(Tandatangan Penyelia / Signature of Supervisor)
 & (Nama & Cop Rasmi / Name & Official Stamp)

Tarikh:

Catatan: Jika Tesis/Disertasi ini **SULIT @ TERHAD**, sila lampirkan surat daripada pihak berkuasa/organisasi berkenaan dengan menyatakan sekali sebab dan tempoh laporan ini perlu dikelaskan sebagai **SULIT** dan **TERHAD**.

Notes: If the thesis is CONFIDENTIAL or RESTRICTED, please attach with the letter from the organization with period and reasons for confidentiality or restriction

PENGHARGAAN

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Dengan nama Allah yang maha pemurah dan penyayang. Saya ingin memanjatkan segala kesyukuran ke atas rahmat dan rezeki yang diberikan. Tiada kata-kata mampu diatur selain menyatakan begitu besarnya nikmat rezeki dan ilmu yang diberikan oleh Nya. Sesungguhnya di sebalik kejayaan seseorang, Allah hadirkan insan-insan yang mungkin menjadi pendorong agar hari-hari menyiapkan tugas kajian ini berjalan lancar. Setinggi ucapan terima kasih kepada Kerajaan Malaysia melalui Jabatan Perkhidmatan Awam Malaysia kerana memberi kepercayaan kepada saya untuk program Hadiah Latihan Persekutuan bagi menyambung pengajian yang sangat bermakna ini. Ucapan terima kasih juga kepada pihak Institut Latihan Perindustrian Ipoh dan seluruh tenaga kerja kerana memberikan ruang dan peluang kepada saya untuk melakukan kajian di organisasi ini. Tanpa insan ini, saya mungkin hanyut dalam pelayaran pembelajaran yang mempunyai pancarobanya. Setinggi ucapan penghargaan dan terima kasih kepada Prof. Dr. Ahmad Jazimin bin Jusoh dan Dr. Amelia binti Mohd Nor di atas tunjuk ajar, perkongsian ilmu dan dorongan tanpa jemu sepanjang saya menyelesaikan kajian ini. Semoga Allah sentiasa merahmati dan menjadikan Dr. berdua sentiasa dalam lindungan dan rahmat dari Nya.

Saya juga ingin menyampaikan saya syukur atas bakti besar ibu saya Sariah binti Mohammad Nor. Melalui dorongan mak, saya menjadi terus kuat, kerana doa-doa emak saya menjadi tenang, kerana kasih sayang mak menjadikan saya sentiasa berfikir betapa besarnya rahmat Allah hadiahkan kepada saya. Biarpun emak bukan cendekiawan namun emaklah paling bijak di dalam dunia. Sentiasa ada, memberikan kasih sayang dan sabar tanpa jemu terhadap anak emak seorang ini. Moga Allah terus berikan rahmat dan syurga buat kita berdua. Kejayaan ini juga adalah kejayaan buat emak. Terima kasih juga kepada adik beradik yang sering mementingkan ukhuwah dalam kekeluargaan. Saling berkasih sayang dan saling memahami menjadikan kita sentiasa dalam lindungan rahmat Nya. Kita bukan keluarga yang mewah tapi kita mewah dengan kasih dan sayang. Saya juga ingin merakamkan rasa terima kasih kepada rakan-rakan yang sering menjadi penyokong kuat seperti ExUKMPuspanita, Usrahlization, PPSI Malaysia, KumpulanHLP2019, SupportGroupUPSI, GengJalan2, GroupLari2Manja dan rakan-rakan lain yang sangat baik dan sering menjadi teman yang saling memahami serta menyokong. Terima kasih juga kepada pensyarah-pensyarah yang baik hati dari UPSI, UMS, UKM, USM, UNIMAS dan USAS. Moga ilmu Prof. dan Dr. semua adalah jariah dan semoga diberikan ganjaran yang besar oleh Allah.

Akhir kata, saya dengan rendah dirinya meletakkan ilmu yang diberikan ini adalah satu tanggungjawab sosial yang amat besar maknanya. Atas ilmu yang dipinjamkan ini, InsyaAllah ia akan dimanfaatkan di masa akan datang. Kini masanya saya kembali kepada masyarakat dan menyantuni apa yang saya ada untuk kemajuan agama dan negara. Terima kasih Allah.

ABSTRAK

Kajian ini bertujuan mengkaji kesan Modul Kaunseling Kelompok Terapi Rasional Emotif Tingkah laku (MKKTRET) terhadap aspek psikologikal perokok remaja iaitu kepercayaan tidak rasional, stres, kebergantungan terhadap rokok dan kesediaan berhenti merokok. Reka bentuk kajian eksperimen kuasi praujian-pascaujian melibatkan subjek kajian Kumpulan Rawatan Kebergantungan Merokok Tinggi (KRKMT), Kumpulan Rawatan Kebergantungan Merokok Sederhana (KRKMS) dan juga Kumpulan Kawalan melalui kaedah cabutan. Kajian telah dilakukan di sebuah institusi pendidikan kemahiran di Perak yang terdiri daripada perokok remaja berumur di antara 18 hingga 25 tahun iaitu seramai 64 orang subjek kajian. Bagi menguji kesan MKKTRET terhadap pemboleh ubah-pemboleh ubah terikat, alat ujian *Smoking Rationalization Scale* (SRS), *Perceived Stress Scale* (PSS), *Glover-Nilson Smoking Behavior Questionnaire* (GN-SBQ) dan *University of Rhode Island Change Assessment Scale* (URICA) digunakan yang diuji pada praujian dan pascaujian. Data kajian dianalisis menggunakan analisis deskriptif, ANOVA, MANOVA dan MANCOVA pada aras signifikan .05 menggunakan perisian *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Dapatan kajian mendapati MKKTRET berkesan menurunkan kepercayaan tidak rasional perokok, menurunkan tahap stres, menurunkan tahap kebergantungan terhadap rokok dan meningkatkan kesediaan berhenti merokok kumpulan rawatan berbanding kumpulan kawalan. Selain itu, dapatan kajian juga menunjukkan tidak terdapatnya perbezaan yang signifikan kesan rawatan antara kumpulan KRKMT dan KRKMS bagi semua pemboleh ubah terikat kecuali pemboleh ubah kebergantungan terhadap rokok. Dapatan kajian menunjukkan tidak terdapatnya pengaruh faktor jumlah tahun merokok terhadap kesan rawatan yang dikawal oleh kumpulan KRKMT dan KRKMS. Berdasarkan dapatan kajian ini, MKKTRET dilihat berpotensi memberi sumbangan kepada institusi pendidikan menangani masalah tingkah laku merokok dalam kalangan remaja melalui perkhidmatan bimbingan dan kaunseling. Bukan itu sahaja, dapatan ini juga telah menunjukkan bahawa rawatan Terapi Rasional Emotif Tingkah laku berpotensi membantu pihak kerajaan terutamanya Kementerian Kesihatan Malaysia untuk sama-sama menangani masalah tingkah laku merokok dalam kalangan remaja.

EFFECTS OF RATIONAL EMOTIVE BEHAVIOR THERAPY GROUP COUNSELING MODULE TOWARDS PSYCHOLOGICAL ASPECTS AMONG ADOLESCENT SMOKER

ABSTRACT

The goal of this study is to determine how the Rational Emotive Behavioral Therapy Group Counseling Module (REBTGCM) affects the psychological characteristics of adolescent smokers, including irrational beliefs, stress, dependence on smoking, and willingness to quit smoking. Study participants from the High Smoking Dependence Treatment Group (HSDTG), Moderate Smoking Dependence Treatment Group (MSDTG), and Control Group were drawn in a quasi-pretest-posttest study design. A total of 64 teenage smokers between the ages of 18 and 25 were included in the study, which was done at a skills education institution in Perak. The Glover-Nilson Smoking Behavior Questionnaire (GN-SBQ), the Perceived Stress Scale (PSS), the Smoking Rationalization Scale (SRS), and the University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA) were used to examine the impact of REBTGCM on the dependent variables which underwent pre-and post-testing. Using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) software, descriptive analysis, ANOVA, MANOVA, and MANCOVA were performed on the research data with a significant level of .05. According to the study's findings, REBTGCM was effective in the treatment group compared to the control group in lowering smokers' irrational beliefs, lowering stress levels, lowering their level of smoking dependence, and increasing their willingness to stop smoking. The study's results also revealed that, other than the dependent variable of smoking dependence, there was no statistically significant difference in the treatment effects between the HSDTG and MSDTG. The findings of the study show that there is no influence of the number of years of smoking on the effect of the treatment controlled by the HSDTG and MSDTG. Based on the study's findings, REBTGCM is thought to have the ability to help educational institutions address the issue of adolescent smoking behavior, which can be done through guidance and counseling services. Additionally, this research has demonstrated that the Rational Emotive Behavioral Therapy has the ability to assist the government, particularly the Ministry of Health Malaysia, in working together to address the issue of adolescents who smokes.

KANDUNGAN

	Muka Surat
PERAKUAN KEASLIAN PENULISAN	ii
PENGESAHAN PENYERAHAN TESIS	iii
PENGHARGAAN	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
KANDUNGAN	vii
SENARAI JADUAL	xvi
SENARAI RAJAH	xx
SENARAI SINGKATAN	xxii
BAB 1 PENGENALAN	

 05-4506832	 pustaka.upsi.edu.my	 Perpustakaan Tuanku Bainun Kampus Sultan Abdul Jalil Shah	 PustakaTBainun	 ptbupsi
1.1	Pendahuluan			1
1.2	Latar Belakang Kajian			2
1.3	Pernyataan Masalah			9
1.4	Tujuan Kajian			20
1.5	Persoalan Kajian			21
1.6	Hipotesis Kajian			22
1.6.1	Hipotesis Alternatif 1			23
1.6.2	Hipotesis Alternatif 2			24

1.6.3	Hipotesis Alternatif 3	25
1.7	Kerangka Konseptual Kajian	26
1.8	Definisi Istilah Secara Konseptual dan Operasional	29
1.8.1	Modul Kaunseling Kelompok Terapi Rasional Emotif Tingkah laku	29
1.8.2	Kepercayaan Tidak Rasional	36
1.8.3	Stres	39
1.8.4	Kebergantungan Terhadap Rokok	41
1.8.5	Kesediaan Berhenti Merokok	48
1.8.6	Remaja	53
1.9	Kepentingan Kajian	59
1.10	Batasan Kajian	62
1.11	Rumusan	65

BAB 2 PENDEKATAN TEORI

2.1	Pendahuluan	66
2.2	Teoretikal Aspek Psikologikal Perokok	67
2.2.1	Teoretikal Kepercayaan Tidak Rasional Perokok	69
2.2.2	Teoretikal Stres Perokok	75

2.2.3	Teoretikal Kebergantungan Merokok	80
2.2.4	Teoretikal Kesediaan Berhenti Merokok	85
2.3	Teoretikal Rawatan	91
2.3.1	Teoretikal Kaunseling Kelompok Terapi Rasional Emotif Tingkah laku (TRET)	91
2.4	Kerangka Konseptual Teoretikal Tingkah laku Merokok dan Rawatan	102
2.5	Rumusan	108

BAB 3 KAJIAN LITERATUR

3.1	Pendahuluan	109
3.2	Latar Belakang Tingkah laku Merokok Dalam Kalangan Remaja	110
3.3	Hubungan Pemboleh Ubah Terikat Aspek Psikologikal dengan Tingkah laku Merokok	117
3.3.1	Hubungan Pemboleh Ubah Terikat Kepercayaan Tidak Rasional dengan Tingkah laku Merokok	117
3.3.2	Hubungan Pemboleh Ubah Terikat Stres dengan Tingkah laku Merokok	125
3.3.3	Hubungan Pemboleh Ubah Terikat Kebergantungan Tingkah laku Merokok	130
3.3.4	Hubungan Pemboleh Ubah Terikat Kesediaan Berhenti Merokok	135
3.4	Hubungan Pemboleh Ubah Kawalan Tahap Kebergantungan Merokok Tinggi dan Sederhana Terhadap Tingkah laku Merokok	144

3.5	Kesan Rawatan Terhadap Pemboleh Ubah Terikat	150
3.5.1	Kesan Rawatan Terhadap Pemboleh Ubah Terikat Kepercayaan Tidak Rasional	150
3.5.2	Kesan Rawatan Terhadap Pemboleh Ubah Terikat Stres	156
3.5.3	Kesan Rawatan Terhadap Pemboleh Ubah Terikat Kebergantungan Merokok dan Kesediaan Berhenti Merokok	164
3.6	Rumusan	173

BAB 4 KAJIAN LITERATUR

4.1	Pendahuluan	175
4.2	Reka Bentuk Kajian	176
4.2.1	Kajian Eksperimen Kuasi	177
4.2.2	Ancaman Terhadap Kesahan Kajian Eksperimen	180
4.3	Lokasi Kajian	191
4.4	Pemilihan Subjek Kajian	192
4.5	Alat Kajian	202
4.5.1	<i>Glover-Nilson Smoking Behavior Questionnaire (GN-SBQ)</i>	203
4.5.2	<i>Smoking Rationalization Scale (SRS)</i>	204
4.5.3	<i>Perceived Stress Scale (PSS)</i>	206

4.5.4	<i>University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA)</i>	208
4.6	Kajian Rintis Alat Kajian	209
4.7	Kesahan dan Kebolehpercayaan Alat Ujian	212
4.7.1	Proses Kesahan Alat Ujian	213
4.7.2	Proses Kebolehpercayaan Alat Ujian	218
4.7.2.1	Kebolehpercayaan <i>Glover-Nilson Smoking Behavior Questionnaire (GNSBQ)</i>	220
4.7.2.2	Kebolehpercayaan <i>Smoking Rationalization Scale (SRS)</i>	221
4.7.2.3	Kebolehpercayaan <i>Perceived Stress Scale (PSS)</i>	222
4.7.2.4	Kebolehpercayaan <i>University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA)</i>	223
4.8	Pembinaan Modul Kaunseling Kelompok Terapi Rasional Emotif Tingkah laku (MKKTRET) Untuk Perokok Remaja	224
4.8.1	Proses Penyediaan Draf Modul Kaunseling Kelompok Terapi Rasional Emotif Tingkah laku (MKKTRET)	227
4.8.2	Kajian Rintis Modul Kaunseling Kelompok Terapi Rasional Emotif Tingkah laku (MKKTRET) Untuk Perokok Remaja	239
4.8.3	Menentukan Kesahan MKKTRET	242
4.8.4	Menentukan Kebolehpercayaan MKKTRET	251



4.9	Analisis Data	256
4.9.1	Analisis Data Kajian Eksperimen Kuasi	257
4.10	Prosedur Menjalankan Kajian Eksperimen	259
4.10.1	Kebenaran Menjalankan Kajian	265
4.10.2	Kumpulan Rawatan	269
4.10.3	Kumpulan Kawalan	271
4.10.4	Langkah-langkah Mengawal Pemboleh ubah Luaran	272
4.10.5	Perjalanan Rawatan Kelompok	273
4.10.6	Aliran Rawatan Kelompok	274
4.11	Tahap Perkembangan Proses Kelompok Terapi Rasional Emotif Tingkah laku (MKKTRET)	278
4.12	Cara Pemarkahan	286
4.12.1	Inventori <i>Glover-Nilson Smoking Behavior Questionnaire</i> (GN-SBQ)	286
4.12.2	Inventori <i>Smoking Rationalization Scale</i> (SRS)	287
4.12.3	Inventori <i>Perceived Stress Scale</i> (PSS)	289
4.12.4	Inventori <i>University of Rhode Island Change Assessment Scale</i> (URICA)	290
4.13	Rumusan	291



BAB 5 DAPATAN KAJIAN

5.1	Pendahuluan	293
5.2	Analisis Data Deskriptif Subjek Kajian	294
5.2.1	Taburan Latar Belakang Subjek Kajian Mengikut Pecahan Kelompok Rawatan dan Kawalan, Jumlah Tahun Merokok, Ahli Keluarga Merokok dan Jumlah Batang Rokok Sehari	294
5.2.2	Taburan Kekerapan Tingkah laku Merokok Subjek Kajian	296
5.3	Analisis Data Praujian Eksperimen	299
5.3.1	Taburan Skor Min dan Sisihan Piawai Pemboleh ubah Utama Kajian	299
5.3.2	Pengujian Normaliti Pemboleh Utama Kajian	302
5.3.3	Perbezaan Pemboleh Ubah Utama Kajian Antara Kumpulan KRKMT, KRKMS, KKKMT dan KKKMS	304
5.4	Pengujian Hipotesis Kajian	309
5.4.1	Hipotesis Alternatif 1	309
5.4.2	Hipotesis Alternatif 2	315
5.4.1	Hipotesis Alternatif 3	321
5.5	Kesimpulan	325



BAB 6 PERBINCANGAN DAN RUMUSAN

6.1	Pendahuluan	326
6.2	Kesan Rawatan Kelompok Ke Atas Pemboleh ubah Utama Kajian	327
6.2.1	Kesan Rawatan Kelompok Ke Atas Kepercayaan Tidak Rasional	327
6.2.2	Kesan Rawatan Kelompok Ke Atas Stres	338
6.2.3	Kesan Rawatan Kelompok Ke Atas Kebergantungan Terhadap Rokok	344
6.2.4	Kesan Rawatan Kelompok Ke Atas Kediaan Berhenti Merokok	351
6.3	Kesan Rawatan Kelompok KRKMT dan KRKMS Ke Atas Pemboleh ubah Utama Kajian	358
6.3.1	Kesan Rawatan Kelompok KRKMT dan KRKMS Ke Atas Kepercayaan Tidak Rasional	359
6.3.2	Kesan Rawatan Kelompok KRKMT dan KRKMS Ke Atas Stres	360
6.3.3	Kesan Rawatan Kelompok KRKMT dan KRKMS Ke Atas Kebergantungan Terhadap Rokok	360
6.3.4	Kesan Rawatan Kelompok KRKMT dan KRKMS Ke Atas Kediaan Berhenti Merokok	363
6.4	Kesan Faktor Jumlah Tahun Merokok Ke Atas Pemboleh ubah Utama Kajian Dengan Kawalan KRKMT dan KRKMS	364



6.4.1	Kesan Faktor Jumlah Tahun Merokok Ke Atas Pemboleh ubah Kepercayaan Tidak Rasional Dengan Kawalan KRKMT dan KRKMS	365
6.4.2	Kesan Faktor Jumlah Tahun Merokok Ke Atas Pemboleh ubah Stres Dengan Kawalan KRKMT dan KRKMS	366
6.4.3	Kesan Faktor Jumlah Tahun Merokok Ke Atas Pemboleh ubah Kebergantungan Terhadap Rokok Dengan Kawalan KRKMT dan KRKMS	366
6.4.4	Kesan Faktor Jumlah Tahun Merokok Ke Atas Pemboleh ubah Kesyediaan Berhenti Merokok Dengan Kawalan KRKMT dan KRKMS	367
6.5	Implikasi Kajian	367
6.5.1	Implikasi Terhadap Bidang Pendidikan di Malaysia	368
6.5.2	Implikasi Terhadap Bidang Keilmuan Kaunseling	370
6.5.3	Implikasi Terhadap Amalan Kaunseling di Institusi Pendidikan	372
6.5.4	Implikasi Rawatan Terapi Rasional Emotif Tingkah laku Dalam Membantu Isu Tingkah laku Merokok	375
6.5.5	Implikasi Terhadap Pihak Kerajaan	379
6.6	Saranan Penyelidikan Pada Masa Akan Datang	382
6.7	Rumusan	384
	RUJUKAN	387



SENARAI JADUAL

No. Jadual		Muka Surat
1.1	Laporan <i>National Health & Morbidity Survey</i> (NHMS) 2017	11
1.2	Pengelasan kebergantungan merokok	44
1.3	Perkembangan umur remaja	57
2.1	Perkaitan Dimensi Kepercayaan Tidak Rasional Perokok dengan Kepercayaan Tidak Rasional (TRET)	72
4.1	Data pecahan status merokok dalam kalangan pelajar	197
4.2	Data pecahan sampel selepas proses saringan melalui alat ujian	199
4.3	Cabutan subjek kajian bagi menentukan kumpulan rawatan dan kawalan	201
4.4	Penilai kesahan kandungan alat ujian	215
4.5	Nilai kesahan item <i>Glover-Nilson Smoking Behavior Questionnaire</i> (GN-SBQ) berdasarkan penilaian pakar	216
4.6	Nilai kesahan item <i>Smoking Rationalization Scale</i> (SRS) berdasarkan penilaian pakar	216
4.7	Nilai kesahan item <i>Perceived Stress Scale</i> (PSS) berdasarkan penilaian pakar	217



4.8	Nilai kesahan item <i>University of Rhode Island Change Assessment Scale</i> (URICA) berdasarkan penilaian Pakar	217
4.9	Kebolehpercayaan alat ujian <i>Glover-Nilson Smoking Behavior Questionnaire</i> (GN-SBQ)	220
4.10	Kebolehpercayaan alat ujian <i>Smoking Rationalization Scale</i> (SRS)	221
4.11	Kebolehpercayaan alat ujian <i>Perceived Stress Scale</i> (PSS)	222
4.12	Kebolehpercayaan alat ujian <i>University of Rhode Island Change Assessment Scale</i> (URICA)	223
4.13	Aktiviti Modul Kaunseling Kelompok Terapi Rasional Emotif Tingkah laku (MKKTRET) untuk perokok remaja	235
4.14	Kajian rintis bagi menguji kefahaman sampel terhadap MKKTRET	241
4.15	Panel pakar kesahan MKKTRET	245
4.16	Nilai kesahan kandungan berdasarkan penilaian pakar	246
4.17	Nilai kesahan aktiviti MKKTRET berdasarkan penilaian pakar	246
4.18	Komen pakar untuk tindakan penambahbaikan MKKTRET	248
4.19	Kebolehpercayaan model selari	252
4.20	Nilai pekali kebolehpercayaan (Sumber: Valette, 1997)	253

4.21	Nilai kebolehpercayaan MKKTRET untuk perokok remaja keseluruhan	255
4.22	Nilai kebolehpercayaan MKKTRET untuk perokok remaja berdasarkan sesi	255
4.23	Bilangan sampel kelompok rawatan	270
4.24	Bilangan sampel kelompok kawalan	271
4.25	Tahap kebergantungan terhadap rokok	287
4.26	Tahap rasionalisasi merokok	288
4.27	Tahap stres	289
4.28	Sub skala instrumen URICA	290
4.29	Tahap kesediaan untuk berubah	291
5.1	Taburan subjek kajian mengikut pecahan kelompok krawatan dan kawalan, jumlah tahun merokok, ahli keluarga merokok dan jumlah batang rokok sehari	294
5.2	Taburan kekerapan tingkah laku merokok subjek kajian	297
5.3	Ringkasan analisis statistik ANOVA mengukur perbezaan skor min dan sisihan piawai pemboleh ubah utama antara kumpulan rawatan dan kumpulan kawalan berpandukan data praujian subjek keseluruhan	300
5.4	Pengujian normaliti bagi pemboleh ubah terikat berdasarkan kumpulan KRKMT, KRKMS, KKKMT dan KKKMS	302

5.5	Pengujian <i>Levene</i> pemboleh ubah terikat berdasarkan kumpulan KRKMT, KRKMS, KKKMT dan KKKMS	304
5.6	Ringkasan analisis statistik ANOVA mengukur perbezaan pemboleh ubah utama antara kumpulan KRKMT, KRKMS, KKKMT dan KKKMS	305
5.7	Ringkasan analisis statistik <i>pairwise comparison</i> mengukur perbezaan pemboleh ubah KTR, KR dan KBM di antara kumpulan KRKMT, KRKMS, KKKMT dan KKKMS	306
5.8	Ringkasan analisis deskriptif skor min praujian dan pascaujian pemboleh ubah terikat utama antara kumpulan rawatan dan kawalan	311
5.9	Ringkasan analisis MANOVA melihat kesan kumpulan terhadap min praujian dan pascaujian KTR, Stres, KR dan KBM antara kumpulan rawatan dan kumpulan kawalan	313
5.10	Ringkasan analisis <i>pairwise comparison</i> perbezaan min posujian antara kumpulan rawatan dan kumpulan kawalan dalam pemboleh ubah terikat utama	314
5.11	Ringkasan analisis deskriptif skor min praujian dan pascaujian pemboleh ubah terikat mengikut pecahan kumpulan	317
5.12	Ringkasan analisis MANOVA melihat kesan kumpulan terhadap min praujian dan pascaujian KTR, Stres, KR dan KBM antara kumpulan rawatan kebergantungan merokok tinggi (KRKMT) dan kumpulan rawatan kebergantungan merokok sederhana (KRKMS)	319
5.13	Ringkasan analisis <i>pairwise comparison</i> perbezaan min posujian antara KRKMT dan KRKMS dalam pemboleh ubah terikat utama	320
5.14	Ringkasan analisis MANCOVA melihat kesan pengaruh jumlah tahun merokok terhadap pemboleh ubah terikat KTR, Stres, KR dan KBM dengan mengawal faktor jenis kumpulan KRKMT, KRKMS, KKKMT dan KKKMS melalui praujian dan pascaujian	323

SENARAI RAJAH

No. Rajah		Muka Surat
1.1	Kerangka Konseptual Kajian	27
1.2	Model ABC (TRET)	33
2.1	Aspek Psikologikal Perokok Remaja Berdasarkan Asas Teoretikal Terapi Rasional Emotif Tingkah laku (TRET)	68
2.2	Dimensi Kepercayaan Tidak Rasional Perokok	70
2.3	<i>Multimodal-Transactional Model of Stress (MTMS)</i>	76
2.4	Perkaitan Proses TRET dengan Stres dan Tingkah laku Merokok	78
2.6	Model Biopsikosial	82
2.6	<i>The Transtheoretical Model</i>	87
2.7	Model Kaunseling Kelompok Terapi Rasional Emotif Tingkah laku (TRET)	97
2.8	Konseptual Teoretikal Tingkah laku merokok dan Rawatan Terapi Rasional Emotif Tingkah laku (TRET)	104
4.1	Reka Bentuk Kajian Eksperimen Ke Atas Subjek Kajian	178
4.2	Carta Alir Pemilihan Subjek Kajian	196

4.3	Model Pembinaan Modul Sidek	226
4.4	Carta Alir Agihan Kumpulan, Intervensi dan Pengumpulan Data	275

SENARAI SINGKATAN

A	<i>Activity Event</i>
ANOVA	<i>Analysis of Variance</i>
B	<i>Belief System</i>
BCDA	<i>Brief Clinician-Delivered Advice</i>
BPK	Bahagian Pendidikan Kesihatan
C	<i>Consequence</i>
D	<i>Dispute</i>
DSM-5	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
E	<i>New Effect</i>
F	<i>Further Action</i>
GATS	<i>Global Adult Tobacco Survey</i>
GN-SBQ	<i>Glover Nilson Smoking Behavior Questionnaire</i>
KBM	Kesediaan Berhenti Merokok
KKKMS	Kumpulan Kawalan Kebergantungan Merokok Sederhana

KKKMT	Kumpulan Kawalan Kebergantungan Merokok Tinggi
KLBM	Klinik Berhenti Merokok
KR	Kebergantungan Merokok
KRKMS	Kumpulan Rawatan Kebergantungan Merokok Sederhana
KRKMT	Kumpulan Rawatan Kebergantungan Merokok Tinggi
KTR	Kepercayaan Tidak Rasional
MANOVA	<i>Multivariate Analysis of Variance</i>
MANCOVA	<i>Multivariate Analysis of Covariance</i>
MI	<i>Motivational Interviewing</i>
MKKTRET	Modul Kaunseling Kelompok Terapi Rasional Emotif Tingkah laku
MPKM	Modul Pemulihan Ketagihan Merokok
MTMS	<i>Multimodal-Transactional Model of Stress</i>
NHMS	<i>National Health & Morbidity Survey</i>
NGO	Badan Bukan Kerajaan
PBM	Perkhidmatan Berhenti Merokok
PSS	<i>Perceived Stress Scale</i>

REBT	<i>Rational Emotive Behavior Therapy</i>
SCIDD	<i>The Smoking Cessation Intervention Delivered by Dentists</i>
SOP	<i>Standard Operating Procedure</i>
SRS	<i>Smoking Rationalization Scale</i>
TRET	Terapi Rasional Emotif Tingkah laku
URICA	<i>University of Rhode Island Change Assessment Scale</i>
USDHHS	<i>U.S. Department of Health and Human Services</i>
WKB2030	Wawasan Kemakmuran Bersama 2030
WHO	<i>World Health Organization</i>



BAB 1

PENGENALAN

1.1 Pendahuluan

Bab ini membincangkan perkara-perkara asas berkaitan dengan kajian yang meliputi latar belakang kajian, pernyataan masalah, tujuan kajian, objektif kajian, persoalan kajian, hipotesis kajian, kerangka teoretikal, kerangka konseptual, definisi operasional, batasan kajian dan kepentingan kajian. Selain itu, bab ini juga menjelaskan secara terperinci mengenai isu yang dipilih bagi meningkatkan lagi kefahaman pembaca. Bab ini juga membincangkan mengenai definisi pemboleh ubah yang digunakan dalam kajian ini.



1.2 Latar Belakang Kajian

Wawasan Kemakmuran Bersama 2030 (WKB2030) menyasarkan negara maju dan berdaya saing menjelang tahun 2030. Perdana Menteri menyatakan pembangunan anak muda adalah pemacu utama bagi menzahirkan negara berprestasi tinggi, maju dan makmur (Mohd Fadli dalam *Berita Harian Online*. 2019. 4 Oktober). Namun, isu anak muda masa kini dilihat sebagai salah satu cabaran yang amat berat dan perlu diberikan perhatian bersama. Isu berkaitan pendidikan, perkembangan dan masa depan dilihat amat relevan dijadikan perhatian dalam strategi WKB2030 ini. Bukan sekadar itu, negara juga berhadapan dengan isu anak remaja yang sering terjerumus dengan pelbagai masalah. Antaranya, vandalisme, gengsterisme, jenayah siber, kesihatan mental, dadah, buli dan merokok. Kesemua isu-isu ini mula dilakukan seawal usia yang sangat muda iaitu pada umur 12 tahun (Muhammad Apendy dalam *Berita Harian Online*. 2019. 11 November). Sehubungan dengan itu, institusi pendidikan digesa untuk melaksanakan program-program berbentuk pengetahuan dan pemulihan agar remaja tidak akan terus melakukan jenayah apabila dewasa kelak.

Masalah disiplin dalam kalangan remaja pada masa kini amatlah membimbangkan. Pengurusan disiplin di sekolah misalnya, perlu diperketat memandangkan masalah dalam kalangan pelajar boleh membawa kepada keruntuhan moral (Noradilah et al., 2019). Salah laku disiplin pelajar tidak wajar dilihat ringan memandangkan masalah disiplin yang dilakukan pada zaman persekolahan mampu mewujudkan corak perkembangan personaliti dewasa kelak (Roslan et al., 2020; Zainol, 2016). Salah satu isu masalah disiplin dalam kalangan remaja yang tidak wajar dipandang remeh ialah tingkah laku merokok. Zaleha et al. (2016) pelajar atau remaja yang terlibat dengan tingkah laku merokok berhadapan dengan dua kesalahan utama.



Kesalahan pertama adalah salah daripada segi peraturan sekolah dan kesalahan kedua adalah kesalahan terhadap kesihatan diri dan kesihatan orang lain. Kesalahan seperti ini jika tidak dibendung akan mendatangkan kesan kesihatan dan psikologi apabila dewasa kelak. Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM) (2017) dan *U.S. Department of Health and Human Services* (USDHHS) (2019) menyatakan kebimbangan tabiat merokok dalam kalangan anak muda semakin membimbangkan.

Oleh itu, kerajaan Malaysia dalam usaha mengatur *Generational End Games 2040* (GEG 2040) dilihat sebagai satu langkah proaktif memperkasakan undang-undang mengharamkan individu terutamanya remaja yang lahir pada tahun 2007 daripada membeli dan menghisap rokok (Ruwaida Md Zain dalam *Berita Harian Online*. 2022. 30 Julai). Perancangan ini dilihat relevan dalam mengekang usaha-usaha remaja terjerumus dengan kebergantungan merokok, namun menurut Pakar Perubatan Kesihatan Masyarakat Universiti Kebangsaan Malaysia menyatakan program-program intervensi dan pemulihan juga wajar diperkasakan terutamanya dalam kalangan remaja memandangkan golongan ini mudah terpengaruh dengan tingkah laku merokok (Amir Abd Hamid dalam *Metro Online*. 2022. 1 Ogos). Oleh itu, pelaksanaan program rawatan juga adalah satu medium terpenting selain penguatkuasaan undang-undang bagi mengekang masalah tingkah laku merokok dalam kalangan remaja ini.

Kebanyakan pengkaji perkembangan remaja menyatakan fasa remaja adalah fasa yang sangat unik. Menurut Erikson (1994) menjelaskan fasa perkembangan remaja adalah sangat diberikan perhatian kerana fasa ini melibatkan pelbagai perubahan diri. Perubahan ini termasuklah perubahan fisiologi, fizikal, emosi dan kognitif seseorang. Remaja berhadapan dengan identiti kedewasaan ataupun krisis sendiri. Pada fasa ini





jugalah seseorang itu ingin mencapai kematangan mental, emosi, sosial, fizikal dan pola peralihan dari zaman kanak-kanak ke alam kedewasaan sehingga mempamerkan karakter- karakter tertentu sama ada berbentuk positif atau negatif (Hurlock, 1991; Malahayati, 2010; Zola et al., 2017). Bukan itu sahaja, John (2018) menjelaskan remaja sering terdedah dengan pengaruh di persekitarannya yang akan mempengaruhi corak remaja berfikir, beremosi dan bertingkah laku. Absha Atiah dan Mohd Isa (2019), remaja yang melakukan masalah disiplin seperti vandalisme, buli dan merokok banyak dipengaruhi oleh rakan sebaya dan ahli keluarga.

Gambaran masalah remaja ini seiring dengan aspek perkembangan manusia seperti pandangan Erikson (1994), bahawa remaja terdedah dengan krisis identiti yang mana pada fasa ini remaja seakan keliru dengan perubahan fisiologi mahupun fizikal diri. Perubahan ini menjadikan transisi perubahan mempengaruhi cara seseorang remaja beremosi, berfikir dan bertindak. Seseorang remaja berkecenderungan bertindak mengikut emosi, semangat ingin tahu yang tinggi di samping berhadapan dengan pengaruh rakan sebaya yang lebih dominan berbanding pengaruh kekeluargaan. Mahathir et al. (2018) dan Mirnawati et al. (2019) mendapati pengaruh rakan sebaya adalah faktor utama kepada pengalaman awal tingkah laku merokok. Bukan itu sahaja, pengaruh rakan juga menyebabkan tingkah laku merokok sedia ada dikekalkan (Jude et al., 2018; Christopher et al., 2017; Harris & Jongserl, 2018). Bukan itu sahaja, perasaan ingin tahu yang tinggi telah mendorong kepada cubaan tingkah laku merokok sehingga membawa kepada kebergantungan dan ketagihan merokok (Santano et al., 2021; Kale et al., 2018; David et al., 2014).





Beberapa pengkaji terdahulu melaporkan wujudnya hubungan yang signifikan di antara aspek psikologikal dengan tingkah laku merokok (Askin & Bulent, 2018; Ashishkumar et al., 2021; Huseyin & Gokben, 2019; Regina et al., 2007). Pada umumnya, psikologikal dijelaskan sebagai perkaitan aspek pemikiran, emosi dan tingkah laku yang saling mempengaruhi (Ellis, 2011). Froggatt (2005) manusia berfikir, beremosi dan bertingkah laku adalah secara serentak. Oleh itu, masalah psikologikal seseorang terjadi apabila wujud salah suaian antara perkaitan pemikiran, emosi dan juga tingkah laku. Menurut Sapora Sipon (2007) jika individu mengubah cara berfikir, perasaan dan tingkah lakunya juga akan mengalami perubahan melalui modifikasi tingkah laku. Bishop (2019) pula melaporkan perokok secara umumnya dipengaruhi oleh aspek-aspek psikologikal seperti kewujudan sistem kepercayaan tidak rasional dan kesan-kesan emosi negatif.



Perkara tersebut seiring dengan pandangan Patricia et al. (2016), bahawa ciri-ciri psikologikal perokok boleh dijelaskan melalui proses kognitif berdasarkan kepercayaan merokok ialah satu keperluan harian, keinginan emosi untuk menggunakannya dan mempamerkan tindakan untuk mendapatkannya biarpun dalam keadaan yang tidak mengizinkan. Ellis (1985) seseorang yang mempamerkan perilaku maladaptif ialah disebabkan individu itu memiliki set kepercayaan tidak rasional (kognitif) dan salah suaian emosi. Ramai perokok percaya bahawa merokok adalah satu perbuatan yang baik selagi tidak mendatangkan kemudaratan kesihatan (Tara Mantler, 2013). Dalam perspektif yang berlainan, Xinyuan et al. (2019) melaporkan perokok sering merasionalkan pemikiran dengan memberikan pelbagai alasan bagi meneguhkan tingkah laku merokok. Bukan itu sahaja, pemikiran perokok juga menganggap merokok sebagai satu alternatif mekanisme bela diri (Daisy & Teo Hui San, 2016), meneguhkan





alasan tidak munasabah (Hemamalini et al., 2015) dan membentuk kepercayaan tersirat (Lei Ren et al., 2019). Bukan itu sahaja, pengkaji lepas banyak menegaskan keadaan stres seseorang mempunyai hubungan yang signifikan dengan tingkah laku merokok.

Stres dijelaskan sebagai tindak balas emosi terhadap sesuatu peristiwa yang berlaku (Ellis et al., 1997; Jiaxuan et al., 2018; Chad et al., 2019). Sesuatu peristiwa yang memberikan kesan tekanan kepada perokok menyebabkan tingkah laku merokok akan dikekalkan (Leao et al., 2017; Robert et al., 2020; Lina Elsaalem et al., 2020; Stephanie et al., 2021; Michael et al., 2015). Perokok mengandaikan perbuatan merokok dapat mengurangkan rasa stres yang dialaminya (Damee et al., 2015; Michael et al., 2018). Lebih membimbangkan, seorang perokok tegar atau kebergantungan tinggi menjadikan perbuatan merokok sebagai salah satu aktiviti yang dirasakan mampu mengurangkan tekanan ketika bekerja atau belajar (Suhanyi et al., 2020; Xinyuan et al., 2019; Febriani et al., 2019; Adam et al., 2019). Oleh itu, perokok sering menjadikan stres sebagai tingkah laku merokok dengan alasan-alasan tertentu sehingga tingkah laku merokok tidak dapat dihentikan. Kesan daripada itu mengundang kepada kebergantungan merokok yang berbahaya.

Fagerstrom (1978, 1982) menyifatkan kebergantungan terhadap rokok adalah satu bentuk kebergantungan fizikal yang dijelaskan melalui fisiologi dan tingkah laku. Perkara ini dapat dijelaskan melalui seberapa kerap tingkah laku rokok diulangi, berapa jumlah batang rokok diambil dan seserius mana tingkah laku merokok mempengaruhi kehidupan seharian. Faktor biologi seperti nikotin di dalam rokok juga merupakan salah satu agen ketagihan yang mengukuhkan lagi kebergantungan terhadap rokok (Glover et al., 2005; Fagerstrom, 1982; Norah et al., 2019; KKM, 2017; Hossain et al., 2015).





Kombinasi ini membawa kesan tingkah laku merokok seharian sama ada berlakunya pertambahan bilangan merokok dan sejauh mana tingkah laku merokok dikekalkan sehingga menyulitkan untuk berhenti.

Glover et al. (2005) menjelaskan perokok mempunyai beberapa tahap kebergantungan iaitu kebergantungan merokok rendah, sederhana, tinggi dan sangat tinggi. Tahap kebergantungan ini menggambarkan sejauh mana seseorang itu bertingkah laku mengambil rokok sehari-hari (Glover et al., 2005; Fagerstrom, 1978; Piper et al., 2008). Perokok yang mempunyai tahap kebergantungan merokok rendah dilihat lebih berpotensi menunjukkan kesediaan berhenti merokok berbanding perokok pada tahap sederhana dan tinggi (KKM, 2017; *U.S. Preventive Services Task Force*, 2015). Selain itu, perokok kebergantungan merokok sederhana dan tinggi dilihat sukar berhenti tanpa bantuan rawatan yang sewajarnya (Bettina et al., 2020; Shannon et al., 2021). Tahap kebergantungan merokok sederhana dan tinggi juga turut mempengaruhi jumlah pengambilan batang rokok seharian (Eric et al., 2008; Umesh et al., 2015; Carla et al., 2012). Bagi perokok kebergantungan merokok sederhana dan tinggi, jumlah batang rokok yang diambil dalam seharian adalah di antara 11 batang ke atas. Eva et al. (2020) menjelaskan kebergantungan seseorang terhadap rokok akan meningkatkan rasa ketagihan harian dan keinginan semakin bertambah apabila keperluan nikotin tersebut tidak dipenuhi. Sekiranya keadaan ini tidak mampu dikawal, pengaruh kebergantungan terhadap rokok akan terus meningkat dan sudah pastinya mempengaruhi kesan kesihatan seseorang.





Kebergantungan terhadap rokok juga turut mempengaruhi kesediaan berhenti merokok (Taneisha et al., 2015; Dujruddee et al., 2018). Semakin tinggi tahap kebergantungan semakin sukar seseorang itu berhenti. Menurut Mohd Haazik (2017) pengetahuan dan kesediaan berhenti merokok membolehkan seseorang perokok bersedia, mempunyai motivasi dan bersedia untuk meninggalkan tabiat merokok. Perokok yang mempunyai niat untuk berhenti mempunyai peluang yang besar untuk berhenti merokok. Kesediaan berhenti merokok sebagai salah satu proses motivasi seseorang untuk perubahan tingkah laku merokok yang dilakukan sebelum ini (Prochaska et al., 2008; DiClemente et al., 2004). Kesediaan berhenti merokok akan melalui fasa-fasa tidak berniat, berniat, tindakan dan pengekalan (Prochaska & Benowitz, 2016; DiClemente et al., 2004; Prochaska et al., 2008). Seseorang yang menunjukkan kesediaan berhenti merokok adalah pada fasa tindakan dan pengekalan. Proses kesediaan berhenti dalam fasa ini melibatkan tindakan mengurangkan jumlah batang rokok yang diambil atau membina ketetapan untuk berhenti merokok (DiClemente, 1990; DiClemente & Prochaska, 1982).

Kesediaan berhenti merokok turut dipengaruhi oleh kebergantungan dan selama mana seseorang itu telah merokok. Seseorang yang telah lama merokok seperti 10 tahun ke atas dilihat berpotensi menjadi perokok tegar dan berhadapan dengan kesediaan berhenti merokok yang rendah (Boram Kim et al., 2018; Oluwole et al., 2012; Nihaya et al., 2015; Michael et al., 2016). Hannah et al. (2017) melaporkan golongan perokok dewasa yang telah lama merokok lebih sukar untuk berhenti kerana tingkah laku merokok telah menjadi tabiat seharian dan cenderung menolak sebarang rawatan. Perokok muda pula dilihat mempunyai kesediaan berhenti merokok yang lebih tinggi ketika menuntut di institusi pendidikan memandangkan wujudnya kejeleketan





sokongan rakan sebaya yang turut sama-sama bercadang untuk berhenti (Kanwal et al., 2018). Biarpun perokok berhadapan dengan isu kebergantungan fizikal yang boleh membawa ketagihan, namun KKM (2017) menjelaskan tingkah laku merokok dapat diuruskan melalui kaedah-kaedah dalaman seperti meningkatkan motivasi diri, membentuk pemikiran rasional dan mendapatkan maklumat pengurusan berhenti merokok.

Gejala merokok sememangnya mendatangkan kesan yang sangat berbahaya kepada perokok malahan juga kepada bukan perokok. Namun, masalah ini tidak mudah selesai tanpa sebarang modifikasi yang dilakukan oleh perokok itu sendiri. Pelbagai kempen telah dijalankan sama ada daripada pihak kerajaan mahupun Badan Bukan Kerajaan (NGO) dalam memastikan statistik perokok di negara menurun. Ironinya, masalah tingkah laku merokok masih juga berleluasa dalam kalangan masyarakat kita sama ada remaja, orang dewasa mahupun wanita. Oleh yang demikian, perlunya satu kaedah rawatan yang relevan bagi menangani masalah psikologikal perokok remaja seperti kepercayaan tidak rasional, stres, kebergantungan terhadap rokok dan kesediaan berhenti merokok.

1.3 Pernyataan Masalah

Penggunaan tembakau di dalam setiap batang rokok menimbulkan ancaman besar kepada kesihatan awam di seluruh dunia, membunuh lebih daripada lapan juta orang setiap tahun (WHO, 2019). Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM) (2019) melaporkan tabiat merokok merupakan faktor terpenting kepada punca masalah penyakit organ dan barah. Antaranya kanser, penyakit kardiovaskular dan metabolik,





penyakit paru-paru, penyakit jantung koronari dan isu yang melibatkan kehamilan. Selain itu, Han et al. (2019) melaporkan perokok kebergantungan tinggi dilihat lebih berpotensi mendapat penyakit kardiovaskular yang boleh menyebabkan kematian. Hal ini terbukti apabila terdapatnya lebih 4000 jenis bahan kimia di dalam sebatang rokok dan 200 jenis daripadanya mempunyai kesan karsinogenik iaitu sejenis bahan yang berupaya mencetuskan perubahan sel biasa dan bertukar menjadi sel kanser yang merupakan punca-punca kepada kemunduran kesihatan dan penyebab kematian (USDHHS, 2019; KKM, 2015; Ifeanyi et al., 2017). Kajian lepas telah menunjukkan kebanyakan golongan perokok terlibat dengan tingkah laku merokok seawal usia 11 tahun lagi (Konstantinos et al., 2017; Jessica et al., 2021). Oleh yang demikian, sekiranya perkara ini tidak dibendung sudah pastinya ia memberikan kesan yang tidak baik kepada produktiviti kehidupan manusia terutamanya dalam kalangan perokok remaja. Johanne dan Nicholas (2016) menyarankan perlunya perhatian perkhidmatan kaunseling berhenti merokok ke dalam penilaian kesihatan remaja dan mempromosikan persekitaran bebas tembakau bermula di peringkat sekolah lagi. Kaedah ini bagi memastikan tingkah laku merokok dapat dikawal dan dipulihkan daripada peringkat awal usia lagi.

Di Malaysia, KKM (2018) menyatakan kebimbangan peratusan kadar perokok dalam kalangan perokok muda yang semakin meningkat saban tahun. KKM (2017) melalui *National Health & Morbidity Survey* (NHMS) melaporkan jumlah perokok remaja yang berumur di antara 13 hingga 18 tahun adalah seramai 342,210 orang.



Jadual 1.1

Laporan National Health & Morbidity Survey (NHMS) 2017

Umur Perokok	Populasi (Jumlah)	Peratus
15 hingga 19 tahun	323 110	12.9
20 hingga 24 tahun	726 574	28.9
25 hingga 29 tahun	737 504	29.4
30 hingga 34 tahun	718 979	28.6

Manakala, Jadual 1.1 menunjukkan laporan populasi perokok yang dikeluarkan oleh *National Health & Morbidity Survey* (NHMS) pada tahun 2017 populasi perokok antara umur 15 hingga 34 tahun. Perokok yang berumur di antara 15 hingga 19 tahun menunjukkan seramai 323 110 orang, manakala perokok yang berumur 20 hingga 24 tahun adalah seramai 726 574 orang, 25 hingga 29 tahun adalah seramai 737 504 orang dan perokok berumur 30 hingga 34 tahun adalah seramai 718 979 orang. Jika dianalisis, jumlah perokok remaja mencatatkan jumlah kedua teramai selepas golongan dewasa (25 hingga 34 tahun) iaitu seramai 1 049 684 orang bagi remaja yang berumur di antara 15 hingga 24. Oleh itu amat jelas bahawa tingkah laku dalam kalangan remaja bukanlah satu isu yang wajar dipandang ringan.

Pengkaji-pengkaji lepas melaporkan golongan remaja amat terdedah untuk mencuba merokok di awal usia lagi (Sunday et al., 2020; Raymond et al., 2019; Seo Young et al., 2020; KKM, 2017; Mahathir et al., 2018). Selain itu, bermulanya tingkah laku merokok dalam kalangan remaja dapat dikesan melalui pengaruh rakan sebaya (Mahathir et al., 2018; Jude et al., 2018; Christopher et al., 2017; Harris & Jongserl, 2018), pengaruh ahli keluarga yang merokok (Hiemstra et al., 2017; Zaborskis & Sirvyte, 2015), persekitaran institusi pendidikan yang berisiko (Kuang et al., 2017;



Konstantinos et al., 2017; Leatherdale et al., 2005) dan mudahnya produk rokok didapati di mana-mana sahaja (Patricia et al., 2017). Justeru, golongan remaja amat berisiko dengan tingkah laku merokok yang boleh membawa isu kebergantungan, ketagihan dan sukar untuk berhenti apabila dewasa kelak. Gambaran ini sesuai dengan pandangan Erikson (1994) bahawa remaja merupakan fasa yang paling mencabar memandangkan dalam konteks perkembangan manusia, remaja mudah mengeksperimenkan persekitaran dengan diri sendiri bagi mengenal pasti kesan-kesan emosi dan tingkah laku. Bukan itu sahaja, remaja amat mudah mencuba sesuatu perkara baharu sama ada melalui proses peniruan ataupun melalui proses keakuran dalam hubungan rakan sebaya dalam mencuba perilaku negatif dan melanggar hukum peraturan awam (Curtis, 2015; Jude et al., 2018; Hiemstra et al., 2017). Seiring dengan perkara tersebut, adalah amat wajar isu tingkah laku merokok diberikan rawatan seawal usia remaja. Pengkaji-pengkaji terdahulu seperti Nelly et al. (2017), Dirk et al. (2020) dan Zoe et al. (2020) bersetuju perlunya rawatan tingkah laku merokok pada peringkat awal memandangkan golongan remaja kurang mendapatkan pengetahuan bahaya merokok, teknik berhenti merokok dan rawatan-rawatan yang boleh dimanfaatkan bagi berhenti merokok.

Mohd Haazik (2017) melaporkan dalam kajiannya, terdapat kurang daripada 1% perokok mendaftar di Perkhidmatan Berhenti Merokok (PBM) di hospital setiap tahun. Biarpun laporan Bernama (2018) menyatakan terdapatnya peningkatan beberapa orang perokok ke PBM di Hospital Pulau Pinang yang berumur 35 hingga 45 tahun, namun tiada sebarang laporan menyatakan golongan remaja menyertai program ini. Ketirisan isu seperti ini dapat dijelaskan sebagai kurangnya pendedahan golongan perokok terutamanya remaja mendapatkan rawatan di fasilitet-fasilitet kesihatan yang disediakan oleh pihak kerajaan (Bernama, 2018, 12 April). Selain itu, menurut Pakar





Perubatan Keluarga dan Pengamal Perubatan Berhenti Merokok HUSM, Dr Faridah Mohd Zin, berkata hampir 90% faktor kejayaan untuk berhenti merokok adalah dipengaruhi tekad dan motivasi perokok sendiri. Bukan itu sahaja, pengetahuan dan corak pemikiran perokok antara faktor terpenting yang menyatakan kejayaan seseorang perokok untuk berubah. Menurutnya lagi, mereka yang sudah mempunyai kesedaran melalui program intervensi dan rawatan mempunyai kecenderungan tinggi untuk berhenti merokok.

Apabila menyentuh isu-isu rawatan untuk perokok, pengkaji terdahulu melaporkan terdapatnya beberapa rawatan yang signifikan membantu perokok menangani masalah kebergantungan merokok dan meningkatkan kesediaan berhenti merokok. Antaranya rawatan *Motivational Interviewing* (MI) oleh (Lindson et al., 2015), *Brief Clinician-Delivered Advice* (BCDA) oleh (*National Centre for Health Statistics*, 2018) dan *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) oleh (Jennifer et al., 2020; Bricker et al., 2017; Singh et al., 2017). Dalam konteks rawatan berteraskan kaunseling, antara rawatan yang dilihat signifikan dengan tingkah laku merokok adalah seperti Terapi Kognitif (Giur et al., 2018; Brody et al., 2017; Jennifer et al., 2020), Terapi Gestalt (Oriza Nabila, 2019) dan Terapi Eklektik (Darmawati, 2017). Dalam konteks rawatan Terapi Rasional Emotif Tingkah laku (TRET), Amrapali (2018) telah mengkaji kesan rawatan TRET individu yang menghadapi *obsessive compulsive disorder* dalam kalangan perokok belia. Hasil kajian menunjukkan rawatan TRET berkesan menurunkan tahap kebergantungan merokok dan juga menurunkan tahap *obsessive compulsive disorder* perokok. Dalam konteks yang berbeza, rawatan TRET dilaporkan berkesan ke atas isu penagihan dadah dan juga alkohol. Rawatan TRET dilihat berkesan menyingkirkan rasa kebimbangan selain berupaya menghapuskan





kepercayaan tidak rasional dalam kalangan penagih dadah (Devi Ayu & Agus Basuki, 2019), meningkatkan ketahanan diri dan mengawal daripada terjerumus kepada risiko penagihan dadah (Enrique et al., 2021; Mohammad Nasir et al., 2015). Joachim et al. (2018) pula melaporkan rawatan TRET berkesan menyingkirkan kepercayaan tidak rasional yang dianuti oleh pesakit HIV sekali gus berkesan menurunkan kebergantungan terhadap alkohol.

Berdasarkan kajian-kajian sebelum ini, terdapatnya pelbagai jenis rawatan yang dilihat signifikan dengan tingkah laku merokok. Namun, kajian yang berteraskan rawatan gaya TRET dilihat kurang diberikan perhatian terutamanya di Malaysia. Kajian-kajian tinjauan sebelum ini banyak melaporkan salah satu punca kepada kegagalan perokok berhenti merokok adalah disebabkan wujudnya aspek-aspek kepercayaan tidak rasional yang dianuti oleh perokok (Xinyuan et al., 2019; Daisy & Teo, 2016; Lei Ren et al., 2019). Oleh itu, rawatan berteraskan TRET adalah amat signifikan dengan isu-isu seperti ini. Hal ini seiring dengan pandangan Bishop (2019) bahawa individu yang berhadapan dengan isu-isu kebergantungan bahan (dadah, alkohol dan rokok) akibat daripada memiliki set kepercayaan yang dianuti seperti *demandingness, low frustration tolerance, self-downing and self-criticism* dan *awfulizing*. Selain itu, rawatan TRET ini mempunyai kekuatannya seperti aplikasi tekniknya berasaskan proses kognitif yang didorong secara kuat melalui kerjasama emosi dan berorientasikan tindakan (Ellis, 2004). Bukan itu sahaja, jika salah satu komponen diberikan rawatan sehingga sembuh, dengan sendirinya kedua-dua aspek yang lain turut menunjukkan perubahan positif. Ellis dan Dryden (2007) rawatan TRET bersifat fleksibel, berorientasikan klien, berstruktur, mendidik dan menyasarkan kepada perubahan tingkah laku positif. Selain itu, rawatan TRET juga tidak memisahkan





peristiwa lepas dan masa kini yang berkemungkinan penyebab pembentukan tingkah laku masa kini, malah konsep ini harus dirawat untuk disesuaikan dengan perancangan masa hadapan bagi membentuk sistem kesihatan psikologikal seseorang (Daniel, 2003).

Biarpun Klinik Berhenti Merokok (KLBM) komited dalam menjalankan intervensi kepada perokok, namun rawatan yang diterapkan dalam program ini adalah melalui proses bimbingan dan rawatan farmakologi. Berbeza dengan kajian yang dijalankan ini, Modul Kaunseling Kelompok Terapi Rasional Emotif Tingkah laku (MKKTRET) untuk perokok remaja adalah berkonsepkan rawatan kaunseling sepenuhnya yang boleh dilaksanakan secara meluas di institusi pendidikan. Modul berhenti merokok seperti yang dibangunkan oleh KKM (2019), KKM (2012), KKM (2009) dan KKM (2008) mengaplikasikan teknik BCDA dalam proses rawatannya.

Pelaksanaannya melibatkan teknik-teknik 5A dengan mendapatkan maklumat penggunaan rokok, memberikan maklumat bahaya merokok, menilai kesediaan berhenti merokok, menganalisis minda sihat dan perancangan kepada tindakan susulan. Berbeza dengan rawatan MKKTRET, rawatan ini menekankan 6 tahap proses perkembangan klien melalui pembinaan hubungan, mentafsir masalah (perseorangan dan situasi), menyedia klien untuk terapi, menjalankan intervensi, mengatur strategi sokongan serta penilaian dan penamatan (Froggatt, 2005). MKKTRET adalah rawatan kaunseling kelompok yang mengaplikasikan teknik-teknik TRET seperti mencabar kepercayaan tidak rasional, imaginasi diri, kerja rumah, relaksasi, terapi humor, main peranan, latihan asertif, psiko pendidikan dan lain-lain teknik mencerminkan perbezaan dengan teknik-teknik yang lain.





Konsep yang diketengahkan di dalam MKKTRET adalah sepenuhnya berteraskan proses kaunseling secara berkelompok yang memfokuskan kepada perubahan psikologikal perokok remaja. Pelaksanaan rawatan kaunseling kelompok mampu memandu ahli untuk saling berusaha mendapatkan celik akal dan berusaha menyelesaikan sesuatu masalah yang dihadapi secara bersama (Ida Hartina, 2006; Corey, 2016; Wilson, 2011). Konsep inilah membezakan kaedah rawatan KLBM dengan rawatan kaunseling di institusi pendidikan. Pertamanya MKKTRET sepenuhnya mengaplikasikan kaunseling tanpa sebarang bantuan farmakologi. Keduanya teknik yang digunakan adalah berteraskan kepada pelaksanaan kaunseling itu sendiri yang banyak memberi ruang kepada klien mengenal pasti isu psikologikal secara mendalam sehingga klien dapat menyelesaikan masalah tersebut dengan celik akal yang diperoleh. Ketiganya, konsep kaunseling kelompok itu sendiri membolehkan ahli saling berkomunikasi, menetapkan matlamat secara bersama, saling memberikan sokongan dan saling mempengaruhi untuk perubahan tingkah laku yang lebih positif. Pengkaji-pengkaji terdahulu seperti Nurul Fazzuan (2017), Mohammad Nasir et.al. (2015), Ugwoke et al. (2017) dan Joachim et al. (2018) melaporkan pelaksanaan kaunseling kelompok TRET berkesan membantu isu-isu disiplin, stres, personaliti, pencapaian akademik dan juga penyalahgunaan bahan.

Oleh yang demikian, kajian yang menggunakan reka bentuk eksperimen ini juga penting untuk menampung ruang kelemahan yang wujud dalam program atau sebarang pendekatan yang dilakukan oleh pihak institusi sebelum ini. Kajian yang berteraskan reka bentuk eksperimen ini amat penting kerana ia mampu memberi lebih maklumat berkaitan sesuatu fenomena yang melibatkan sekumpulan sampel yang dikaji (Charles, 2019). Pengujian kesan MKKTRET adalah bertujuan melihat kesannya terhadap aspek



psikologikal perokok remaja iaitu kepercayaan tidak rasional perokok, stres, kebergantungan terhadap rokok dan kesediaan berhenti merokok dalam kalangan perokok remaja. Ukuran aspek psikologikal ini adalah mencakupi peranan-peranan kognitif, emosi dan tingkah laku yang dilihat berhubung secara signifikan dengan tingkah laku merokok. Hal ini seiring dengan pelaksanaan rawatan TRET itu sendiri yang berasaskan kerjasama proses kognitif, emosi dan tingkah laku tanpa memisahkannya antara satu sama lain (Ellis, 2004).

Berdasarkan kajian tinjauan yang dilakukan oleh pengkaji sebelum ini, terdapatnya hubungan yang signifikan tingkah laku merokok dengan kepercayaan tidak rasional. Pengkaji seperti Xinyuan et al. (2019) mendapati kegagalan utama perokok lelaki di China berhenti merokok adalah disebabkan wujudnya kepercayaan tidak rasional. Perokok sering memberikan alasan tidak realistik bagi mengukuhkan tingkah laku merokok tersebut. Selain itu, pengkaji terdahulu juga mendapati perokok sering membentuk disonansi kognitif (Daisy & Teo, 2016; Pericas, 2009), generalisasikan kepercayaan bagi mengekalkan tingkah laku merokok (Tara, 2013) dan membentuk kepercayaan tersirat (Lei Ren et al., 2019) semata-mata untuk meneguhkan tingkah laku merokok. Selain itu, pengkaji terdahulu juga mendapati stres berhubung secara signifikan dengan tingkah laku merokok apabila stres dilihat meningkatkan jumlah batang rokok (Febriani et al., 2019), stres meningkatkan perilaku mengambil rokok secara tidak terkawal (Adam et al., 2019) dan berpotensi ke arah penyalahgunaan bahan lain seperti dadah dan alkohol (Stephanie et al., 2021). Xinyuan et al. (2019) mendapati perokok sering menggunakan alasan merokok untuk mengurangkan stres yang dihadapi. Kesan daripada itu, berlakunya peningkatan kepada kebergantungan terhadap rokok dan menyebabkan tingkah laku merokok sukar dihentikan.



Kebergantungan terhadap rokok adalah dicirikan sebagai kebergantungan secara fizikal yang mempengaruhi tingkah laku-tingkah laku seperti pengulangan, masa atau waktu pengambilan, kesan persekitaran dan sebarang tingkah laku yang memungkinkan usaha ke arah pengambilan walau terpaksa berhadapan dengan keadaan tertentu (Glover et al., 2005; Fagerstrom, 2012). Kebergantungan merokok juga dapat mencerminkan sebanyak mana jumlah batang rokok yang diambil oleh seseorang. Pengkaji terdahulu mencirikan perokok kebergantungan merokok rendah mengambil sejumlah dua hingga sepuluh batang sehari, sebelas ke dua puluh batang sehari bagi kebergantungan merokok sederhana dan kebergantungan merokok tinggi adalah dua puluh batang ke atas (Glover et al., 2005; Huijing et al., 2020; Jones et al., 2011).

Bukan itu sahaja, perbezaan tahap kebergantungan ini turut menggambarkan sebanyak mana jumlah nikotin yang diambil oleh seseorang perokok. Menurut laporan USDHHS (2012) perokok kebergantungan merokok sederhana akan mengambil sejumlah 9 hingga 15 miligram nikotin dan 16.5 hingga 22.5 miligram nikotin bagi perokok kebergantungan merokok tinggi. Keadaan ini sedikit sebanyak mempengaruhi pengekalan kepada tingkah laku merokok sehingga menyukarkan untuk berhenti merokok. Tambahan pula, Ling et al. (2021) melaporkan perokok yang mempunyai kebergantungan merokok rendah berpotensi untuk berhenti merokok pada kadar 4.62 kali ganda berbanding 2.56 kali ganda bagi perokok kebergantungan merokok sederhana dan 0.19 kali ganda bagi perokok kebergantungan merokok tinggi. Hal ini menggambarkan semakin tinggi tahap kebergantungan merokok semakin sukar untuk berhenti.





Perokok yang menunjukkan tahap kebergantungan merokok tinggi dan sederhana dilihat berpotensi memiliki motivasi kesediaan berhenti merokok yang rendah berbanding perokok kebergantungan ringan (Anne et al., 2015; Bettina et al., 2020; Shannon et al., 2021). Motivasi kesediaan berhenti merokok yang rendah juga boleh disebabkan perokok tidak terdedah kepada rawatan dan pengetahuan berhenti merokok (Zeo et al., 2020; Ira Sharma & Sanjeeta, 2018; Saeed et al., 2020) dan memiliki kepercayaan tidak rasional yang menafikan realiti bahaya merokok (Xinyuan et al., 2019; Bishop, 2019). Oleh yang demikian, pelaksanaan rawatan perlu diberikan perhatian yang lebih serius bagi memastikan perokok mendapat celik akal sekali gus dapat menyingkir kepercayaan tidak rasional, mengurus stres, mengurangkan tahap kebergantungan merokok dan meningkatkan kesediaan berhenti merokok.



MKKTRET adalah satu kaedah rawatan yang berteraskan kepada rawatan kaunseling kelompok secara keseluruhannya yang berorientasikan klien, membantu klien mengenal pasti masalah diri, membentuk potensi, mendapatkan celik akal dan memandu klien menyusun pelan tindakan bagi membentuk psikologikal yang lebih sejahtera. Melalui bantuan profesional secara rawatan kaunseling ini sudah pastinya proses menyalurkan maklumat dan rawatan berkesan meningkatkan kesediaan berhenti merokok (Burcu et al., 2021; Yusra et al., 2019; Amrapali et al., 2018; Holla et al., 2018). Bukan itu sahaja, melalui pelaksanaan MKKTRET ini berpotensi memberikan implikasi kepada perkhidmatan kaunseling di institusi pendidikan melalui model terapi yang berteraskan Terapi Rasional Emotif Tingkah laku (TRET) dalam membantu masalah tingkah laku merokok remaja.



1.4 Tujuan Kajian

Tujuan utama kajian eksperimen ini adalah untuk menguji kesan Modul Kaunseling Kelompok Terapi Rasional Emotif Tingkah laku (MKKTRET) terhadap pemboleh ubah terikat kepercayaan tidak rasional (KTR), stres, kebergantungan terhadap rokok (KR) dan kesediaan berhenti merokok (KBM) dalam kalangan perokok remaja. Justeru, tujuan khusus kajian adalah seperti berikut:

- (i) Mengkaji sama ada terdapatnya perbezaan yang signifikan dalam ukuran min praujian dan pascaujian pemboleh ubah terikat kepercayaan tidak rasional (KTR), stres, kebergantungan terhadap rokok (KR) dan kesediaan berhenti merokok (KBM) antara kumpulan rawatan dan kumpulan kawalan dalam kalangan perokok remaja.
- (ii) Mengkaji sama ada terdapatnya perbezaan yang signifikan dalam ukuran min praujian dan pascaujian pemboleh ubah terikat kepercayaan tidak rasional (KTR), stres, kebergantungan terhadap rokok (KR) dan kesediaan berhenti merokok (KBM) antara kumpulan rawatan kebergantungan merokok tinggi (KRKMT) dan kumpulan rawatan kebergantungan merokok sederhana (KRKMS) dalam kalangan perokok remaja.
- (iii) Mengkaji sama ada wujud kesan faktor jumlah tahun merokok dalam ukuran min pascaujian pemboleh ubah terikat kepercayaan tidak rasional (KTR), stres, kebergantungan merokok (KR) dan kesediaan berhenti merokok (KBM) dengan mengawal faktor kumpulan rawatan kebergantungan merokok tinggi (KRKMT) dan kumpulan rawatan kebergantungan merokok sederhana (KRKMS) dalam kalangan perokok remaja.

Berdasarkan tujuan kajian yang dinyatakan, maka dapat dirumuskan bahawa kajian berbentuk eksperimen ini adalah untuk menguji kesan MKKTRET terhadap aspek psikologikal seperti kepercayaan tidak rasional (KTR), stres, kebergantungan merokok (KR) dan kesediaan berhenti merokok (KBM) dalam kalangan perokok remaja. Perbandingan kesan pemboleh ubah terikat juga diuji melalui jenis kumpulan rawatan kebergantungan (KRKMS) merokok sederhana dan kumpulan rawatan kebergantungan merokok tinggi (KRKMT). Selain itu, kesan faktor jumlah tahun merokok juga diuji untuk mengesahkan bahawa peningkatan pemboleh ubah terikat yang dikaji adalah disebabkan oleh rawatan dan bukan disebabkan faktor jumlah tahun merokok.

1.5 Persoalan Kajian

Berdasarkan tujuan kajian yang telah dinyatakan, maka terdapat tiga persoalan kajian untuk dijawab iaitu:

- (i) Apakah strategi rawatan MKKTRET dapat mempengaruhi pemboleh ubah terikat dengan menurunkan kepercayaan tidak rasional (KTR), mengurangkan tahap stres, mengurangkan tahap kebergantungan merokok (KR) dan meningkatkan kesediaan berhenti (KBM) merokok dalam kalangan perokok remaja.
- (ii) Apakah terdapat perbezaan kesan rawatan dalam kumpulan kebergantungan merokok sederhana (KRKMS) berbanding kumpulan kebergantungan merokok tinggi (KRKMT) terhadap pemboleh ubah terikat kepercayaan tidak rasional

(KRT), stres, kebergantungan terhadap rokok (KR) dan kesediaan berhenti merokok (KBM) dalam kalangan perokok remaja.

- (iii) Apakah kesan faktor jumlah tahun merokok dapat mempengaruhi kesan rawatan terhadap pemboleh ubah terikat kepercayaan tidak rasional (KTR), stres, kebergantungan terhadap rokok (KR) dan kesediaan berhenti merokok (KBM) dengan mengawal faktor kumpulan rawatan kebergantungan merokok tinggi (KRKMT) dan kumpulan rawatan kebergantungan merokok sederhana (KRKMS) dalam kalangan perokok remaja.

1.6 Hipotesis Kajian

Tuckmen dan Harper (2012) menyatakan hipotesis adalah kemungkinan jawapan kepada sesuatu masalah kajian. Hipotesis merupakan jawapan teori sebelum didasarkan melalui fakta-fakta kukuh yang diperoleh melalui pengumpulan data. Kerlinger (2009) berpendapat bahawa hipotesis dapat diajukan apabila pengkaji akan menghubungkan atau membandingkan beberapa pemboleh ubah yang dikaji. Dalam kajian ini, MKKTRET adalah sebagai rawatan yang diuji bagi melihat kesan perubahan aspek psikologikal iaitu kepercayaan tidak rasional (KTR), stres, kebergantungan merokok (KR) dan kesediaan berhenti merokok (KBM) dalam kalangan perokok remaja. Kajian-kajian lepas menunjukkan pelbagai jenis rawatan dilihat signifikan dalam membantu isu tingkah laku merokok. Oleh yang demikian, kajian ini mengandaikan MKKTRET berpotensi memberikan kesan terhadap merasionalkan kepercayaan tidak rasional, mengurangkan tahap stres, mengurangkan kebergantungan merokok dan meningkatkan kesediaan berhenti dalam kalangan perokok remaja.

1.6.1 Hipotesis Alternatif 1

Terdapat perbezaan yang signifikan dalam ukuran min praujian-pascaujian pemboleh ubah terikat kepercayaan tidak rasional (KTR), stres, kebergantungan merokok (KR) serta kesediaan berhenti merokok (KBM) di antara kumpulan rawatan dan kumpulan kawalan dalam kalangan perokok remaja.

- 1.1 Terdapatnya perbezaan yang signifikan ukuran min praujian- pascaujian pemboleh ubah terikat kepercayaan tidak rasional kumpulan rawatan berbanding kumpulan kawalan dalam kalangan perokok remaja.
- 1.2 Terdapatnya perbezaan yang signifikan ukuran min praujian- pascaujian pemboleh ubah terikat stres kumpulan rawatan berbanding kumpulan kawalan dalam kalangan perokok remaja.
- 1.3 Terdapatnya perbezaan yang signifikan ukuran min praujian- pascaujian pemboleh ubah terikat kebergantungan terhadap rokok kumpulan rawatan berbanding kumpulan kawalan dalam kalangan perokok remaja.
- 1.4 Terdapatnya perbezaan yang signifikan ukuran min praujian- pascaujian pemboleh ubah terikat kesediaan berhenti merokok kumpulan rawatan berbanding kumpulan kawalan dalam kalangan perokok remaja.

1.6.2 Hipotesis Alternatif 2

Terdapat perbezaan yang signifikan dalam ukuran min praujian-pascaujian pemboleh ubah terikat kepercayaan tidak rasional (KTR), stres, kebergantungan merokok (KR) dan kesediaan berhenti merokok (KBM) di antara kumpulan rawatan kebergantungan merokok tinggi (KRKMT) dan kumpulan rawatan kebergantungan merokok sederhana (KRKMS) dalam kalangan perokok remaja.

2.1 Terdapatnya perbezaan yang signifikan ukuran min praujian- pascaujian pemboleh ubah terikat kepercayaan tidak rasional antara kumpulan rawatan kebergantungan merokok tinggi (KRKMT) dan kumpulan rawatan kebergantungan merokok sederhana (KRKMS) dalam kalangan perokok remaja.

2.2 Terdapatnya perbezaan yang signifikan ukuran min praujian- pascaujian pemboleh ubah terikat stres antara kumpulan rawatan kebergantungan merokok tinggi (KRKMT) dan kumpulan rawatan kebergantungan merokok sederhana (KRKMS) dalam kalangan perokok remaja.

2.3 Terdapatnya perbezaan yang signifikan ukuran min praujian- pascaujian pemboleh ubah terikat kebergantungan merokok antara kumpulan rawatan kebergantungan merokok tinggi (KRKMT) dan kumpulan rawatan kebergantungan merokok sederhana (KRKMS) dalam kalangan perokok remaja.

2.4 Terdapatnya perbezaan yang signifikan ukuran min praujian- pascaujian pemboleh ubah terikat kesediaan berhenti merokok antara kumpulan rawatan kebergantungan merokok tinggi (KRKMT) dan kumpulan

rawatan kebergantungan merokok sederhana (KRKMS) dalam kalangan perokok remaja.

1.6.3 Hipotesis Alternatif 3

Terdapat kesan faktor jumlah tahun merokok dalam ukuran min pascaujian pemboleh ubah terikat kepercayaan tidak rasional (KTR), stres, kebergantungan merokok (KR) dan kesediaan berhenti merokok (KBM) dengan mengawal faktor kumpulan kebergantungan merokok tinggi (KRKMT) dan kumpulan rawatan kebergantungan merokok sederhana (KRKMS) dalam kalangan perokok remaja.

3.1 Terdapat kesan faktor jumlah tahun merokok dalam ukuran min praujian- pascaujian pemboleh ubah terikat kepercayaan tidak rasional dengan mengawal faktor kumpulan kebergantungan merokok tinggi (KRKMT), dan kumpulan rawatan kebergantungan merokok sederhana (KRKMS) dalam kalangan perokok remaja.

3.2 Terdapat kesan faktor jumlah tahun merokok dalam ukuran min praujian- pascaujian pemboleh ubah terikat stres dengan mengawal faktor kumpulan rawatan kebergantungan merokok tinggi (KRKMT) dan kumpulan rawatan kebergantungan merokok sederhana (KRKMS) dalam kalangan perokok remaja.

3.3 Terdapat kesan faktor jumlah tahun merokok dalam ukuran min praujian- pascaujian pemboleh ubah terikat kebergantungan merokok dengan mengawal faktor kumpulan rawatan kebergantungan merokok

tinggi (KRKMT) dan kumpulan rawatan kebergantungan merokok sederhana (KRKMS) dalam kalangan perokok remaja.

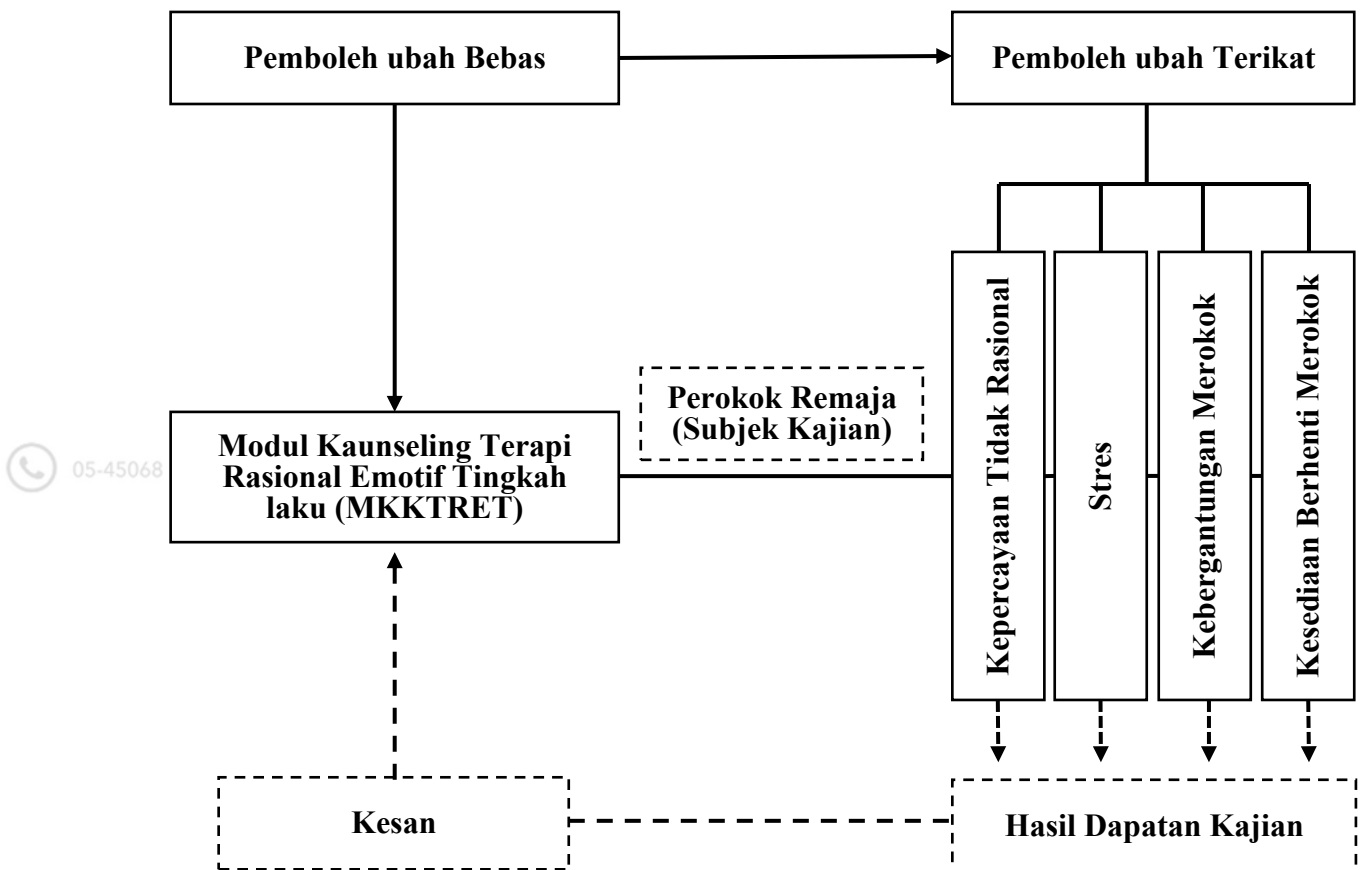
- 3.4 Terdapat kesan faktor jumlah tahun merokok dalam ukuran min praujian- pascaujian pemboleh ubah terikat kesediaan berhenti dengan mengawal faktor kumpulan rawatan kebergantungan merokok tinggi (KRKMT) dan kumpulan rawatan kebergantungan merokok sederhana (KRKMS) dalam kalangan perokok remaja.

1.7 Kerangka Konseptual Kajian

Bahagian ini menjelaskan kerangka konseptual kajian yang digambarkan melalui model serta perkaitan antara pemboleh ubah terikat yang terlibat. Menurut Shahabudin et al. (2007) kerangka konseptual mengandungi idea asas ‘apa’ yang ingin dikaji oleh pengkaji dan kepada ‘siapa’ kajian ini akan dilaksanakan. Selain itu, kerangka konseptual dijelaskan sebagai satu bentuk kerangka konsep yang menerangkan secara ringkas bentuk kajian, hala tuju kajian, format kajian dan peringkat-peringkat atau fasa-fasa dalam kajian. Ia juga boleh diasaskan di atas mana-mana teori yang ada atau dibentuk sendiri berasaskan kajian-kajian terdahulu. Kerangka konsep lebih bersifat tentatif dan belum dibangunkan secara sepenuhnya berbanding kerangka teori (Norwood, 2000).

Selain itu, kerangka konseptual bertujuan untuk membantu pemahaman dan penghuraian konsep-konsep penting (Garrison, 2011; Tuckman & Harper, 2012). Misalnya, kerangka konsep menyatakan idea-idea yang berkait dengan konsep utama dan memerihalkan pendekatan yang sistematik untuk menggambarkan ciri-ciri penting

bagi konsep tersebut. Kerangka konsep membekalkan konteks yang khusus dan batasan bagi menjalankan kajian. Akhir sekali, kerangka konsep mengimplikasikan struktur yang dinamik yang mana idea-idea yang tersusun yang terkandung dalam kerangka konsep membekalkan struktur kepada kajian yang hendak dijalankan. Kerangka konseptual kajian ini ditunjukkan pada Rajah 1.1.



Rajah 1.1. Kerangka Konseptual Kajian



Berdasarkan kerangka konseptual Rajah 1.1, terdapatnya dua jenis pemboleh ubah yang terlibat iaitu pemboleh ubah bebas dan pemboleh ubah terikat. Pemboleh ubah bebas dalam kajian ini adalah Modul Kaunseling Terapi Rasional Emotif Tingkah laku (MKKTRET) yang digunakan sebagai rawatan bagi membantu perokok dalam kalangan remaja. MKKTRET adalah sepenuhnya mengaplikasikan rawatan kaunseling kelompok dan mengaplikasikan teknik Terapi Rasional Emotif Tingkah laku (TRET) dengan enam tahap utama iaitu; (i) membina hubungan, (ii) mentafsir masalah, (iii) penyediaan proses terapi, (iv) pelaksanaan rawatan, (v) strategi sokongan dan (vi) rumusan dan penamatan.

Selain itu, pemboleh ubah terikat yang diukur dalam kajian ini pula adalah kepercayaan tidak rasional (KTR), stres, kebergantungan merokok (KR) dan kesediaan berhenti merokok (KBM). Pemilihan pemboleh ubah terikat ini berdasarkan trend-trend kajian lepas menunjukkan terdapatnya hubungan yang signifikan antara pemboleh ubah terikat tersebut dengan tingkah laku merokok. Pemilihan subjek kajian dipilih berdasarkan tahap kebergantungan merokok tinggi dan sederhana dengan memiliki tahap kepercayaan tidak rasional tinggi, mempunyai tahap stres yang tinggi serta tahap kesediaan berhenti merokok yang rendah. Kesemua pemboleh ubah terikat ini diukur menggunakan alat ujian (instrumen) dan proses penentuan kesan MKKTRET terhadap pemboleh ubah terikat ini dilakukan melalui perbandingan sebelum dan selepas perokok menyertai rawatan ini.

1.8 Definisi Istilah Secara Konseptual dan Operasional

Beberapa istilah yang digunakan dalam penulisan ini memerlukan definisi yang terperinci. Perkara ini bagi menerangkan secara umum dan secara mendalam sesuatu istilah yang digunakan. Istilah di dalam kajian akan didefinisikan secara konseptual dan operasional bersesuaian dengan konteks kajian ini sahaja.

1.8.1 Modul Kaunseling Kelompok Terapi Rasional Emotif Tingkah laku

Rawatan dalam kaunseling merujuk kepada satu proses perhubungan menolong secara bersemuka antara kaunselor dengan klien. Sesuatu proses rawatan itu mampu dilaksanakan dengan baik melalui kaedah yang tersusun (Mastura Mahfar, 2011; Mastura Mahfar & Aslan Amat, 2015). Kaunselor boleh merangka sesuatu kaedah rawatan melalui modul yang berkaitan. Sesuatu modul mempunyai aktiviti-aktiviti tertentu dengan matlamat membantu klien mendapatkan celik akal (Jamaludin, 2008). Dalam kajian ini, rawatan kaunseling yang digunakan adalah berasaskan teori Terapi Rasional Emotif Tingkah laku (TRET). Pendekatan rawatan kaunseling kelompok berteraskan TRET adalah satu proses perhubungan antara individu yang saling menyokong, saling membantu dan dinamik dalam menjayakan perubahan positif, percaya mempercayai, penerimaan tanpa syarat antara ahli dan saling memahami antara satu sama lain (Corey, 2016).

Menurut Mohammad Nasir et al. (2015) kaunseling kelompok boleh bertindak sebagai sesi kelompok perkembangan, kelompok pencegahan dan juga kelompok pemulihan yang mana dapat membantu pelbagai isu yang dialami oleh klien. Selain itu,



kaunseling kelompok yang biasanya berorientasikan kepada masalah, kandungan dan matlamatnya ditentukan oleh ahli kelompok itu sendiri. Pada dasarnya kelompok terdiri daripada individu yang berfungsi dengan baik, tetapi menghadapi masalah perkembangan personaliti, pemikiran, emosi dan kesan tertentu daripada interaksi persekitaran sehingga menjejaskan perkembangan diri (Corey, 2016). Selain itu, Manchelah (2017) menyatakan kaunseling kelompok merupakan salah satu perkhidmatan profesional bagi melatih seseorang untuk berdisiplin, menghormati, bertanggungjawab, bercita-cita dan mempunyai personaliti yang sihat. Foo (2017) kaunseling kelompok bertujuan mencegah serta membantu ahli menjalankan pemulihan diri.

Dalam pendekatan kaunseling TRET, Corey (2016) menyatakan pendekatan



TRET antara pendekatan terbaik yang boleh diaplikasikan dalam kaunseling kelompok.

Hal ini kerana tujuan utama TRET adalah untuk memulihkan kembali falsafah hidup serta pemikiran individu yang terlibat agar lebih rasional dan menghindarkan set kepercayaan tidak rasional. Asmah Ismail (2017), matlamat utama kaunseling kelompok TRET adalah untuk mengajar klien mengubah ketidakfungsian emosi dan tingkah laku kepada situasi yang lebih positif serta mampu menghadapi sebarang peristiwa tidak dijangka dalam hidup. Pada dasarnya, TRET memfokuskan kepada pembentukan karakter mental dan emosi yang sihat seperti minat sendiri, minat sosial, arah sendiri, konsep sendiri, toleransi, penerimaan terhadap perkara yang tidak dijangka, kesediaan untuk berubah dan bertanggungjawab atas gangguan emosi yang berlaku. Kajian lepas telah menunjukkan kaunseling kelompok TRET boleh diaplikasikan kepada pelbagai isu-isu seperti personaliti (Asma Mat & Wan Marzuki, 2022; Nurul Fazzuan, 2017; Dede Misybah, 2016), kesejahteraan mental (Lixin Xu &



Hansheng, 2017; Theresa et al., 2018; Ugwoke et al., 2021; Ifeyinwa et al., 2019), penyalahgunaan bahan (Joachim et al., 2018; Devi Ayu & Agus Basuki, 2019; Amrapali, 2018) dan banyak lagi.

Secara umumnya, kaunseling berteraskan teknik TRET melihat manusia dengan kemampuan psikologikal yang menyentuh aspek kognitif, emosi dan tingkah laku serta ianya saling berkaitan antara satu sama lain (Corey, 2016; Froggatt, 2005). Hal ini seiring dengan pandangan Ellis (2011) bahawa manusia berupaya untuk menjaga dirinya, berfikir, bergembira, sayang menyayangi, berkomunikasi dengan orang lain, berkembang dan mengiktiraf diri sendiri. Manusia terdedah kepada gangguan emosi serta tingkah laku apabila mempunyai tanggapan tidak rasional tentang peristiwa yang berlaku dalam kehidupannya atau kepercayaan pemikirannya tentang beberapa keutamaan seperti keinginan untuk disayangi, diiktiraf sebagai berjaya dan menganggap keutamaan tersebut sebagai keperluan yang utama yang wajib dipenuhi dalam hidup. Dalam teori TRET, klien digalakkan menerima kekurangan diri seadanya dan menerima secara positif kekurangan tersebut dengan menukar cara berfikir. Rasional TRET diaplikasikan dalam kajian ini kerana menurut Ellis (2011) teori ini amat sesuai digunakan dalam bidang psiko pendidikan bagi mengurangkan tekanan emosi dan tingkah laku negatif dengan mencabar kepercayaan tidak rasional klien. Dryden dan Neenan (2011) dan Ellis (2011) melihat kejayaan kaunseling menggunakan pendekatan teori ini mengubah pemikiran kognitif dalam masa yang singkat.

Menurut Corey (2016) TRET melihat kepada interaksi secara signifikan antara kognitif, emosi dan tingkah laku. Ketiga-tiganya mempunyai hubungan sebab dan akibat (*cause and effect relationship*). Walaupun ketiga-tiganya saling mempengaruhi

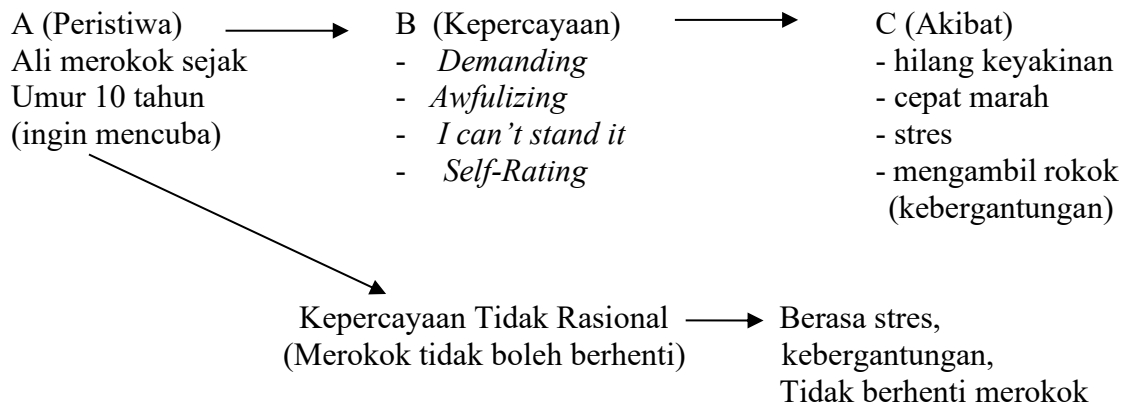


namun aspek kognitif adalah paling mempengaruhi dan penentu utama kepada gangguan emosi dan kegembiraan klien (Ellis & Dryden, 2007; Digiuseppe et al., 2014). Dryden (2019) teori TRET berkembang melalui pelbagai pendekatan terapi kognitif perlakuan. Sehingga hari ini, TRET menjadi salah satu pendekatan terapi yang sangat popular kerana ternyata memberi kesan positif terhadap klien serta menjimatkan kos dan masa. Terapi tingkah laku kognitif berasal daripada teori pembelajaran berdasarkan pendekatan teknik dan prosedur yang digunakan. Teori TRET berlandaskan kepada andaian manusia dilahirkan dengan keupayaan untuk berfikir secara rasional dan tidak rasional (Amin Al Haadi & Mizan Adiliah, 2017; Ellis, 2011; Froggatt & Palmer, 2008). Kepercayaan tidak rasional akan menyebabkan timbul masalah emosi yang mempengaruhi cara mereka berfikir dan pada seterusnya terzahir kepada perbuatan.



Bagi mengatasi masalah emosi dan tingkah laku maladaptif, seseorang individu perlu berhenti menyalahkan diri, menghukum, mendesak dan membesar-besarkan keadaan. Terapi TRET mencabar kepercayaan tidak rasional yang dianuti oleh klien dan mengajar klien membentuk emosi dan tingkah laku yang baik (Ellis, 2011; Froggatt, 2005; David et al., 2010; Amin Al Haadi & Mizan Adiliah, 2017). Apabila klien berada dalam gangguan emosi, kaunselor TRET berperanan mengenal pasti kepercayaan tidak rasional dalam diri klien dengan memerhati pernyataan “mesti” (*dogmatic must*) dan “sepatutnya” (*absolute should*) yang diucapkan klien semasa sesi berlangsung. Kenyataan ini akan membentuk perasaan yang merosakkan emosi dan menyebabkan gangguan tingkah laku pada klien.





Rajah 1.2. Model ABC (Sumber: Gladding, 2017)

Model ABC yang menjelaskan bagaimana komponen ABC saling berkaitan dalam isu tingkah laku merokok. Bishop (2019) tingkah laku kebergantungan bahan (dadah, alkohol dan rokok) dapat dijelaskan melalui rantaian perkaitan ABC yang dijelaskan dalam rawatan TRET. Menurut Gladding (2017) menyatakan fasa **A** atau (*activity event*) menyatakan tentang peristiwa yang memberi kesan kepada seseorang. Sebagai contoh perokok mula terjebak dengan tingkah laku merokok mungkin disebabkan faktor ajakan rakan, melihat orang lain merokok serta dorongan perasaan ingin tahu yang tinggi. Peristiwa yang dialami atau dilihat seterusnya mempengaruhi cara bagaimana ia berfikir. Pada fasa **B** atau (*belief system*) menyatakan tentang kepercayaan yang dianuti oleh seseorang. Ellis dan Bernard (1985) menyebut kepercayaan boleh berlaku dalam bentuk rasional atau tidak rasional. Sekiranya wujud unsur tidak rasional dalam pemikiran seperti *demanding*, *awfulizing*, *I can't stand it* dan *self-rating*, maka ianya akan membawa kepada proses pembentukan emosi dan tingkah laku yang negatif.



Perokok mungkin akan menunjukkan kepercayaan tidak rasional seperti “merokok adalah cara terbaik mengisi masa lapang”, “ramai orang merokok, maka perbuatan itu adalah normal”, “merokok tidak semestinya berbahaya kerana ramai perokok hidup lebih lama” dan “ saya mungkin akan berhenti merokok jika kerajaan menutup kilang rokok” antara kepercayaan tidak rasional yang dianuti oleh perokok (Xinyuan et al., 2017). Kepercayaan tidak rasional ini akhirnya akan meninggalkan kesan **C** (*consequence*) yang tidak baik kepada perokok. Kesan akibat daripada kepercayaan tidak rasional ini akan menghasilkan emosi dan tingkah laku negatif seperti stres, cepat marah, kurang keyakinan diri, bergantung kepada tingkah laku merokok dan akhirnya sukar berhenti merokok.

Nurul Iman (2017) dalam membangunkan modul gaya TRET, modul tersebut haruslah menepati teori yang digariskan di dalam TRET. Sidek dan Jamaludin (2005) juga menegaskan sesuatu modul yang berkualiti adalah berpegang kepada sesuatu teori yang akan digunakan dalam rawatan. Oleh itu, pembangunan modul gaya TRET juga haruslah menepati fasa dalam sesi kaunseling yang dinyatakan dengan memuat masuk aktiviti-aktiviti mengikut fasa **A** (*activity event*), **B** (*belief system*), **C** (*consequence*), **D** (*dispute*), **E** (*new Effect*) dan **F** (*Further action*) seperti yang disarankan oleh Ellis (1958, 1985) dan Froggatt (2005). Pembangunan modul gaya TRET perlulah menekankan aspek-aspek penerimaan sendiri, perasaan, kepercayaan dan mencabar kepercayaan tidak rasional. Oleh yang demikian, modul yang berlandaskan kepada teori TRET diharapkan berpotensi menjana pemikiran yang lebih rasional, emosi yang lebih baik, tingkah laku merokok yang boleh dihentikan dan sekali gus membentuk psikologikal yang baik.





Definisi Operasional Modul Kaunseling Kelompok Terapi Rasional Emotif Tingkah laku (MKKTRET)

Dalam kajian ini, definisi operasional MKKTRET merujuk kepada satu modul kaunseling berbentuk kelompok secara berstruktur yang menjurus kepada perokok remaja. Modul ini dibangunkan bagi membantu perokok untuk berusaha menjauhi tingkah laku merokok di samping kesejahteraan aspek psikologikal dalam diri. MKKTRET merupakan pemboleh ubah bebas yang diuji kesannya terhadap pemboleh ubah terikat iaitu ukuran kepercayaan tidak rasional (KTR), stres, kebergantungan merokok (KR) dan kesediaan berhenti merokok (KBM) dalam kalangan perokok remaja. Pengkaji seperti Amrapali (2018) telah membuktikan pelaksanaan rawatan TRET berkesan menurunkan kepercayaan tidak rasional perokok sekali gus menyelesaikan masalah psikologi yang lain.

Pembangunan modul ini berteraskan kepada teknik-teknik TRET yang dicadangkan oleh Ellis (1985), Froggatt (2005) dan Bishop (2019) yang mana aktiviti disusun berdasarkan fasa-fasa **A** (*activity event*), **B** (*belief system*), **C** (*consequence*), **D** (*dispute*), **E** (*new Effect*) dan **F** (*Further action*). Keperluan modul ini disusun sebegini bagi memastikan proses kaunseling kelompok lebih tersusun dan menepati ciri-ciri perkembangan TRET iaitu pertamanya proses mengenal pasti masalah dan keduanya proses pelaksanaan rawatan (Froggatt, 2005; Corey, 2016). Proses ini adalah penting bagi memastikan setiap ahli mendapat manfaat daripada rawatan tersebut seperti mendapat celik akal, membangun potensi, membentuk sistem komunikasi dan menyelesaikan masalah secara bersama.





1.8.2 Kepercayaan Tidak Rasional

Ellis (1958, 1985) menjelaskan seseorang itu mampu berfungsi dengan baik ataupun tidak baik berdasarkan apa yang difikirkan oleh seseorang. Seseorang bermasalah kerana mempunyai set kepercayaan tidak rasional yang mendasari diri seseorang. Di dalam Terapi Rasional Emotif Tingkah laku (TRET), prinsip asas kepada gangguan emosi adalah sebahagian besarnya adalah hasil pemikiran tidak rasional dan pemikiran kalah diri (David et al., 2010; Dryden & Neenan, 2011). Corey (2016) pula mengemukakan tiga kepercayaan tidak rasional (*the three basics musts*) yang telah sebatikan dalam pemikiran hidup manusia iaitu:

1. Saya mesti melakukan yang terbaik dan semua orang mesti menghargai apa yang saya lakukan, jika sebaliknya saya bukanlah seorang yang baik.
2. Semua orang perlu layan dan sayang saya sepertimana saya layan dan sayang mereka, jika sebaliknya mereka perlu dihukum dan dikutuk.
3. Saya mesti dapat apa yang saya kehendaki dan tidak perlu jika tidak inginkan tetapi jika saya tidak berjaya mendapatkannya saya akan bermasalah dan keadaan itu sangat teruk.

Ellis (2001, 2003) menyatakan manusia berupaya untuk memelihara diri, menyayangi diri, bergembira serta berkembang dan berkomunikasi dengan orang lain. Namun, manusia juga cenderung untuk merosakkan diri, tidak mahu berfikir, mengulangi kesilapan, mementingkan diri serta cuba mengelak penghargaan diri. Kepercayaan tidak rasional ini perlulah dikenal pasti dan dipertikai serta disangkal oleh kaunselor dan menggantikan pemikiran yang rasional dan lebih positif. Bishop (2019)





menjelaskan, kegagalan individu dalam masalah penyalahgunaan bahan (dadah, alkohol dan rokok) disebabkan memiliki kepercayaan tidak rasional. Kepercayaan tidak rasional yang dianuti oleh mereka dapat dijelaskan kepada empat teras utama iaitu desakan (*demandingness*), kedahsyatan (*awfulizing*), tidak dapat menerima hakikat (*discomfort tolerance*) dan menilai seseorang (*people rating*). Sebagai contoh, seseorang perokok itu yang mempunyai teras kepercayaan tidak rasional desakan (*demandingness*) merujuk bagaimana tingkah laku merokok tersebut “sepatutnya” diterima oleh orang lain atau “tidak sepatutnya” perilaku merokok itu dihalang oleh sesiapa. Kedahsyatan (*awfulizing*) pula merujuk kepada perokok yang sering membesar-besarkan sesuatu peristiwa seperti merokok tidak dapat ditinggalkan, jika ditinggalkan kehidupan seakan tidak sempurna atau kurang menyenangkan.



kepercayaan bahawa sebarang peristiwa yang diimpikan atau diharapkan apabila tidak mengikut seperti apa yang dirancang. Contohnya, merokok adalah perilaku yang wajar dilakukan dalam keadaan tertentu tetapi jika tidak dilakukan ibarat suasana berasa tidak sempurna maka meninggalkan kesan tekanan. Menilai seseorang (*people rating*) adalah satu bentuk kepercayaan dengan menilai diri dan orang lain pada taraf-taraf tertentu. Contohnya, tingkah laku merokok juga dilakukan oleh orang ternama seperti doktor atau golongan profesional, maka perbuatan itu adalah tidak salah kerana ia turut dilakukan oleh orang ternama. Kepercayaan- kepercayaan tidak rasional inilah yang menyebabkan seseorang yang telah bergantung dengan tingkah laku penyalahgunaan bahan sukar daripada berhenti lantas memberikan kesan yang lebih buruk seperti ketagihan (Bishop, 2019).





Definisi Operasional Kepercayaan Tidak Rasional

Dalam kajian ini, pengkaji mengkhususkan perkaitan kepercayaan tidak rasional dengan tingkah laku merokok dalam kalangan remaja. Bishop (2019) menyatakan kepercayaan tidak rasional merupakan punca utama kepada penghasilan salah suaian emosi dan tingkah laku dalam isu penyalahgunaan bahan. Kajian lepas menunjukkan wujudnya hubungan kepercayaan tidak rasional yang dianuti oleh perokok dalam mengekalkan tingkah laku merokok dan membentuk kesediaan berhenti merokok yang rendah. Perokok mempamerkan beberapa bentuk proses mental tidak rasional seperti kemunduran proses kognitif (Hemamalini et al, 2015), disonansi kognitif (Daisy & Teo, 2016; Pericas, 2009), menormalkan kepercayaan bagi mengekalkan tingkah laku (Tara, 2013) dan kepercayaan tersirat (Lei Ren et al., 2019). Perokok bertindak mempertahankan alasan-alasan tidak munasabah yang bertentangan dengan realiti sebenar. Xinyuan (2017, 2019) pula mendapati kebanyakan perokok sukar berhenti merokok akibat sering merasionalisasikan kepercayaan bahawa merokok bukanlah satu perbuatan yang negatif.

Definisi operasional kepercayaan tidak rasional perokok diukur berdasarkan alat ujian *Smoking Rationalization Scale* (SRS) yang telah dibangunkan oleh Xinyuan et al. (2017). Alat ujian ini dibangunkan bertujuan bagi mengenal pasti kepercayaan tidak rasional yang wujud dalam kalangan perokok. Jumlah skor tertinggi kepercayaan tidak rasional perokok adalah 130 manakala skor terendah adalah 60. Perokok yang mendapat skor terendah menggambarkan mempunyai kepercayaan tidak rasional yang rendah manakala perokok yang mendapat skor yang tinggi menggambarkan memiliki kepercayaan tidak rasional yang tinggi.



1.8.3 Stres

Selye (1956) menggunakan istilah "*stress*" atau tekanan untuk mewakili apa juga kesan serius yang mengancam homeostasis. Hal ini menjelaskan sebarang ancaman yang berlaku kepada seseorang sehingga seseorang itu bertindak balas dengan stres tersebut atau dikenali sebagai "*stress response*". Selye mendefinisikan stres kepada beberapa maksud lebih konkrit seperti berikut;

- (i) Dalam sains tingkah laku, stres dianggap sebagai persepsi terhadap ancaman, dengan ketidakselesaian yang mengakibatkan kegelisahan, ketegangan emosi, dan kesukaran dalam penyesuaian diri.
- (ii) Dalam situasi berkumpul, kelemahan struktur dan pengurusan ilmu kepimpinan akan memustahilkan sesuatu kumpulan untuk menangani keperluan keadaan, masalah kepimpinan dan interpersonal tingkah laku.
- (iii) Tekanan sebagai rangsangan daripada sesuatu keadaan yang akan mempengaruhi sistem biologi dan fisiologi seseorang. Hal ini berkaitan dengan fungsi tubuh badan dalam menguruskan stres yang dihadapinya.
- (iv) Stres juga mempunyai perkaitan dengan sistem kognitif, emosi dan tingkah laku seseorang. Pengaruh stres memberikan gambaran bagaimana seseorang akan berfikir, menterjemahkan melalui emosi dan bertindak. Stres yang dihadapi seseorang pasti mengubah ketiga-tiga aspek ini.



Selain itu, Lazarus dan Cohen (1977) menyatakan stres adalah satu tindak balas persekitaran yang membelenggu seseorang. Pengaruh persekitaran dilihat sebagai pencetus kepada seseorang berasa stres lalu mengubah perspektif, bagaimana seseorang menterjemahkan apa yang berlaku, bagaimana seseorang mengurus fungsi kognitif dan bagaimana seseorang menterjemahkan dengan emosi. Selain itu, Palmer dan Dryden (1995) stres dapat dijelaskan berdasarkan tiga aspek iaitu pertama merujuk kepada rangsangan peristiwa atau persekitaran menjadi penyebab seseorang individu merasa tertekan. Kedua, stres merujuk kepada gerak balas subjektif dan ia juga dianggap sebagai faktor dalaman iaitu aspek mental dan yang ketiga adalah stres merujuk kepada reaksi fizikal tubuh badan dan cara mengatasi stres melalui kaedah tingkah laku dan psikologikal. Stres bagi setiap manusia adalah berbeza kerana setiap individu mempunyai persepsi, pengalaman hidup, keperibadian, dan sikap yang unik dan berbeza bagi setiap individu.



Dalam konteks tingkah laku merokok, keadaan stres merupakan punca seseorang perokok mengulangi tingkah laku tersebut (Febriani et al., 2019; Adam et al., 2019; Natalien et al., 2012). Semakin tinggi tahap stres yang dihadapi semakin kerap atau banyak jumlah batang rokok yang diambil. Tekanan dalam pembelajaran juga menyebabkan remaja mengekalkan kebergantungan terhadap rokok dan meningkatkan kadar ketagihan nikotin dalam diri (Lina Elsalem et al., 2020; Stephanie et al., 2021). Oleh sebab itu juga, kegagalan mengurus stres dalam kalangan perokok menyebabkan seseorang sukar berhenti merokok (Seong et al., 2019; Lise et al., 2017).



Definisi Operasional Stres

Tingkah laku merokok sering dijadikan sandaran kepada salah satu cara dalam mengurus stres dalam kalangan perokok (Febriani et al., 2019; Adam et al., 2019). Penggunaan rokok dilihat sebagai salah satu kaedah dalam mengubati diri dalam mengurangkan emosi negatif (Croghan et al., 2006), merasionalkan realiti sebenar bahaya merokok bagi meneguhkan alasan untuk merokok (Xinyuan et al., 2019), menghilangkan tekanan perasaan (Parrott, 1995) dan akan meningkatkan tekanan jika tidak mengambil rokok secara rutin (Parrott & Murphy, 2012). Dalam kajian ini, pengukuran tahap stres adalah berdasarkan alat ujian *Perceived Stress Scale* (PSS) yang telah dibangunkan oleh Cohen et al. (1983). PSS didasarkan kepada model transaksional oleh Lazarus (1966) yang berpendapat bahawa pengalaman stres dipengaruhi oleh penilaian seseorang tentang seberapa baik mereka menguruskan tekanan tersebut. Dalam alat ujian ini, jumlah skor tertinggi stres adalah 40 manakala skor terendah adalah 10. Perokok yang mendapat skor terendah menggambarkan mempunyai tahap stres yang rendah manakala perokok yang mendapat skor yang tinggi menggambarkan memiliki tahap stres yang tinggi.

1.8.4 Kebergantungan Terhadap Rokok

Dalam Kamus Dewan Edisi ke-4 memberi definisi kebergantungan sebagai perihai berpegang atau bersangkut kepada sesuatu. Hal ini dapat dijelaskan kebergantungan terhadap rokok adalah sesuatu keadaan berpegang atau bersangkut kepada tingkah laku merokok. Dalam *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) (2015) menyatakan kebergantungan merokok dikategorikan dalam penyalahgunaan



bahan. Untuk mengukur kebergantungan terhadap rokok, tiga atau lebih daripada tiga kriteria adalah dipenuhi. Kriteria yang digariskan adalah (i) *withdrawal* (sarak), (ii) bertoleransi kepada rokok, (iii) menggunakan dengan kerap, (iv) percubaan beberapa kali untuk berhenti, (v) mempunyai banyak masa dengan rokok (vi) terdapat hubungan masalah fizikal ataupun psikologikal akibat penggunaannya, dan (vii) kerelaan menggunakan rokok. Pengelasan kriteria ini dilihat relevan bagi mengenal pasti bagaimana seseorang perokok itu mengalami kebergantungan terhadap rokok (Patricia et al., 2016; Shmulewitz et al., 2021).

Robert dan Kimber (2003) diagnosis ke atas “kebergantungan” memerlukan kehadiran sekurang-kurangnya dalam tempoh 12 bulan dengan melibatkan (*tolerance*) iaitu kewujudan penambahan atau penurunan dos dalam tingkah laku merokok. Selain itu, kebergantungan dilihat keadaan penarikan (*withdrawal*) yang berlaku kepada seseorang perokok sama ada dalam keadaan harian mahupun dalam proses cubaan berhenti. Selain itu, kebergantungan merokok juga adalah keadaan seseorang yang sukar untuk meninggalkan tabiat ini dan banyak menghabiskan banyak masa untuk memperoleh atau menggunakan rokok sama ada dalam suasana sosial, pekerjaan, aktiviti rekreasi dan berterusan merokok biarpun mengetahui risiko terhadap kesihatan (DiFranza et al., 2000; Dierker & Donny, 2008; Scoot et al., 2015).

Glover et al. (2005) kebergantungan terhadap rokok adalah keadaan seseorang perokok yang mengekalkan tingkah laku merokok dalam seharian dan sukar meninggalkannya. Aktiviti merokok dilakukan dalam apa jua keadaan selagi aktiviti ini dapat dilakukan dan dipuaskan. Kebergantungan merokok dijelaskan sejauh mana





seseorang perokok merasakan tabiat tersebut penting kepadanya. Selain itu, kebergantungan merokok juga dijelaskan sebagai perbuatan menjadikan rokok sebagai ganjaran dalam sesuatu perkara dan merokok sebagai pengurusan terhadap perhatian diri. Seseorang perokok dengan tahap kebergantungan merokok tinggi melihat kesukaran mereka mengurus diri apabila terdapatnya pencetus persekitaran yang mempengaruhi diri untuk merokok seperti asap rokok, orang lain merokok, gambar, putung rokok yang telah digunakan dan lain-lain pengaruh kepada keinginan untuk merokok. Selain itu, kebergantungan terhadap rokok dijelaskan sebagai satu aktiviti yang menyeronokkan dan sering hampir dengan rokok seperti memegang kotak rokok, menyimpan rokok dan menyalakan api walaupun tiada niat untuk merokok. Fagerstrom (1982) menjelaskan kebergantungan merokok dikaitkan dengan kebergantungan fizikal yang boleh dijelaskan secara fisiologi dan tingkah laku. Pada dasarnya kebergantungan terhadap rokok mempengaruhi suhu badan seseorang perokok dan bertoleransi terhadap pengambilan rokok. Pengambilan rokok akan meningkatkan suhu badan seseorang. Dalam suasana yang sejuk, perokok lebih terdedah untuk mengambil rokok bagi mengimbangkan suhu badan sendiri.

Kebergantungan terhadap rokok juga dijelaskan bagaimana seseorang mengambil rokok selepas bangun daripada tidur, sejumlah batang rokok yang diambil dalam seharian dan sejauh mana seseorang perokok mengambil rokok biarpun dalam keadaan yang tidak mengizinkan seperti sakit, kawasan tidak boleh merokok dan sebarang kesusahan yang mendesak untuk tidak merokok (Fagerstrom, 1978; Heatherton et al., 1991). Kajian oleh Zulfian et al. (2013) dan Carla et al. (2009) mencirikan kebergantungan merokok dikaitkan dengan jumlah mengambil rokok dalam



seharian. Pengelasan jumlah batang rokok dikaitkan dengan kebergantungan dan ketagihan berdasarkan kategori berikut:

Jadual 1.2

Pengelasan Kebergantungan Merokok (Carla et al., 2009)

Batang Rokok	Klasifikasi
1-10 batang	Kebergantungan rendah
11- 20 batang	Kebergantungan sederhana
21 ke atas	Kebergantungan tinggi

Tahap kebergantungan menggambarkan sejauh mana seseorang mengadaptasikan pengambilan terhadap rokok (Glover et al., 2005; Fagerstrom, 1978; Piper et al., 2008). Perbezaan tahap kebergantungan juga boleh mempengaruhi jumlah batang rokok diambil (Eric, 2008; Umesh, 2015; Carla et al., 2012) dan pengaruh kepada kesediaan berhenti merokok (Taneisha, 2015; Dujrudee, 2018). Eva et al. (2020) menjelaskan kebergantungan seseorang terhadap rokok akan meningkatkan rasa ketagihan harian dan keinginan semakin bertambah apabila keperluan nikotin tersebut tidak dipenuhi. Glover et al. (2005) menjelaskan kebergantungan seseorang terhadap rokok dapat dijelaskan dengan tahap kebergantungan merokok rendah, sederhana, tinggi dan sangat tinggi. Penentuan tahap kebergantungan ini dapat dilakukan dengan menjawab alat ujian GN-SBQ. Melalui pelaksanaan alat ujian yang menentukan tahap kebergantungan ini membolehkan rawatan dilaksanakan kepada perokok (Glover et al., 2005; Fagerstrom, 1978; Piper et al., 2008; Stephen et al., 2020; Jeffrey, 2020).

Pada asasnya, kebergantungan mempunyai hubungan yang amat rapat dengan ketagihan. Ketagihan pula secara keseluruhannya mempunyai perkaitan di antara



toleransi, kebergantungan dan keinginan (Norman et al., 1987). Melihat penelitian ini, Hoffman (1983) menjelaskan toleransi sebagai penyesuaian seseorang mengambil bahan pada dos yang sama atau lebih bagi mengekalkan kesan yang ada pada tubuh badan. Kebergantungan pula melibatkan elemen toleransi, kesan *withdrawal* (sarak), menggunakan dengan kerap, percubaan beberapa kali untuk berhenti, mempunyai banyak masa dengan rokok, wujudnya hubungan masalah fizikal ataupun psikologikal akibat penggunaannya, dan kerelaan menggunakan rokok atas kemahuan sendiri (DSM-5, 2015; Glover et al., 2005). DSM-5 (2015) pula menyatakan ketagihan dapat dikenal pasti apabila kriteria-kriteria ini dipenuhi iaitu (i) obsesi terhadap bahan, (ii) penggunaan secara kompulsif dan (iii) berlakunya gejala penarikan. Ketagihan juga boleh dijelaskan apabila wujudnya fenomena “hilang kawalan” terhadap kriteria tersebut.



Dalam isu kebergantungan terhadap rokok, Harmy Mohamed (2010) menyatakan kebergantungan merokok mempunyai perkaitan dengan nikotin. Nikotin adalah bahan utama yang digunakan dalam industri rokok yang mana sebahagian besar nikotin berasal dari daun tembakau (KKM, 2017). Sebahagian besarnya nikotin ditambah sebagai bahan yang merangsang toleransi, kebergantungan dan ketagihan kepada perokok. Avram dan Richard (2003) nikotin mempunyai kesan dan peneguhan euforia sifat yang serupa dengan kokain dan opiat. Penggunaannya boleh menyebabkan kebergantungan. Penarikan nikotin berkembang apabila penggunaan dihentikan atau dikurangkan selepas tempoh yang berpanjangan (sekurang-kurangnya beberapa minggu). Simptom *withdrawal* (sarak) dapat dijelaskan seperti tertekan, insomnia, mudah berasa marah, kecewa, kegelisahan dan sukar menumpukan perhatian (KKM, 2017; Zulkifli Mohamad, 2011; *American Psychiatric Association*, 2013). Oleh itu,



kebergantungan terhadap nikotin menyebabkan seseorang perokok itu sukar untuk berhenti secara mengejut. Dengan itu, seseorang perokok memerlukan pengetahuan dan rawatan yang betul bagi memastikan pengurusan berhenti merokok dapat dilakukan dengan berkesan.

Definisi Operasional Kebergantungan Terhadap Rokok.

Dalam kajian ini, MKKTRET diuji bagi menilai kesannya terhadap kebergantungan merokok dalam kalangan perokok remaja. Secara umumnya, kebergantungan merokok dalam kalangan perokok memberikan kesan yang tidak baik kepada kesihatan dan psikologi seseorang (Institut Kesihatan Umum Malaysia, 2017; USDHSS, 2020; Rebecca et al., 2016; Jennifer et al., 2016). Menurut Glover et al. (2005) menyatakan kebergantungan terhadap rokok boleh diklasifikasikan kepada rendah, sederhana, tinggi dan sangat tinggi. Kebergantungan terhadap rokok ini boleh mencerminkan kelangsungan perokok dalam mengurus tabiat merokoknya seharian. Fagestrom (1982) menyatakan kebergantungan merokok dikaitkan dengan sejauh mana seseorang berasa ketagih terhadap nikotin yang diambil.

Dalam konteks kajian ini, penentuan tahap kebergantungan merokok diuji berdasarkan alat ujian *Glover-Nilson Smoking Behavior Questionnaire* (GN-SBQ) yang dibangunkan oleh Glover et al. (2005). Dalam alat ujian ini, jumlah skor tertinggi kebergantungan merokok adalah 33 manakala skor terendah adalah 11. Perokok yang mendapat skor terendah menggambarkan mempunyai tahap kebergantungan merokok yang rendah manakala perokok yang mendapat skor yang tinggi menggambarkan memiliki tahap kebergantungan merokok yang tinggi. Selain itu, penentuan subjek



kajian dalam kajian ini dipecahkan kepada dua kategori iaitu perokok remaja dengan tahap kebergantungan merokok sederhana dan kebergantungan merokok tinggi. Pemilihan kategori subjek ini dilakukan kerana menurut KKM (2017) dan *U.S. Preventive Services Task Force* (2015) kebergantungan merokok rendah mempunyai potensi kesediaan berhenti merokok yang lebih tinggi berbanding perokok kebergantungan sederhana dan tinggi. Kajian lepas juga menunjukkan perokok tegar atau kebergantungan tinggi dilihat sukar berhenti dan memerlukan rawatan yang sesuai (Bettina et al., 2020; Shannon et al., 2021). Hal ini kerana, perokok dengan kebergantungan tinggi dan sederhana menunjukkan kecenderungan tingkah laku yang berbeza seperti penarikan terutamanya ketika proses cubaan berhenti merokok (Zhongbo et al., 2021; Dani & Heinemann, 1996).



Selain itu, Ling et al. (2021) mendapati perokok kebergantungan merokok rendah menunjukkan 4.62 kali ganda berhenti merokok berbanding dengan perokok kebergantungan sederhana yang hanya 2.56 kali ganda manakala 0.19 kali ganda perokok kebergantungan tinggi bersedia untuk berhenti. Sehubungan dengan itu, kajian ini bertujuan melihat kesan MKKTRET terhadap kebergantungan merokok dan juga melihat sama ada wujud perbandingan kesan rawatan terhadap kumpulan kebergantungan merokok sederhana dan kumpulan kebergantungan merokok tinggi dalam kalangan perokok remaja.





1.8.5 Kesiediaan Berhenti Merokok

DiClemente et al. (2004) menjelaskan kesiediaan berhenti merokok ialah satu proses motivasi yang dialami oleh seseorang dalam lingkungan kebergantungan dan ketagihan tersebut. Walaupun motivasi diri untuk kesiediaan berhenti dalam penyalahgunaan bahan boleh dipengaruhi oleh faktor fisiologi dan komponen ketagihan, namun sekurang-kurangnya dua jenis motivasi penting untuk menghentikan faktor penghalang ini iaitu motivasi untuk perubahan dan motivasi untuk rawatan (DiClemente, 1990; DiClemente & Prochaska, 1982). Oleh itu, kesiediaan berhenti merokok dapat dijelaskan kepada dua aspek, iaitu:

- i. Kesiediaan berhenti merokok yang pertama adalah kesiediaan berdasarkan kepada tahap perubahan tingkah laku. Bagi keadaan ini, kesiediaan berhenti merokok diukur dengan sejauh mana perokok bersedia untuk berubah daripada satu tahap ke tahap yang lain. Hal ini meliputi tahap berdasarkan jumlah batang rokok, kebergantungan terhadap rokok ataupun tabiat yang menjadi kebiasaan kepada perokok.
- ii. Kesiediaan berhenti merokok seterusnya adalah mengenai kesudian dan keterbukaan perokok terhadap rawatan yang akan dijalani termasuk kos dan kesan gejala tarikan semasa intervensi dijalankan. Selain itu, kesiediaan berhenti merokok di sini juga bermaksud perokok mempunyai motivasi untuk mencari sumber bantuan bagi membantu mereka berhenti merokok. Akhir sekali, selain daripada bersedia dan bermotivasi tinggi, perokok juga bermotivasi dan sudi untuk



menyesuaikan diri terhadap teknik-teknik berhenti, kaedah rawatan, ubat-ubatan dan temu janji yang akan diberikan.

Kesediaan berhenti merokok menurut *The Transtheoretical Model* (TTM) yang dibina pada awal tahun 1980-an adalah untuk memahami perubahan tingkah laku, iaitu memfokuskan kepada perubahan tingkah laku kebergantungan dan ketagihan (Prochaska & Benowitz, 2016; Prochaska & Velicer, 1997; Prochaska & DiClemente, 1982). Dalam TTM ini menerangkan beberapa fasa perubahan kepada kesediaan perubahan tingkah laku seseorang perokok. Fasa tersebut dijelaskan seperti berikut:

i. Fasa Prakontemplasi

Bagi fasa ini, seseorang atau sesebuah kelompok manusia yang berada dalam tingkah laku berisiko tidak mempunyai niat untuk mengambil sebarang tindakan atau mengubah kepada tingkah laku positif dalam masa enam bulan. Walau bagaimanapun, Prochaska dan Velicer (1997) menyatakan bahawa pada fasa ini, manusia tidak dapat mengenal pasti bahawa mereka mempunyai tingkah laku yang perlu diubah atau mereka tidak bersedia untuk mengubah tingkah laku negatif mereka kepada tingkah laku positif. Fasa ini juga dikenali sebagai fasa “tidak berniat”.

ii. Fasa Kontemplasi

Bagi fasa ini seseorang itu cenderung untuk mengambil tindakan selepas enam bulan dan mempunyai sejarah berhenti merokok lebih daripada 24 jam dalam masa 12 bulan terdahulu. Fasa ini menerangkan bahawa seseorang itu cenderung untuk mengubah tingkah laku berisiko mereka dalam masa enam bulan. Apabila seseorang berubah daripada fasa Pra Kontemplasi ke



Kontemplasi, ini bererti mereka sudah mengenal pasti tingkah laku mereka sebagai tingkah laku berisiko dan boleh mendatangkan masalah kepada kesihatan lalu mula berfikir untuk berubah. Ia juga dikenali sebagai fasa “berniat” dalam erti kata lain membentuk suatu niat untuk perubahan namun masih belum secara total. Dalam fasa ini juga, mereka lebih memikirkan tentang manfaat dan kos jika mereka mengubah tingkah laku mereka (Prochaska & Velicer, 1997).

iii. Fasa Persediaan

Fasa ini menjelaskan seseorang itu cenderung untuk bertindak dalam masa 30 hari dan telah membuat beberapa langkah untuk mengubah tingkah laku mereka. Fasa ini hanya berlaku jika seseorang telah membuat keputusan untuk mengubah tingkah laku mereka. Fasa ini tidak mengambil masa yang lama, ia hanya mengambil masa selama sebulan sahaja. Masa satu bulan yang ada dalam fasa ini digunakan untuk membuat perancangan, menyediakan alat-alatan yang berkaitan dan mempelajari kemahiran yang baru (Velicer et al., 1998). Dalam erti kata lain, dalam fasa ini golongan yang ingin berubah akan mula mencari sendiri maklumat atau persediaan yang diperlukan dan bersedia menanggung segala kos demi perubahan tingkah laku yang lebih baik.

iv. Fasa Bertindak

Setelah fasa persediaan dipenuhi, fasa ‘*action*’ atau tindakan pula bermula. Walau demikian, perlu diingat bahawa dalam fasa ini walaupun telah berlaku tindakan baharu, namun ia tidak bermakna tingkah laku sudah berubah secara total. Hal ini kerana menurut Prochaska et al. (1992) tindakan dan perubahan bukan perkara yang sama. Tindakan adalah apabila





seseorang sudah mula terlibat secara aktif dalam proses perubahan tingkah laku untuk mengenal pasti masalah yang dikenal pasti pada awal fasa. Bagi memastikan fasa ini berjaya, ia memerlukan pemerhatian yang cukup jelas terhadap perkara-perkara yang perlu dikawal bagi memastikan tindakan yang telah diambil dapat dikekalkan.

v. Fasa Pengekalan Tingkah laku Positif

Fasa ini merupakan fasa di mana seseorang telah menukar tingkah laku berisiko kepada tingkah laku yang lebih baik selepas enam bulan. Fasa ini juga merupakan fasa terakhir, yang mana mereka sudah mengubah tingkah laku akan cuba untuk mencegah diri mereka daripada terjebak kepada tingkah laku berisiko semula. Dalam erti kata lain, fasa ini berlaku selepas enam bulan seseorang itu terlibat secara aktif dalam fasa bertindak. Jika pada fasa ini seseorang itu kembali kepada tingkah laku lama mereka, mereka telah dianggap *relapse* atau berulang.

Berhenti merokok adalah tingkah laku menamatkan sebarang perilaku mengambil rokok. Menurut Harny Mohamed (2010) berhenti merokok memerlukan komitmen seseorang perokok terhadap kebergantungan atau ketagihan yang sedang dialaminya. Seseorang yang bersedia mempunyai komitmen terhadap perubahan diri. Haustein et al. (2010) menjelaskan seseorang perokok yang bersedia untuk berhenti merokok mempunyai kesedaran yang sangat tinggi terhadap kesihatan diri. DiClemente et al. (2004) seseorang yang mempunyai keinginan berhenti merokok mempunyai motivasi tinggi selain mempunyai pemikiran yang lebih rasional serta sering mengutamakan kebaikan diri. Berbanding dengan perokok yang berhenti merokok disebabkan masalah kesihatan, individu ini memiliki tahap motivasi dan nilai rasional



yang rendah (DiClemente, 1999). Dalam meningkatkan proses motivasi dan kesediaan berhenti merokok, perokok wajar mendapatkan rawatan dan maklumat berguna agar proses perubahan tingkah laku ini dapat dilakukan (Saeed et al., 2020; Andrea et al., 2020; Nelly et al., 2017).

Definisi Operasional Kesediaan Berhenti Merokok

Dalam konteks kajian ini, kesediaan berhenti merokok merupakan salah satu aspek psikologi yang dikaji. Oleh yang demikian, MKKTRET akan diuji dengan melihat kesannya terhadap kesediaan berhenti merokok dalam kalangan perokok remaja. Penentuan tahap kesediaan berhenti merokok diukur melalui alat ujian *University of Rhode Island Change Assessment Scale* (URICA) oleh DiClemente dan Prochaska (1982). Dalam alat ujian ini, jumlah skor 14.01 ke atas adalah fasa pengukuhan, manakala 11.01 hingga 14.0 adalah fasa tindakan, skor 8.01 hingga 11.0 adalah fasa berniat dan 8.0 ke bawah adalah fasa tidak berniat. Perokok yang menunjukkan fasa pengukuhan dan tindakan dijelaskan sebagai tahap kesediaan berhenti merokok yang tinggi manakala fasa tidak berniat dan berniat dijelaskan sebagai perokok yang mempunyai tahap kesediaan berhenti merokok yang rendah (Prochaska et al., 1992).



1.8.6 Remaja

Kamus Dewan Edisi ke-4 mendefinisikan remaja sebagai mulai dewasa, sudah akil baligh dan sudah cukup umur untuk berkahwin. Menurut Rogers (1980) remaja atau *adolescent* dalam bahasa Inggeris berasal daripada perkataan Latin '*adolescere*' yang bermaksud membesar ataupun menjadi matang. Menurut Jas Laile (1996) remaja ialah proses mencapai (bentuk pergerakan) ataupun memperoleh sikap dan kepercayaan yang diperlukan bagi tujuan penglibatan yang berkesan dalam masyarakat. Mengikut Akta Kanak-kanak (2001) orang muda atau remaja ditakrif sebagai individu yang sudah mencapai umur 14 tahun dan di bawah 18 tahun. Bagi Ma'rof dan Haslinda (2004) pula menyentuh usia remaja bermula seawal 12 tahun dan berakhir pada usia 21 tahun. Namun begitu, tiada kata putus yang jelas mengenai tempoh sebenar usia remaja ini.



Bagi Mohammad Ali dan Mohammad Asrori (2012) perkembangan remaja dijelaskan dalam umur 12 hingga 22 tahun iaitu 12 tahun hingga 21 tahun bagi wanita dan 12 tahun hingga 22 tahun bagi lelaki. Fasa remaja awal dijelaskan di antara umur 12 hingga 17 tahun dan fasa remaja akhir adalah di antara 18 hingga 22 tahun. Sullivan (1953) dalam Deiner (2014) menyatakan perkembangan remaja dijelaskan melalui fasa remaja awal iaitu umur 10 hingga 14, remaja pertengahan iaitu umur 15 hingga 17 tahun dan remaja akhir iaitu 18 hingga 25 tahun.

Zaman remaja dilihat zaman yang paling mencabar. Hal ini kerana pada zaman remaja inilah berlakunya perubahan dari zaman kanak-kanak ke alam kedewasaan. Sudah pastinya pelbagai perubahan berlaku sama ada secara fizikal, sosiologi, perkembangan, emosi, personaliti dan tingkah laku (Ma'rof & Haslinda, 2004). Kebanyakan isu kanak-kanak semakin berkurang apabila individu memasuki alam



remaja. David (2014) remaja berhadapan dengan pelbagai dugaan dan konflik yang berlaku dalam diri. Perubahan ini dilihat ketara apabila remaja mengalami akil baligh. Keadaan ini akan mengubah pertumbuhan fizikal mereka di samping remaja mempunyai suatu bentuk suasana yang berbeza terutama dalam bentuk pemikiran yang dilihat semakin kompleks. Suasana kompleks ini mampu membawa remaja mempelajari sesuatu dengan pilihan sama ada ianya baik ataupun sebaliknya. Perkara ini mampu membawa remaja ke kancuh masalah sosial jika tidak memiliki kawalan tertentu.

Menurut Ma'rof dan Haslinda (2004), kanak-kanak dilihat bersifat lebih terbuka dan mereka selesa menyatakan perasaan tanpa sekatan ataupun membuat persepsi bersimpang siur berbanding remaja. Kebanyakan orang dewasa seperti ibu bapa tidak menerima remaja dalam masyarakat kerana menganggap remaja masih belum matang dan belum boleh membuat keputusan sendiri. Fenomena ini dilihat menjadi konflik dan akhirnya wujud satu bentuk kefahaman berbeza kepada orang dewasa dan remaja. Oleh yang demikian, remaja dilihat suka mencari rakan sebaya berbanding bergantung kepada kedua ibu bapanya. Hal ini ditambah lagi apabila kebanyakan masa remaja adalah ketika berada di institusi pendidikan seperti di sekolah, kolej ataupun di universiti. Oleh yang demikian, remaja dilihat sering mendatangkan masalah terutamanya melibatkan pelanggaran peraturan sekolah, ponteng dan merokok yang dilihat sebagai masalah yang berlaku dalam kalangan rakan sebaya.

Selain itu, menurut Pervin (1996) perubahan yang ketara berlaku kepada remaja salah satunya adalah perubahan personaliti mereka. Pervin melihat personaliti sebagai organisasi yang kompleks tentang kognitif, perasaan dan perlakuan yang dapat



menentukan arah dan corak kehidupan. Sebahagian besar personaliti individu terbentuk melalui interaksi individu itu dengan persekitaran seperti keluarga, rakan sebaya, ahli masyarakat, institusi sosial, undang-undang dan sebagainya. Remaja sentiasa sedar dan berusaha melakukan penyesuaian dalam suasana persekitaran yang baru. Penyesuaian ini amat penting kepada remaja yang sedang mengalami proses perkembangan fisiologi, mental dan emosi.

Curtis (2015) menjelaskan perkembangan remaja juga menjurus kepada perkembangan psikososial, biologi, sosial dan kognitif. Desakan perubahan ini berlaku apabila remaja melalui akil baligh yang mana sistem biologi tubuh badan mempengaruhi hormon dalam kalangan remaja. Sistem kognitif remaja juga menunjukkan perkembangan yang mana melibatkan proses pemikiran seperti persepsi, penaklukan dan membuat keputusan. Suparna et al. (2006) perubahan suasana persekitaran dan perubahan biologi pada zaman remaja membawa kepada pertemuan sosial baru dan peningkatan sistem kognitif remaja. Proses kognitif remaja seperti menilai orang lain dikaitkan dengan peningkatan pemerhatian terhadap rangsangan sosial secara menonjol, pengalaman dan pengamatan. Proses ini akan melibatkan proses perkembangan maklumat yang akan mempengaruhi emosi remaja. Secara biologinya, perkaitan antara kognitif dan emosi ini diproses melalui fungsi amigdala otak yang dikaitkan dengan proses emosi (Dolan, 2002; Phillips et al., 2003). Hairunnaja (2003) menyenaraikan beberapa isu dan permasalahan yang dihadapi oleh individu semasa menjalani zaman remaja. Salah satunya adalah masalah perkembangan kognitif. Ketika zaman remaja, perkembangan kognitif yang positif berlaku apabila remaja memasuki tahap pemikiran operasi formal yakni mampu berfikir secara logik dan mampu memahami konsep-konsep abstrak. Perkembangan kognitif negatif pula berlaku apabila





pada tahap pembentukan pemikiran egosentrik. Remaja yang mempunyai pemikiran seperti ini sentiasa berasa perhatian umum tertumpu kepada diri mereka, perbuatan dan sifat peribadinya. Oleh yang demikian, sesetengah remaja perlu dilihat sempurna. Satu kesilapan sahaja akan menyebabkan mereka berasa malu dan rendah diri. Pemikiran egosentrik negatif menyebabkan remaja lebih cenderung mencampuradukkan realiti dan persepsi. Lebih menyedihkan apabila remaja tidak melihat realiti sebagai satu bentuk yang umum dan terbuka sehingga akhirnya meninggalkan kesan persepsi yang negatif.

Oleh yang demikian, isu remaja merokok bukanlah satu isu yang janggal. Kajian lepas menunjukkan perokok mula merokok pada usia remaja (Kanwal et al., 2018). Laporan Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM) (2017) remaja penyumbang besar kepada peratus perokok di Malaysia. 38% dari seluruh jumlah populasi merokok adalah dalam kalangan remaja. Faktor persekitaran seperti pengaruh rakan, ibu bapa yang merokok dan rokok mudah didapati menjadikan remaja mudah terpengaruh dengan tingkah laku merokok (Jude et al., 2018; Harris & Jongserl, 2018). Hal ini juga dikaitkan dengan faktor pembelajaran sosial seseorang terhadap persekitarannya (Hiemstra et al., 2017; Zaborskis & Sirvyte, 2015). Bandura (1973) juga memberi penekanan bahawa pengalaman dan pembelajaran daripada persekitaran mampu mengubah bentuk pemikiran dan tingkah laku seseorang. Anak-anak mudah mempengaruhi persekitaran termasuk tingkah laku yang diterjemahkan oleh ibu bapa, rakan-rakan, masyarakat, media dan lain-lain. Hal ini memberi gambaran gejala merokok dalam kalangan remaja juga boleh disebabkan faktor ini. Rakan sebaya memainkan peranan paling besar dalam mempengaruhi seseorang remaja itu berdasarkan kesamaan usia, kesamaan keperluan, kehendak dan pemikiran. Remaja



mudah terpengaruh dengan rakan yang berada di sekolah mahupun di luar sekolah. Oleh yang demikian, isu remaja merokok bermula daripada pengaruh rakan-rakan dan akhirnya berlaku kebergantungan mereka terhadap rokok.

Definisi Operasional Remaja

Dalam konteks kajian ini, remaja dijadikan sebagai subjek kajian. MKKTRET diuji kesannya terhadap aspek psikologikal perokok remaja iaitu kepercayaan tidak rasional, stres, kebergantungan terhadap rokok dan kesediaan berhenti merokok. Menurut KKM (2017) perokok remaja antara penyumbang peratusan perokok yang tinggi di Malaysia. Perokok remaja dilihat berpotensi menghadapi masalah kesihatan seperti kanser dan masalah kesihatan lain yang berpunca daripada tingkah laku merokok. Hasil laporan juga menunjukkan peratusan perokok remaja semakin meningkat dari tahun ke tahun. Perokok remaja yang merokok dengan cara rokok elektronik dan menggunakan bahan tembakau dilihat semakin meningkat dari semasa ke semasa. Oleh yang demikian, dalam kajian ini penentuan perokok remaja adalah berdasarkan perkembangan umur remaja seperti pandangan Erikson (1963). Perkembangan remaja berdasarkan umur dapat dijelaskan seperti Jadual 1.3.

Jadual 1.3

Perkembangan Umur Remaja (Erikson, 1963)

Umur	Klasifikasi
10- 14 tahun	Remaja awal
15- 17 tahun	Remaja pertengahan
18- 25 tahun	Remaja akhir

Jadual 1.3 menunjukkan klasifikasi fasa perkembangan remaja berdasarkan pecahan umur. Umur 11 hingga 14 tahun dijelaskan sebagai remaja awal, 15 hingga 17 tahun adalah remaja pertengahan dan 18 hingga 25 tahun merupakan fasa remaja akhir. Erikson (1963) menyebut perkembangan yang signifikan kepada remaja adalah antara umur 10 hingga 25 tahun. Setiap perkembangan menelusuri fasa-fasa perkembangan remaja berikut:

i. Peringkat *Identiti lawan Kekeliruan Identiti* (10 – 17 tahun)

Ini merupakan peringkat remaja di mana mereka cuba mewujudkan identiti dan persepsi sendiri terhadap dunia mereka. Mereka juga cuba mendapatkan kestabilan diri dalam masyarakat sekiranya gagal mereka akan meragui peranan mereka dalam masyarakat.

ii. Peringkat *Kerapatan lawan Pengasingan* (18 – 25 tahun)

Individu akan melalui peringkat awal dewasa yang memerlukan perhubungan yang akrab dengan individu lain. Halangan akan menyebabkan pengasingan diri.

Erikson (1994) menyebut fasa remaja adalah fasa mencabar bagi seseorang. Pada ketika ini, individu akan terdedah kepada pertumbuhan fizikal, perkembangan kognitif, perkembangan sosial, krisis identiti dan proses menuju kematangan atau kedewasaan. Remaja pada fasa akhir dilihat bersedia untuk menjadi dewasa dan mempunyai kepercayaan diri lebih yakin berbanding remaja awal dan pertengahan yang dilihat masih bergantung dan mempunyai perasaan mencuba yang tinggi. Erikson juga menyebut remaja fasa akhir lebih terbuka dan mudah untuk mempelajari sesuatu yang bermakna. Selain itu juga, peringkat remaja akhir juga sangat menekankan proses kepercayaan kepada orang lain melalui hubungan akrab. Selain itu, menurut Azizi



Yahaya et al. (2006) peringkat ini, remaja banyak terdedah kepada pengaruh rakan, mempelajari perkara baharu dan perubahan sosial. Peringkat ini juga remaja mempunyai pengaruh membuat keputusan untuk diri dan masa depan. Mahmood Nazar (2002) remaja pada fasa ini bersedia memikirkan alam kedewasaan seperti hubungan, pendidikan, kewangan, pekerjaan dan masa hadapan. Oleh yang demikian, kajian ini dilihat amat signifikan dilakukan dalam kalangan perokok remaja fasa akhir memandangkan golongan ini dilihat lebih matang dan bersedia untuk memahami dunia pada konteks yang lebih luas.

1.9 Kepentingan Kajian

Kajian spesifik ini menjuruskan kepada perokok remaja di sebuah institusi pendidikan yang mana dilihat masih baru dilaksanakan di negara ini terutamanya apabila melibatkan aspek psikologikal remaja. Kajian berkaitan dengan rawatan kaunseling kelompok kepada perokok remaja juga dilihat sebagai satu kajian yang kurang diberikan perhatian. Walaupun terdapat beberapa modul intervensi merokok seperti yang dibangunkan oleh KKM (2008) sebelum ini, namun modul berhenti merokok dalam bidang kaunseling masih kurang diterokai dan dikembangkan. Oleh yang demikian, MKKTRET dibangunkan sebagai program rawatan yang berpotensi membantu perokok merasionalkan kepercayaan tidak rasional, menguruskan stres dalam diri, mengurangkan kebergantungan terhadap rokok sekali gus meningkatkan kesediaan berhenti merokok. Dalam amalan rawatan Terapi Rasional Emotif Tingkah laku (TRET), manusia bermasalah berpunca daripada set kepercayaan tidak rasional yang dianuti oleh seseorang individu itu (Ellis, 1958; Froggatt, 2005; Bishop, 2019).





Dalam kajian ini, MKKTRET diuji kesannya terhadap aspek psikologikal perokok remaja. Berdasarkan pemboleh ubah psikologikal ini, pengkaji ingin menguji kepercayaan tidak rasional, tahap stres, kebergantungan terhadap rokok dan kesediaan berhenti merokok. Menerusi kajian ini, diharapkan dapat membuka kesedaran kepada para remaja tentang bahaya merokok. Hal ini bukan hanya kepada perokok, namun juga kepada orang sekeliling. Tabiat merokok sememangnya mendatangkan pelbagai masalah kesihatan yang telah dibuktikan melalui kajian saintifik sebelum ini. Selain itu, kajian ini juga memberi pendedahan kepada perokok untuk berhenti merokok dengan berkesan walaupun tanpa ubatan. Kajian ini juga mendedahkan kaedah kognitif, keharmonian emosi dan pelan tingkah laku positif agar merubah tabiat merokok dengan efektif.



eksperimental yang melibatkan remaja di negara ini perlu diperbanyakkan lagi berbanding sebelum ini. Tidak dinafikan, terdapat pengkaji sebelum ini menjalankan kajian berkaitan dengan remaja dan tingkah laku merokok secara kaedah tinjauan serta korelasi. Berbeza dengan kajian ini, pengkaji memfokuskan kepada kaedah eksperimen untuk menilai kesan modul yang dibangunkan. Selain itu, kajian ini juga menguji pemboleh ubah aspek psikologikal iaitu kepercayaan tidak rasional, tahap stres, kebergantungan terhadap rokok dan kesediaan berhenti merokok dalam kalangan remaja. Dengan adanya kajian ini diharapkan akan mewarnai dimensi baru dalam bidang kaunseling di negara ini terutamanya dalam kajian berkaitan tabiat merokok, TRET dan remaja.





Di dalam pengamal kaunseling TRET, kajian ini diharapkan dapat menambah kepelbagaian bidang kajian yang mengaplikasikan teori TRET. Biarpun kajian TRET terhadap tingkah laku merokok adalah terhad, namun kajian-kajian lepas menunjukkan rawatan TRET sangat berkesan kepada pelbagai aspek penyalahgunaan bahan seperti dadah dan juga alkohol. Bukan itu sahaja, kajian lepas juga menunjukkan rawatan TRET berkesan dalam membantu pelbagai isu seperti personaliti, masalah disiplin, kesejahteraan mental, potensi diri dan lain-lain. Oleh itu, melalui kajian ini diharapkan ia dapat menambah kepelbagaian teknik kaunseling TRET dalam pelbagai isu masa kini. Biarpun kajian ini adalah kajian baharu untuk subjek kajian perokok remaja, namun diharapkan ianya berpotensi dijadikan salah satu alternatif dalam sesi kaunseling profesional.



pendidikan (sekolah, kolej dan universiti) bagi memperkasa program-program kesedaran dan intervensi terhadap tabiat merokok. Selain daripada menguatkuasakan undang-undang, intervensi juga harus dijadikan sebagai salah satu perkhidmatan terpenting dalam membantu golongan perokok ini. Biarpun kebanyakan institusi pendidikan menyatakan merokok salah di bawah peraturan institusi, namun intervensi kepada golongan ini tidak boleh dipandang enteng. Golongan yang telah terpengaruh dengan kebergantungan merokok perlulah mendapat rawatan yang sewajarnya. Justeru, melalui kajian ini diharapkan ia mampu memberi satu penemuan baharu terhadap intervensi dan rawatan yang dilihat sangat signifikan dalam membantu individu bermasalah merokok.



Diharapkan hasil kajian ini dapat mendukung pengkaji lain untuk terus mengembangkan kajian berkaitan dengan kajian eksperimen. Kajian ini juga diharapkan dapat mempelbagaikan lagi kajian berkaitan dengan tabiat merokok. Selain itu, diharapkan kajian ini mampu menjadi rujukan untuk pengamal rawatan yang ingin menjalankan kajian kepada perokok. Diharapkan agar kajian ini mampu menjadi garis panduan kepada kajian-kajian lain seperti kepercayaan tidak rasional, stres, kebergantungan terhadap rokok dan kesediaan berhenti merokok. Semoga hasil kajian ini bermanfaat untuk pengkaji-pengkaji di masa akan datang.

1.10 Batasan Kajian

Kajian kuantitatif yang dijalankan adalah menggunakan reka bentuk eksperimental. Seperti mana reka bentuk kajian lain, reka bentuk eksperimental ini mempunyai batasan kajian tertentu. MKKTRET merupakan sebuah kajian jangka pendek berbanding proses perkembangan seseorang remaja mahupun manusia yang melibatkan suatu jangka masa panjang. Justeru, kesan MKKTRET ini hanya menumpukan kepada aspek psikologikal perokok remaja. Aspek psikologikal yang dikaji adalah kepercayaan tidak rasional, tahap stres, kebergantungan terhadap rokok dan kesediaan berhenti merokok.

Selain itu, perokok remaja lebih didominasi oleh remaja lelaki berbanding perempuan. Menurut kajian Institut Kesihatan Umum Malaysia (2017), peratusan perokok remaja lelaki melebihi 70% berbanding perempuan. Selain itu, wujud perspektif '*typical sex stereotype*' yang mana golongan lelaki lebih dominan dalam tingkah laku delinkuen merangkumi pelanggaran peraturan dan disiplin (Regoli et al.,



2010). Hal ini kerana golongan lelaki cenderung melihat dan mentafsir dunia mengikut kaca mata sendiri. Menurut Hurlock dan Spoth (2009) menjelaskan remaja lelaki mudah mengalami ketegangan emosi serta terlibat dengan masalah disiplin berbanding pelajar perempuan kerana mereka lebih gemar berhadapan dengan masalah secara bersendirian berbanding perempuan. Justeru itu, subjek kajian yang dipilih dalam kajian ini adalah melalui data yang diperoleh daripada laporan Bahagian Hal Ehwal Pelajar. Melalui laporan tersebut, melaporkan 36.26% pelajar adalah merokok dan kesemuanya adalah pelajar lelaki. Maka kerana itu, kajian ini hanya menumpukan kepada subjek kajian perokok remaja lelaki sahaja.

Kajian berkaitan dengan aspek psikologikal perokok remaja lazimnya mempunyai pelbagai faktor yang boleh dijadikan sebagai pemboleh ubah. Walau bagaimanapun, dalam konteks ini pengkaji memfokuskan empat pemboleh ubah yang sesuai digunakan bagi menilai kesan MKKTRET. Pemboleh ubah yang dikaji tertumpu kepada kepercayaan tidak rasional, tahap stres, kebergantungan terhadap rokok dan kesediaan berhenti merokok dalam kalangan perokok remaja. Gambaran psikologikal ini seiring dengan asas pandangan Terapi Rasional Emotif Tingkah laku (TRET) bahawa konteks psikologikal meliputi kognitif, emosi dan tingkah laku yang saling berkaitan (Ellis, 1985; Froggatt, 2005; Bishop, 2019).

Selain daripada pemboleh ubah tersebut, pengkaji juga memasukkan satu pemboleh ubah moderator iaitu tahap kebergantungan merokok. Terdapat tiga tahap kebergantungan terhadap rokok iaitu rendah, sederhana dan tinggi. Namun dalam kajian ini, pengkaji hanya memilih kumpulan perokok kebergantungan sederhana dan tinggi. Hal ini kerana berdasarkan KKM (2017) dan *U.S. Preventive Services Task*





Force (2015) menjelaskan perokok kebergantungan merokok rendah dilihat mempunyai potensi kesediaan berhenti merokok yang lebih tinggi berbanding perokok kebergantungan sederhana dan tinggi. Kajian lepas juga menunjukkan perokok tegar atau kebergantungan tinggi dilihat sukar berhenti dan memerlukan rawatan dengan bantuan golongan profesional seperti kaunselor ataupun pegawai kesihatan (Bettina et al., 2020; Shannon et al., 2021). Oleh yang demikian, dalam kajian ini pengkaji hanya memfokuskan kepada dua kategori pemboleh ubah kawalan iaitu perokok kebergantungan merokok sederhana dan tinggi.

Kajian ini juga dilakukan di sebuah institusi pendidikan kemahiran di negeri Perak. Dapatan kajian yang terhasil daripada kajian ini hanyalah hasil daripada analisis bilangan yang terhad sahaja. Responden yang terlibat dalam kajian ini adalah responden perokok remaja. Banyak kajian tinjauan sebelum ini menunjukkan isu tingkah laku merokok banyak melibatkan golongan remaja di institusi pendidikan seperti di sekolah, kolej mahupun di universiti dan perlukan perhatian sewajarnya (Amrapali, 2018; Burcu et al., 2021; Rachel et al., 2019). Kajian ini juga memfokuskan kepada remaja fasa akhir yang berumur di antara 18 hingga 25 tahun memandangkan remaja akhir dijelaskan lebih dewasa, memiliki kematangan serta mempunyai lebih pengalaman berbanding remaja awal mahupun pertengahan (Erikson, 1994).

Dalam tempoh menjalankan kajian, kajian eksperimen ini berhadapan dengan pandemik COVID-19. Oleh yang demikian terdapatnya batasan tertentu yang dilalui oleh penyelidik. Dalam melaksanakan sesi bersemuka, kepatuhan kepada SOP atau *Standard Operating Procedures* adalah dipatuhi seperti yang digariskan dalam Garis Panduan Perkhidmatan Kaunseling Semasa Perintah Kawalan Pergerakan Pemulihan





(LKM, 2020). Batasan dalam melaksanakan sesi bersemuka adalah terhad mengikut kapasiti ruang di dalam bilik rawatan. Oleh yang demikian, pematuhan jumlah peserta untuk kaunseling kelompok adalah tidak melebihi 12 orang dalam satu-satu sesi dan tertakluk kepada keluasan bilik rawatan. Oleh itu, setiap sesi kaunseling kelompok adalah terhad yang hanya melibatkan 5 hingga 7 orang dalam satu-satu sesi memandangkan kapasiti ruang bilik kaunseling kelompok yang terhad. Bukan itu sahaja, setiap sesi yang dijalankan haruslah mematuhi SOP yang seperti menjarakkan 1 meter antara satu sama lain, menggunakan pelitup muka, sentiasa menggunakan sanitasi tangan, mendaftar pada buku pendaftaran dan penggunaan aplikasi MySejahtera. Kepatuhan ini adalah bagi memastikan subjek kajian yang terlibat tidak terdedah kepada sebarang jangkitan COVID-19 yang mungkin boleh berlaku.



1.11 Rumusan

Bab ini telah membincangkan berkaitan dengan latar belakang kajian dan permasalahan kajian yang menekankan tentang gambaran isu merokok, perkaitan pemboleh ubah terikat dengan tingkah laku merokok serta keperluan kajian ini dijalankan dengan mencirikan jurang dalam kajian. Bukan itu sahaja, dalam bab ini juga telah diterangkan tentang tujuan, persoalan dan hipotesis kajian. Kerangka konseptual kajian telah dijelaskan secara terperinci bagi menjelaskan perkaitan isu merokok, pemboleh ubah terikat dan peranan rawatan melalui MKKTRET. Untuk meningkatkan kejelasan kajian, pendefinisian telah diterangkan. Bukan itu sahaja, dalam bab ini juga turut diterangkan tujuan kajian dan batasan kajian.

