



KESAN MODUL INTEGRASI TERAPI KOGNITIF TINGKAH LAKU - PSIKOSPIRITUAL AL- GHAZALI TERHADAP PENGHARGAAN KENDIRI, EFIKASI KENDIRI DAN DAYA TINDAK MANGSA BULI SIBER



MAPATAN BIN SUDIN

UNIVERSITI PENDIDIKAN SULTAN IDRIS

2024





05-4506832



pustaka.upsi.edu.my



Perpustakaan Tuanku Bainun
Kampus Sultan Abdul Jalil Shah



PustakaTBainun



ptbupsi

KESAN MODUL INTEGRASI TERAPI KOGNITIF TINGKAH LAKU-
PSIKOSPIRITUAL AL-GHAZALI TERHADAP PENGHARGAAN
KENDIRI, EFIKASI KENDIRI DAN DAYA TINDAK
MANGSA BULI SIBER

MAPATAN BIN SUDIN



05-4506832



pustaka.upsi.edu.my



Perpustakaan Tuanku Bainun
Kampus Sultan Abdul Jalil Shah



PustakaTBainun



ptbupsi

TESIS DIKEMUKAKAN BAGI MEMENUHI SYARAT UNTUK MEMPEROLEH
IJAZAH DOKTOR FALSAFAH

FAKULTI PEMBANGUNAN MANUSIA
UNIVERSITI PENDIDIKAN SULTAN IDRIS

2024



05-4506832



pustaka.upsi.edu.my



Perpustakaan Tuanku Bainun
Kampus Sultan Abdul Jalil Shah



PustakaTBainun



ptbupsi

UPSI/IPS-3/BO 32

Pind : 00 m/s : 1 / 1



Sila Tanda (/)
Kertas Projek
Sarjana Penyelidikan
Sarjana Penyelidikan dan
Kerja Kursus
Doktor Falsafah

/

INSTITUT PENGAJIAN SISWAZAH

PERAKUAN KEASLIAN PENULIS

Perakuan ini telah dibuat....**09**...(hari bulan)...**JULAI**... (bulan)...**2024**..

i. Perakuan Pelajar

Saya, **MAPATAN BIN SUDIN, NO MATRIK : P20181000831, FAKULTI PEMBANGUNAN MANUSIA** (SILA NYATAKAN NAMA PELAJAR, NO.MATRIK DAN FAKULTI), dengan ini mengaku bahawa disertasi/tesis yang bertajuk **KESAN MODUL INTEGRASI TERAPI KOGNITIF TINGKAH LAKU-PSIKOSPIRITUAL AL-GHAZALI TERHADAP PENGHARGAAN KENDIRI, EFIKASI KENDIRI DAN DAYA TINDAK MANGSA BULI SIBER** 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 sejelasnya dan secukupnya.

.....Tanda tangan pelajar

ii. Perakuan Penyelia

Saya, **PM DR. MD NOOR SAPER** (NAMA PENYELIA) dengan ini mengesahkan bahawa hasil kerja pelajar yang bertajuk **KESAN MODUL INTEGRASI TERAPI KOGNITIF TINGKAH LAKU - PSIKOSPIRITUAL AL-GHAZALI TERHADAP PENGHARGAAN KENDIRI, EFIKASI KENDIRI DAN DAYA TINDAK MANGSA BULI SIBER** dihasilkan oleh pelajar sepertinama di atas, dan telah diserahkan kepada Institut Pengajian Siswazah bagi memenuhi sebahagian/ sepenuhnya syarat untuk memperoleh **IJAZAH DOKTOR FALSAFAH (BIMBINGAN DAN KAUNSELING)**.

Tarikh

Tandatangan Penyelia

UPSI/IPS-3/BO 32
Pind : 00 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 MODUL INTEGRASI TERAPI KOGNITIF TINGKAH LAKU-
PSIKOSPIRITUAL AL-GHAZALI TERHADAP PENGHARGAAN KENDIRI,
EFIKASI KENDIRI DAN DAYA TINDAK MANGSA BULI SIBER**

No.Matrik/Matrik No: **P20181000831** Saya : **MAPATAN BIN SUDIN**
(Nama Pelajar / Student's Name)

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) reserve 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 dimana penyelidikan 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



**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 MODUL INTEGRASI TERAPI KOGNITIF TINGKAH LAKU-
PSIKOSPIRITUAL AL-GHAZALI TERHADAP PENGHARGAAN
KENDIRI, EFIKASI KENDIRI DAN DAYA TINDAK MANGSA BULI SIBER

No. Matrik /Matric's No.: P20181000831

Saya / I : MAPATAN BIN SUDIN

(Nama pelajar / Student's Name)

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**

Mengandungi maklumat yang berdarjah keselamatan atau kepentingan Malaysia seperti yang termaktub dalam Akta Rahsia 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: 11 JULAI 2024

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

Saya bersyukur kepada Allah SWT kerana dengan izinNya serta rahmat dan rahimNya saya dapat menyempurnakan PhD ini. Dengan kesempatan yang ada ini saya amat berbesar hati untuk menghadiahkan jutaan terima kasih kepada ibu saya iaitu Yati Binti Katutu dan Allahyarham ayahanda saya Sudin Bin Jeppu. Kesempatan ini juga saya ingin merakamkan penghargaan kepada isteri iaitu Norhaeni Binti Supuh dan juga anak-anak saya Allahyarham Nurul Ain Najwa, Nur Khairunnisa dan Muhammad Aisy Isyraf kerana sentiasa memberikan inspirasi dan sokongan serta masa yang amat berharga sepanjang proses pembelajaran saya. Segala pengorbanan dan kasih sayang mereka menjadikan perjuangan ini amat manis untuk dikenang.

Saya juga ingin mengucapkan ribuan terima kasih kepada PM Dr Hj Md Noor Saper dan Dr Noorsayyidatina Che Rozubi yang banyak membantu dalam proses pembelajaran saya khususnya dalam memberikan tunjuk ajar, pengalaman-pengalaman berharga dan suntikan motivasi. Rakaman terima kasih juga saya ucapkan kepada Pengetua SMK Terusan iaitu Che Aziz Bin Othman dan barisan pentadbiran serta guru-guru yang sangat memahami tugas pembelajaran saya. Selain itu, saya turut berterima kasih kepada semua pakar bidang yang terlibat sebagai penilai modul dan instrumen penyelidikan iaitu Yang Berbahagia Prof Emeritus Dato Dr Amir Bin Awang, Prof Dr Mohammad Aziz Shah Mohamed Arip, Prof Dr Mohammad Nasir Bistamam, Profesor Madya Dr Salleh Amat, Profesor Madya Dr Ferlis Bullare, Dr Nor Ezdianie Omar, Tuan Hj Norazman Amat, Dr Hazaila Hassan dan Dr Mohd Zaharen Mohd Zahir.

Ucapan terima kasih dan penghargaan ini juga saya tujukan kepada pihak Perancangan Dasar Penyelidikan (EPRD) dan Jabatan Pendidikan Negeri Sabah yang meluluskan permohonan saya menjalankan kajian. Penghargaan juga kepada Pengetua dan Guru Bimbingan dan Kaunseling kerana membenarkan dan memberikan kerjasama kepada saya sepenuhnya untuk menjalankan kajian awal dan kajian eksperimen. Teristimewa penghargaan ini kepada remaja yang terlibat dalam kajian awal dan juga kajian eksperimen. Kesabaran dan kerjasama yang diberikan sangat saya hargai dan banggakan. Semoga Allah memberikan ganjaran pahala kepada semua yang terlibat sama ada secara langsung dan tidak langsung sepanjang saya menjalankan penyelidikan. Hanya kepada Allah saya berserah dan memohon pertolongan.

Wassalam.



ABSTRAK

Tujuan kajian ialah untuk membina Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali dan menguji kesan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali terhadap penghargaan sendiri, efikasi sendiri dan daya tindak remaja mangsa buli siber antara kelompok rawatan dengan kelompok kawalan. Kajian kuasi eksperimen pra ujian dan pos ujian dijalankan ke atas 80 sampel yang terdiri daripada 40 sampel kelompok rawatan dan 40 sampel kelompok kawalan dalam kalangan remaja tingkatan dua beragama Islam sederhana mangsa buli siber. Sampel kelompok rawatan didedahkan dengan intervensi Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali sebanyak 10 sesi yang mengambil masa lima minggu. Instrumen *Rosenberg Self Esteem Scale* (RSES), *General Self Efficacy Scale* (GSES) dan *Adolescent Coping Scale* (ACS) digunakan untuk mengukur penghargaan sendiri, efikasi sendiri dan daya tindak dalam ukuran pra ujian dan pos ujian. Data dianalisis secara deskriptif menggunakan kekerapan, peratusan dan min, serta analisis secara inferensi menggunakan ujian ANCOVA dan MANCOVA bagi melihat kesan modul terhadap pemboleh ubah bersandar kajian. Dapatan kajian pembinaan modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku- Psikospiritual al-Ghazali perlu dibina kerana menunjukkan pekali kesahan keseluruhan adalah 0.89 dan kebolehpercayaan ($\alpha=0.922$) yang tinggi. Seterusnya modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali dapat meningkatkan penghargaan sendiri ($F=12.955$, $\text{sig}=0.001$ ($p<.05$), efikasi sendiri ($F=52.855$, $\text{sig}=0.000$ ($p<.05$) dan daya tindak ($F=19.089$, $\text{sig}=0.000$ ($p<.05$) bagi kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan remaja mangsa buli siber. Kesimpulannya, Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali berkesan meningkatkan penghargaan sendiri, efikasi sendiri dan daya tindak dalam kalangan remaja sederhana mangsa buli siber. Implikasi kajian ini memberi sumbangan kepada perkhidmatan bimbingan dan kaunseling apabila berjaya membina satu modul integrasi yang komprehensif dan seterusnya dapat memperkembangkan lagi ilmu berkaitan integrasi teori yang sesuai digunakan dalam konteks budaya di Malaysia bagi pencegahan buli siber.



THE EFFECT OF AL-GHAZALI'S PSYCHOSPIRITUAL- COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY INTEGRATION MODULE ON SELF-ESTEEM, SELF-EFFICACY AND COPING OF CYBERBULLYING VICTIMS

ABSTRACT

The aim of the study is to develop the Cognitive Behavioral Therapy Psychospiritual integration module based on al-Ghazali and test its effect on self-esteem, self-efficacy and coping of adolescents victims of cyberbullying between the treatment groups and the control groups. A quasi-experimental pre-test and post-test study was conducted on 80 samples including 40 treatment group samples and 40 treatment group samples among second grade Islamic moderate adolescents who were victims of cyberbullying. The treatment group samples were exposed to the Cognitive Behavioral Therapy Psychospiritual al-Ghazali integration module intervention for 10 sessions over a period of five weeks. The Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES), General Self-Efficacy Scale (GSES), and Adolescent Coping Scale (ACS) were used to measure self-esteem, self-efficacy, and coping in pre-test and post-test measures. Data were analyzed descriptively using frequency, percentage, and mean, and inferentially using ANCOVA and MANCOVA tests to see the impact of the module on the study dependent variable. The findings indicate that the Cognitive Behavioral Therapy-Psychospiritual Al-Ghazali integration module needs to be develop because that the overall validity coefficient is 0.89 and the reliability ($\alpha=0.922$) is high. Next modul integration of Cognitive Behavioral Therapy-Psychospiritual Al-Ghazali can improve self esteem ($F=12.955$, $\text{sig}=0.001$ ($p<.05$), self-efficacy ($F=52.855$, $\text{sig}=0.000$ ($p<.05$), and coping ($F=19.089$, $\text{sig}=0.000$ ($p<.05$) for the treatment group compared to the control group of adolescent victims of cyberbullying. In conclusion, the Cognitive Behavioral Therapy Psychospiritual integration module based on al-Ghazali is effective in enhancing self-esteem, self-efficacy, and coping among moderate adolescents who are victims of cyberbullying. The implication of this study is to contribute to guidance and counseling services when successfully building a comprehensive integration module and in turn be able to further develop knowledge related to theoritical integration that is suitable for use in the cultural context in Malaysia for the prevention of cyberbullying.





KANDUNGAN

Muka Surat

PERAKUAN KEASLIAN PENULISAN	ii
PENGESAHAN PENYERAHAN TESIS	iii
PENGHARGAAN	iv
ABSTRAK	v
KANDUNGAN	vii
SENARAI JADUAL	xiii
SENARAI RAJAH	xvii
SENARAI SINGKATAN	xviii
SENARAI LAMPIRAN	xx
BAB 1 PENGENALAN	
1.1 Pendahuluan	1
1.2 Latar Belakang Kajian	1
1.3 Pernyataan Masalah	14
1.4 Tujuan Kajian	26
1.5 Objektif Kajian	26
1.6 Persoalan Kajian	34
1.7 Hipotesis Kajian	39
1.8 Kepentingan Kajian	45
1.9 Batasan Kajian	48
1.10 Definisi Secara Konseptual dan Operasional	50
1.10.1 Kesan	50
1.10.2 Modul Integrasi	51
1.10.3 Kelompok Bimbingan	52
1.10.4 Psikospiritual al-Ghazali	54
1.10.5 Terapi Kognitif Tingkah laku	56
1.10.6 Penghargaan Kendiri	57
1.10.7 Efikasi Kendiri	59



1.10.8	Daya Tindak	60
1.10.9	Mangsa Buli Siber	62
1.10.10	Lokasi Sekolah Bandar dan Luar Bandar	63
1.11	Kerangka Konseptual Kajian	64
1.12	Rumusan	66

BAB 2 PENDEKATAN TEORI DAN TINJAUAN LITERATUR

2.1	Pendahuluan	67
2.2	Kelompok Bimbingan dalam Perkhidmatan Bimbingan dan Kaunseling	67
2.3	Perkembangan Elemen Spiritual dan Agama dalam Bimbingan dan Kaunseling	74
2.4	Perbandingan Spiritual dan Perspektif Barat dan Islam	79
2.5	Pendekatan Teori dan Model Pemboleh Ubah Kajian	84
2.5.1	Model Integrasi	84
2.5.2	Teori Kognitif Tingkah laku (TKT)	88
2.5.3	Model Psikospiritual al-Ghazali	94
2.5.4	Teori Hierarki Keperluan Maslow	104
2.5.5	Teori Kognitif Sosial	111
2.5.6	Teori Daya Tindak Model Lazarus	115
2.5.7	Teori Ekologikal Sosial	119
2.6	Kajian Keperluan Integrasi Agama dalam Terapi Kognitif Tingkah laku	123
2.7	Pembinaan Modul Integrasi Psikospiritual al-Ghazali	130
2.7.1	Pembinaan Modul Integrasi	130
2.7.2	Model Pembinaan Modul Integrasi Psikospiritual al-Ghazali	134
2.7.3	Modul Bimbingan Integrasi Psikospiritual al-Ghazali	142

2.8	Kerangka Teoritikal Kajian	154
2.9	Kajian Literatur Pemboleh Ubah Kajian	155
2.9.1	Kajian Lepas Pembinaan Modul Integrasi Psikospiritual al-Ghazali	155
2.9.2	Kajian Lepas Kesahan dan Kebolehpercayaan Modul Integrasi	157
2.9.3	Kajian Pemboleh Ubah Penghargaan Kendiri	160
2.9.4	Kajian Pemboleh Ubah Efikasi Kendiri	168
2.9.5	Kajian Pemboleh Ubah Daya Tindak	175
2.9.6	Kajian Pemboleh Ubah Mangsa Buli Siber	180
2.10	Rumusan	189

BAB 3 METODOLOGI

3.1	Pendahuluan	191
3.2	Reka Bentuk Kajian	192
3.3.	Lokasi Kajian	196
3.4.	Pemilihan Sampel Kajian	199
3.4.1	Proses Pemilihan Sampel	200
3.5	Instrumen Kajian	205
3.5.1	Bahagian A: Maklumat Latar belakang Remaja	206
3.5.2	Bahagian B: Soal Selidik Kajian	206
3.5.3	Bahagian C: Modul Integrasi Psikospiritual al-Ghazali	215
3.6	Kajian Rintis	216
3.6.1	Menguji Kesahan Bagi Soal Selidik MBS, SPK,SEKU dan SDTR	218
3.6.2	Kebolehpercayaan Instrumen Kajian	230
3.7	Kajian Rintis Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali	237
3.7.1	Kesahan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali	238
3.7.2	Kebolehpercayaan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali	241
3.8	Prosedur Menjalankan Kajian	242

3.8.1	Kebenaran Menjalankan Kajian	242
3.8.2	Prosedur Kajian Kelompok Rawatan	243
3.8.3	Prosedur Kajian Kelompok Kawalan	245
3.8.4	Langkah-Langkah Mengawal Pemboleh Ubah Luaran	245
3.8.5	Pemilihan dan Latihan Fasilitator	247
3.9	Pemarkatan Data Kajian	248
3.10	Analisis Data	253
3.11	Rumusan	257

BAB 4 DAPATAN KAJIAN

4.1	Pengenalan	258
4.2	Hasil Dapatan Kajian Keperluan Pembinaan Modul Integrasi Psikospiritual al-Ghazali	259
4.2.1	Keperluan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali	259
4.3	Hasil Dapatan Kesahan dan Kebolehpercayaan Modul Integrasi Psikospiritual al-Ghazali	263
4.3.1	Hasil Dapatan Kesahan Modul Integrasi Psikospiritual al-Ghazali	263
4.3.2	Hasil Dapatan Kebolehpercayaan Modul Integrasi Psikospiritual al-Ghazali	268
4.4	Hasil Dapatan Kesan Modul Kajian Kuasi Eksperimen	271
4.4.1	Demografi Lokasi Kelompok Rawatan dan Kelompok Kawalan	272
4.4.2	Kelompok Rawatan dan Kelompok Kawalan Ujian Pra	273
4.5	Pengujian Normaliti Pemboleh Utama Kajian	275
4.5.1	Pengujian Normaliti bagi Pemboleh Ubah Penghargaan Kendiri	275
4.5.2	Pengujian Normaliti bagi Pemboleh Ubah Efikasi Kendiri	276
4.5.3	Pengujian Normaliti bagi Pemboleh Ubah Daya Tindak	277
4.6	Keputusan Analisis Pengujian Hipotesis Kuasi Eksperimen	278

4.6.1	Kelompok Kawalan Ke Atas PenghargaanKendiri Efikasi Kendiri dan Daya Tindak	279
4.6.2	Kesan Modul Integrasi Psikospiritual al-Ghazali Antara Kelompok Rawatan danKelompok Kawalan Ke Atas Sub Konstruk DayaTindak	287
4.6.3	Kesan Modul Integrasi Psikospiritual al- Ghazali Antara Kelompok Rawatan danKelompok Kawalan Ke Atas Penghargaan Kendiri Efikasi Kendiri dan Daya Tindak Berdasarkan Lokasi Sekolah	299
4.6.4	Kesan Modul Integrasi Psikospiritual al-Ghazali Antara Kelompok Rawatan danKelompok Kawalan Ke Atas Sub Konstruk Daya Tindak Berdasarkan Lokasi Sekolah	310
4.7	Rumusan	323

BAB 5 PERBINCANGAN, RUMUSAN DAN CADANGAN

5.1	Pengenalan	325
5.2	Rumusan Keputusan Kajian	326
5.3	Perbincangan Dapatan Kajian	328
5.3.1	Dapatan Kajian Keperluan Pembinaan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku - Psikospiritual al-Ghazali	329
5.3.2	Dapatan Kajian Kesahan Modul Bimbingan Integrasi Psikospiritual al-Ghazali	333
5.3.3	Dapatan Kajian Kebolehpercayaan Modul Integrasi Psikospiritual al-Ghazali	335
5.3.4	Dapatan Kajian Kesan Modul Integrasi Psikospiritual al-Ghazali berdasarkan lokasi	344
5.3	Implikasi Kajian	353
5.3.1	Implikasi Terhadap Kementerian Pendidikan Malaysia	354
5.3.2	Implikasi Terhadap Teori dan Praktis	356
5.3.3	Implikasi Terhadap Perkhidmatan Bimbingan dan Kaunseling	360

5.3.4	Implikasi Terhadap Remaja Buli Siber	362
5.4	Cadangan Penyelidikan Lanjutan	365
5.5	Penutup	367
RUJUKAN		369

**SENARAI JADUAL**

No. Jadual		Muka Surat
1.1	Statistik Capaian Perkhidmatan Teknologi Maklumat di Malaysia 2020-2022	4
1.2	Statistik Kes Buli Siber di Malaysia 2017-2022	16
2.1	Model ABC dalam Terapi Kognitif Tingkah laku	94
2.2	Rumusan Kerangka Modul Integrasi TKT-Psikospiritual al-Ghazali	151
3.1	Model Reka Bentuk Eksperimen	195
3.2	Bilangan Sampel Berdasarkan Lokasi	205
3.3	Konstruk Soal Selidik Mangsa Buli Siber	207
3.4	Konstruk Soal Selidik Penghargaan Kendiri	209
3.5	Konstruk Soal Selidik Skala Efikasi Kendiri Umum	211
3.6	Konstruk Soal Selidik Skala Daya Tindak Remaja	214
3.7	Fasa dan Langkah Pembangunan Modul	216
3.8	Profil Panel Pengesahan Pakar	220
3.9	Penilaian Pakar Terhadap Kesahan Soal Selidik Mangsa Buli Siber	221
3.10	Penilaian Pakar Terhadap Kesahan Soal Selidik Skala Penghargaan Kendiri	223
3.11	Penilaian Pakar Terhadap Kesahan Soal Selidik Skala Efikasi Kendiri Umum	224
3.12	Penilaian Pakar Terhadap Kesahan Soal Selidik Skala Daya Tindak Remaja	226
3.13	Nilai Kesahan Kandungan Keseluruhan Soal Selidik Mangsa Buli Siber, Skala Penghargaan Kendiri, Skala Efikasi Kendiri Umum dan Skala Daya Tindak Remaja	228
3.14	Cadangan dan Komen Pakar Keseluruhan bagi Soal Selidik Mangsa Buli Siber, Skala Penghargaan Kendiri, Skala Efikasi Kendiri Umum dan Skala Daya Tindak Remaja	229





3.15	Pekali <i>Cronbach Alpha</i>	231
3.16	Nilai <i>Cronbach Alpha</i> Kebolehpercayaan Soal Selidik Mangsa Buli Siber	232
3.17	Nilai <i>Cronbach Alpha</i> Kebolehpercayaan Soal Selidik Skala Penghargaan Kendiri	233
3.18	Nilai <i>Cronbach Alpha</i> Kebolehpercayaan Soal Selidik Skala Efikasi Kendiri Umum	234
3.19	Nilai <i>Cronbach Alpha</i> Kebolehpercayaan Soal Selidik Skala Daya Tindak Remaja	236
3.20	Pembahagian Item-Item Soal Selidik Mangsa Buli Siber	249
3.21	Pembahagian Item-Item Soal Selidik Skala Penghargaan Kendiri	250
3.22	Pembahagian Item-Item Soal Selidik Skala Efikasi Kendiri	251
3.23	Pembahagian Item-Item Soal Selidik Skala Daya Tindak	252
3.24	Analisis Data Inferensi	256
4.1	Dapatan Soal Selidik Keperluan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali	260
4.2	Penilaian Pakar Terhadap Kesahan Kandungan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali Berdasarkan Russell (1973)	263
4.3	Penilaian Pakar Terhadap Kesesuaian Sesi dan Aktiviti Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali berdasarkan Mohammad Aziz Shah (2010)	265
4.4	Maklum balas Penambahbaikan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali oleh Pakar	267
4.5	Nilai Kebolehpercayaan Sesi dan Aktiiti Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali	269
4.6	Nilai Kebolehpercayaan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali	271
4.7	Bilangan Sampel dan Kelompok Berdasarkan Lokasi	272
4.8	Ringkasan Analisis Deskriptif ANCOVA Mengukur Perbezaan Skor Min dan Sisihan Piawai Pemboleh utama antara Kelompok Rawatan Bandar, Kelompok Rawatan Luar Bandar dan Kelompok Kawalan Berdasarkan Data Pra Ujian Sampel Keseluruhan	274
4.9	Pengujian Normaliti Pemboleh ubah Penghargaan Kendiri	276
4.10	Pengujian Normaliti Pemboleh ubah Efikasi Kendiri	277





4.11	Pengujian Normaliti Pemboleh ubah Daya Tindak	278
4.12	Keputusan Ujian ANCOVA untuk Pos Ujian Penghargaan Kendiri antara Kelompok Rawatan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali dengan Kelompok Kawalan	281
4.13	Jadual Deskriptif Nilai Min Penghargaan Kendiri dalam Pra Ujian dan Pos Ujian antara Kelompok Rawatan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali dengan Kelompok Kawalan	282
4.14	Keputusan Ujian ANCOVA untuk Pos Ujian Efikasi Kendiri antara Kelompok Rawatan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali dengan Kelompok Kawalan	283
4.15	Jadual Deskriptif Nilai Min Efikasi Kendiri dalam Pra Ujian dan Pos Ujian antara Kelompok Rawatan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali dengan Kelompok Kawalan	284
4.16	Keputusan Ujian ANCOVA untuk Pos Ujian Daya Tindak antara Kelompok Rawatan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku Psikospiritual al-Ghazali dengan Kelompok Kawalan	285
4.17	Jadual Deskriptif Nilai Min Daya Tindak dalam Pra Ujian dan Pos Ujian antara Kelompok Rawatan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali dengan Kelompok Kawalan	287
4.18	Keputusan Ujian MANCOVA untuk Pos Ujian Sub Konstruk Daya Tindak antara Kelompok Rawatan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali dengan Kelompok Kawalan	290
4.19	Jadual Deskriptif Nilai Min Sub Konstruk Daya Tindak dalam Pra Ujian dan Pos Ujian antara Kelompok Rawatan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali dengan Kelompok Kawalan	299
4.20	Keputusan Ujian ANCOVA untuk Pos Ujian Penghargaan Kendiri antara Kelompok Rawatan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali dengan Kelompok Kawalan berdasarkan Lokasi	303
4.21	Jadual Deskriptif Nilai Min Penghargaan Kendiri dalam Pra Ujian dan Pos Ujian antara Kelompok Rawatan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali dengan Kelompok Kawalan berdasarkan Lokasi	304
4.22	Keputusan Ujian ANCOVA untuk Pos Ujian Efikasi Kendiri antara Kelompok Rawatan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku Psikospiritual al-Ghazali dengan Kelompok Kawalan berdasarkan Lokasi	305
4.23	Jadual Deskriptif Nilai Min Efikasi Kendiri dalam Pra Ujian dan Pos Ujian antara Kelompok Rawatan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali dengan Kelompok Kawalan berdasarkan Lokasi	306



4.24	Keputusan Ujian ANCOVA untuk Pos Ujian Daya Tindak antara Kelompok Rawatan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku Psikospiritual al-Ghazali dengan Kelompok Kawalan berdasarkan Lokasi	307
4.25	Jadual Deskriptif Nilai Min Daya Tindak dalam Pra Ujian dan Pos Ujian antara Kelompok Rawatan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali dengan Kelompok Kawalan berdasarkan Lokasi	308
4.26	Keputusan Ujian MANCOVA untuk Pos Ujian Sub Konstruk Daya Tindak antara Kelompok Rawatan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali dengan Kelompok Kawalan berdasarkan Lokasi	311
4.27	Jadual Deskriptif Nilai Min Sub Konstruk Daya Tindak dalam Pra Ujian dan Pos Ujian antara Kelompok Rawatan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali dengan Kelompok Kawalan berdasarkan Lokasi	313



SENARAI RAJAH

No. Rajah		Muka Surat
1.1	Kerangka Konseptual Kajian	65
2.1	Hierarki Keutamaan Orientasi Bimbingan dan Kaunseling di Sekolah	68
2.2	Hubungkait antara pemikiran, perasaan dan tingkahlaku dalam TKT oleh Wilding dan Milne (2006)	93
2.3	Model Kaunseling Spiritual al-Ghazali oleh Salasiah (2008)	104
2.4	Teori Hierarki Keperluan Maslow	105
2.5	Model Teori Kognitif Sosial (Bandura, 1986)	112
2.6	Model Lazarus' terhadap Tekanan, Penilaian dan Daya Tindak	116
2.7	Teori Ekologikal Sistem	122
2.8	Model Pembinaan Modul Sidek (2005)	141
2.9	Carta Alir Integrasi TKT Psikospiritual al-Ghazali	153
2.10	Kerangka Teoritikal Kajian	154
3.1	Pemilihan Lokasi Kajian	199
3.2	Pemilihan dan Pengagihan Sampel	204
3.3	Pelaksanaan Kajian Kuasi Eksperimen	244





SENARAI SINGKATAN

ABC	<i>Adventure Based Counselling</i>
ACA	<i>American Counselling Association</i>
ACS	<i>Adolescent Coping Scale</i>
AD	<i>Alzheimer Disease</i>
ADDIE	<i>Analysis, Design, Develop, Implement, Evaluasi</i>
APA	<i>American Psychological Association</i>
CAST	<i>Client Attitudes Towards Spirituality in Therapy</i>
CBI	<i>Cyber Bullying Inventory</i>
CSM	<i>Cyber Security Malaysia</i>
EK	Efikasi Kendiri
GAS	<i>General Adaptation Syndrome</i>
GPK	Garis Pendapatan Kemiskinan
ICBT	<i>Islamic Cognitive Behavior Therapy</i>
ICT	<i>Information Communication Technology</i>
I-SC	<i>Islamic Spiritual Counselling</i>
IoT	<i>Internet of Things</i>
IPG	Institut Pendidikan Guru
IPBL	<i>Islamic Problem Based Learning</i>
KDS	Kompleks Darul as-Saadah
KKM	Kementerian Kesihatan Malaysia
KKPR	Kaunseling Kelompok Penyesuaian Remaja
KRb	Kelompok Rawatan Bandar
KRIb	Kelompok Rawatan Luar Bandar
KKb	Kelompok Kawalan Bandar
KKIb	Kelompok Kawalan Luar Bandar
KPM	Kementerian Pendidikan Malaysia
LKM	Lembaga Kaunselor Malaysia
MAC-P	<i>Mindfulness Acceptance Commitment Physical</i>
MAINS	Majlis Agama Islam Negeri Sembilan



MBS	Mangsa Buli Siber
MITP	Modul Intervensi Terapi Psikospiritual
PBB	Pertubuhan Bangsa-Bangsa Bersatu
PLKN	Program Latihan Khidmat Negara
PPPM	Pelan Pembangunan Pendidikan Malaysia
TIPS	Terapi Integrasi Psikospiritual
RCBT	<i>Religion Cognitive Behavior Therapy</i>
REBT	<i>Rational Emotive Behavior Therapy</i>
RSES	<i>Rosenberg Self Esteem Scale</i>
SBP	Sekolah Berasrama Penuh
SDTR	Skala Daya Tindak Remaja
SEKU	Skala Efikasi Kendiri Umum
SKMM	Suruhanjaya Komunikasi Multimedia Malaysia
SMS	<i>Short Messaging Service</i>
SPK	Skala Penghargaan Kendiri
SPM	Sijil Pelajaran Malaysia
TAN	<i>Tazkiyah an-Nafs</i>
TC	<i>Theraputic Community</i>
TTLT	Teori Tingkah laku Terancang
TKT	Terapi Kognitif Tingkah laku
TM	Teknologi Maklumat
UKM	Universiti Kebangsaan Malaysia
UNICEF	<i>United National Children Fund</i>
UPSR	Ujian Penilaian Sekolah Rendah



SENARAI LAMPIRAN

- A Modul Bimbingan Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali
- B Surat Kebenaran Menjalankan Penyelidikan
- C Borang Soal Selidik Instrumen Penghargaan Kendiri, EfikasiKendiri, Daya Tindak dan Mangsa Buli Siber
- D Borang Soal Selidik Kesahan dan Kebolehpercayaan Modul Bimbingan Integrasi Psikospiritual al-Ghazali
- E Analisis Kajian Rintis Instrumen Penghargaan Kendiri, EfikasiKendiri dan Daya Tindak
- F Analisis Kajian Rintis Modul Bimbingan Integrasi Psikospiritual al-Ghazali
- G Analisis Kesahan Pakar dan Penilaian Instrumen Penghargaan Kendiri, Efikasi Kendiri dan Daya Tindak
- H Analisis Kesahan Pakar dan Penilaian Modul Bimbingan Integrasi Psikospiritual al-Ghazali
- I Analisis Keputusan Kajian Awal
- J Analisis Pemilihan Sampel Kajian
- K Analisis Keputusan Kajian Kuasi Eksperimen





BAB 1

PENGENALAN



1.1 Pendahuluan



Bab ini akan menerangkan mengenai latar belakang kajian, pernyataan masalah, tujuan kajian, objektif kajian, persoalan kajian, kepentingan kajian, batasan kajian, definisi pemboleh ubah kajian, lokasi kajian, sampel kajian dan kerangka konseptual kajian secara menyeluruh bagi mengenal pasti kesan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah Laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas penghargaan sendiri, efikasi sendiri dan daya tindak remaja mangsa buli siber.

1.2 Latar Belakang Kajian

Revolusi Perindustrian Keempat (IR 4.0) menyaksikan perkembangan teknologi





maklumat dan komunikasi yang begitu pesat dan pantas di seluruh dunia. Seiring dengan perkembangan teknologi masa kini, internet telah menjadi semakin maju dan canggih dan boleh dicapai pada bila-bila masa dan di mana sahaja (Sharipah, 2017; Mohd Norhadi & Zurinah, 2017). Menurut Johnson (2021), bilangan pengguna internet seluruh dunia semakin meningkat dari setahun ke setahun. Sehingga Januari 2021, bilangan pengguna internet di seluruh dunia telah mencapai 4.66 bilion iaitu 59.5 peratus daripada populasi global (Johnson, 2021). Perubahan ini turut memberi impak yang besar kepada dunia pendidikan khususnya di Malaysia sesuai dengan kecenderungan remaja yang lebih tertarik dengan kaedah pembelajaran menggunakan teknologi maklumat (Jenal, 2017).

Sehubungan dengan itu Kementerian Pendidikan Malaysia telah merangka Pelan Pembangunan Pendidikan Malaysia (PPPM) 2013-2025 yang menetapkan 11 anjakan untuk memacu sistem pendidikan Malaysia bagi mewujudkan visi dan aspirasi yang jelas untuk setiap murid dan sistem pendidikan secara keseluruhan serta menggariskan program transformasi menyeluruh dan komprehensif bagi memenuhi harapan tinggi masyarakat dan negara. PPPM terdiri daripada tujuh anjakan dan anjakan ketujuh Pelan Pembangunan Pendidikan Malaysia (PPPM) memberi tumpuan kepada peningkatan kualiti pembelajaran di Malaysia menggunakan teknologi maklumat (TM) (*Malaysia Education Blueprint Malaysia*, 2013).

Mendepani dunia pendidikan remaja tidak boleh terhindar dari perkembangan zaman kerana pendidikan dirancang untuk menghadapi perubahan zaman iaitu Revolusi Perindustrian Keempat (Industri 4.0). Dalam zaman Revolusi Perindustrian Keempat hari ini, perkembangan teknologi merupakan salah satu faktor di sebalik





peningkatan penggunaan internet. Penggunaan internet meliputi penggunaan media sosial yang mempunyai pelbagai rangkaian internet yang menghubungkan individu dengan individu yang lain secara alam maya (Ricky Hafiz et al., 2020). Dalam dekad ini, *Internet of Things* (IoT) telah dilihat dalam setiap bidang malah dalam hampir setiap aspek kehidupan seharian. Dimulakan oleh Kevin Ashton sekitar tahun 1999, *Internet of Things* (juga dikenali sebagai IoT) ialah konsep rangkaian komunikasi antara objek sekeliling yang sentiasa disambungkan melalui internet. Internet membantu pengguna komputer dan telefon pintar mendapatkan pelbagai maklumat yang mereka perlukan (Haryati, 2019).

Bagi mendepani Revolusi Perindustrian Keempat pada zaman ini, Kementerian Pendidikan Malaysia, pada 23 jun 2017 telah menerbitkan Pekeliling Ikhtisas Bilangan 3 tahun 2017 mengenai Garis Panduan dan Nilai Etika Penggunaan Media Sosial untuk Guru dan Pelajar. Garis panduan ini telah diluluskan pada Mesyuarat Profesional Kementerian Pendidikan Malaysia kali ke-2 yang diadakan pada 12 Januari 2017. Garis panduan ini bertujuan untuk mengelakkan penyalahgunaan media sosial dalam kalangan guru dan pelajar yang boleh membawa kepada pelbagai keburukan terutama dalam penyebaran fitnah dan maklumat yang salah (Kementerian Pendidikan Malaysia, 2017). Selain Kementerian Pendidikan, Kementerian Sains Teknologi dan Inovasi pada 24 februari 2018 telah mengeluarkan Buku Panduan Keibubapaan Siber untuk membantu ibu bapa mendalami kemahiran ibu bapa siber. Buku ini mengandungi maklumat dan infografik yang boleh digunakan dan dimanfaatkan oleh ibu bapa sebagai panduan dan rujukan membantu mengatur aktiviti anak dalam talian mengikut kumpulan umur prasekolah, sekolah rendah dan sekolah menengah (Cyber Security Malaysia, 2019).



Internet adalah teknologi yang kerap berevolusi dengan pelbagai ciri baharu dan telah mempengaruhi kehidupan remaja dalam pelbagai aspek dan perspektif. Internet membolehkan remaja berkomunikasi, berhubung dan mengenal antara satu sama lain melalui media sosial seperti telefon bimbit, Instagram, Facebook, Twitter, dan e-mail (Sharul Nazmi et al., 2019). Kajian Hakim et al. (2021) menunjukkan 91.3 peratus sampel bersetuju bahawa penggunaan internet adalah satu kewajipan dalam kehidupan remaja. Kebanyakan remaja juga menganggap telefon bimbit dan internet sebagai satu keperluan bagi mereka (Azizi et al., 2021). Tahap penggunaan internet dalam kalangan remaja berada pada tahap yang tinggi iaitu sebanyak 64.21 peratus (Sari & Utami, 2019). Statistik Jabatan Perangkaan Malaysia dari tahun 2020 sehingga 2022 menunjukkan peningkatan penggunaan komputer, internet dan telefon bimbit seperti ditunjukkan dalam jadual 1.1

Jadual 1.1

Statistik Capaian Perkhidmatan Teknologi Maklumat di Malaysia 2020--2022

Capaian Teknologi Maklumat	Tahun		
	2020	2021	2022
Komputer	77.6	88.3	91.3
Internet	91.7	94.9	96.0
Telefon Bimbit	98.6	99.3	99.6
Bandar	93.5	96.9	98.1
Luar Bandar	83.9	86.7	89.1

*Sumber : Jabatan Perangkaan Malaysia, 2023

Berdasarkan Statistik Jabatan Perangkaan Malaysia pada tahun 2023 menunjukkan penggunaan internet peribadi meningkat sebanyak 1.1 peratus daripada 94.9 peratus pada 2021 kepada 96.0 peratus pada 2022. Manakala peratusan capaian kepada komputer juga meningkat 3.0 peratus daripada 88.3 peratus pada tahun 2021



kepada 91.3 peratus pada tahun 2022. Begitu juga capaian kepada telefon bimbit turut mengalami peningkatan sebanyak 0.3 peratus daripada 99.3 peratus pada tahun 2021 kepada 99.6 peratus pada tahun 2022. Peningkatan ketara capaian teknologi maklumat penduduk bandar dan luar bandar juga berlaku iaitu peningkatan 1.2 peratus capaian teknologi maklumat penduduk bandar pada tahun 2022 berbanding tahun 2021. Capaian teknologi maklumat penduduk luar bandar juga meningkat sebanyak 2.4 peratus pada tahun 2022 berbanding tahun 2021 iaitu peningkatan tertinggi berbanding capaian teknologi maklumat bandar (*Department of Statistics*, 2023).

Namun di sebalik peningkatan penggunaan media sosial dan kebaikan media sosial oleh masyarakat khususnya remaja yang makin berkembang wujud satu masalah baru iaitu buli siber. Dalam zaman internet era siber sekarang ini, membuli telah menjadi satu fenomena baru di media sosial dan ia digelar sebagai buli siber (*cyberbully*). Statistik global dalam kalangan 28 negara menunjukkan Malaysia berada di kedudukan keenam di dunia dan kedua dalam kalangan negara Asia dalam buli siber. (Nurulhuda et al., 2022). Safiek Mokhlis (2019) mendapati buli siber merupakan bentuk gangguan yang paling kerap berlaku khususnya dalam kalangan remaja masa kini yang kehidupan mereka berada dalam dunia serba digital dan berteknologi. Golongan remaja merupakan kumpulan yang mudah ketagih terhadap penggunaan internet (Kumar et al., 2018) dan mudah mengharapkan sesuatu yang sukar mereka miliki apabila berada di media sosial berbanding kumpulan dewasa (Sari & Utami, 2019). Kajian juga menunjukkan remaja bandar mengalami ketagihan penggunaan media sosial sebanyak 83.3 peratus manakala remaja luar bandar sebanyak 78 peratus (Sowndarya & Pattar, 2018).





Buli siber dikategorikan kepada dua bentuk iaitu pembuli siber dan mangsa buli siber. Pembuli siber adalah merupakan perbuatan buli melalui teknologi yang merangkumi komen berbahaya, teks rawak negatif dari orang asing di media sosial dengan menyembunyikan identiti pelaku (Berne et al., 2019). Buli siber merupakan bentuk buli yang agak baru dan serius dengan kesan sosial dan emosi yang negatif kepada mangsa (Baldry et al., 2016). Buli siber menyebabkan kemudaratan psikologi, kesakitan, penderitaan, dan telah terbukti memberi kesan traumatik kepada mangsa (Sam et. al., 2019). Buli siber berbeza dengan buli tradisional kerana buli siber mempunyai kesan segera dan meluas memandangkan serangan pembuli boleh berlaku selama 24 jam sehari dengan kapasiti yang luas dan boleh menghantui mangsa seumur hidup serta mengalami kesan psikologi berpanjangan lebih lama berbanding mangsa yang dibuli secara fizikal (Majlis Keselamatan Negara, 2021). Selain itu mangsa buli siber sukar mengenali pembuli siber kerana tidak berlaku di hadapan mata dan pembuli sering menggunakan nama samaran di dunia siber berbanding buli fizikal yang lain (Muhammad Adnan et al. 2019).

Menurut Azianura Hani et al. (2018) dalam Willard (2007), terdapat sembilan kategori buli siber sering dihadapi oleh mangsa buli siber iaitu menerima mesej berbentuk provokasi (*flaming*) melalui e-mel atau teks agar mangsa buli siber berasa marah, menerima gangguan seara berterusan (*harrasment*) dalam talian bertujuan menyinggung perasaan, menerima gangguan berbentuk ancaman dan menakutkan (*cyberstalking*), menerima komen atau pernyataan berbahaya dan tidak benar serta keji (*denigration*), menerima bahan yang dimuat naik di atas talian yang berbentuk sensitif, terlalu peribadi dan memalukan (*outing*), identiti disalahgunakan dan dipalsukan serta dimasukkan unsur lucah dan ganas (*impersonation*), disisihkan daripada komuniti





laman sosial dengan sengaja bagi tujuan memalukan dan menyakiti mangsa (*exclusion*), ugutan dan grooming (*blackmail and grooming*) dan penyebaran gambar tidak senonoh (*inappropriate images*).

Buli siber lebih memberi kesan kepada mangsa berbanding pembuli siber. Ini kerana mangsa buli siber yang menerima komen yang menyakitkan, dimalukan dan diugut oleh individu atau kumpulan dalam media sosial akan menghantui mangsa selama bertahun-tahun lamanya dan komen atau gambar akan kekal dalam talian dan mudah dilihat oleh semua orang sekiranya tidak dipadam (Intan Mas Ayu, 2019). Beberapa kajian tempatan dan antarabangsa telah menyatakan bahawa buli siber merupakan satu bentuk gangguan atau buli yang berleluasa dalam masyarakat khususnya dalam kalangan remaja (Febri Wandha & Ramli, 2022). Sepanjang lima belas tahun yang lalu, penyelidikan ke atas remaja sekolah menengah telah menunjukkan mereka telah mengalami mangsa buli siber (Hinduja & Patchin, 2017).

Kajian oleh Universiti Kebangsaan Malaysia (UKM) dan Jabatan Perancangan Pendidikan dan Pembangunan Penyelidikan Kementerian Pendidikan Malaysia pada tahun 2019 terhadap 4469 pelajar seluruh Malaysia berumur 13 hingga 16 tahun mendapati seramai 236 pelajar atau 5.3 peratus mengakui pernah menjadi pembuli siber dan 586 orang atau 13.1 peratus menjadi mangsa buli siber (Mohammad Rahim et al, 2019). Mangsa buli siber mula mengalami penganiayaan di alam siber sejak berumur antara 12 hingga 15 tahun dan memuncak pada umur usia sekitar 14 dan 15 tahun (Hinduja & Patchin, 2017). Menurut Pusat Bantuan Cyber999 pada suku ketiga tahun 2016 terdapat 334 kes buli siber dilaporkan dan sebanyak 228 kes dilaporkan pada tahun 2017 (Ilah Hafiz & Feride Hikmet, 2018).





Sementara itu, menurut Muhidin (2019), fenomena buli siber di Malaysia semakin serius khususnya kepada remaja yang menjadi mangsa buli dalam talian melibatkan 28 peratus daripada 6,953, dan 43 peratus daripada mereka menyatakan dibuli melalui permainan dalam talian, mesej peribadi dan aplikasi media sosial seperti Whatsapp, Facebook, Twitter, Instagram, dan juga YouTube. Tinjauan Suruhanjaya Komunikasi dan Multimedia Malaysia (SKMM) yang dijalankan dari Januari hingga November 2017 mendapati 38 aduan mangsa buli siber di laman web sosial seperti Facebook berumur 13 hingga 15 tahun. Menurut kajian oleh Dana Kanak-kanak Pertubuhan Bangsa-Bangsa Bersatu (UNICEF), 28 peratus iaitu 3 daripada 10 remaja di Malaysia telah menjadi mangsa keganasan dalam talian, 43 peratus daripadanya mangsa keganasan dalam talian melalui mesej peribadi di Instagram dan Facebook (Siti Zarinah, 2019).



Satu tinjauan yang dikeluarkan oleh UNICEF dan Pertubuhan Bangsa-Bangsa Bersatu (PBB) pada tahun 2020 mengenai keganasan terhadap kanak-kanak yang berumur 13 hingga 24 tahun di 30 negara mendedahkan satu daripada tiga golongan muda menjadi mangsa buli siber. Manakala satu daripada lima daripada mereka ponteng sekolah disebabkan buli siber. Kajian *Microsoft Global Youth Online Behaviour Survey* (2022), Malaysia menduduki tempat ke-17 daripada 25 negara yang dikaji untuk buli siber. Tinjauan mendapati bahawa 33 peratus daripada kanak-kanak berumur lapan hingga 17 tahun pernah mengalami beberapa bentuk buli siber, dengan kejadian buli siber meningkat dalam kalangan pelajar sekolah Malaysia, kumpulan sasaran utama adalah remaja dari usia 13 hingga 15 tahun. Malaysia menduduki tempat kedua dalam kalangan negara Asia dan keenam dalam kalangan 28 negara dalam penyelidikan mengenai buli siber (Nurulhuda Ahmad Razali et al., 2021).





Kajian menunjukkan remaja mangsa buli siber sering dikaitkan dengan aspek penghargaan sendiri. Penghargaan sendiri dikaitkan dengan penilaian positif ataupun negatif tentang diri (Feshbach et al., 1996). Remaja akan menghargai diri sendiri dan tidak akan menyalahkan diri sendiri atas ketidaksempurnaan dan kekurangan yang mereka miliki sekiranya mempunyai harga diri yang positif. Sebaliknya remaja yang sering menyalahkan diri atas ketidaksempurnaan diri dan berasa tidak bernilai dan berguna mempunyai harga diri yang negatif (Extremera et al., 2018). Kajian menunjukkan penghargaan sendiri yang tinggi dapat mencegah seseorang daripada menjadi mangsa buli siber (Che Hasniza Che Noh et al., 2018.; Rachmatan & Rayyan, 2018).

Kajian yang dijalankan oleh Wong et al. (2014), terhadap 1893 remaja menunjukkan harga diri tingkah laku prososial, semangat kekitaan di sekolah dan pengalaman positif di sekolah merupakan ciri-ciri psikososial yang diperlukan untuk membendung buli siber. Manakala individu yang mempunyai harga diri yang rendah mudah menjadi mangsa buli siber (Che Hasniza & Mohd Yusri, 2014; dan Suriana Che Awang & Khadijah Alavi, 2019) dan cenderung mengambil tindakan membunuh diri (Calvete & Orue, 2012; Dan A. Olweus, 2014; Quintana-Orts et al., 2022; Wright & Wachs, 2020).

Menurut Nurafifah (2020), mangsa buli siber boleh meragut harga diri dan maruah dirinya akibat mengalami rasa rendah diri dan rasa terhina dipanggil dengan gelaran seperti gemuk, kurus, hitam, atau dengan nama negatif lain di laman sosial. Akibatnya mangsa buli siber sukar mempercayai persepsi mereka terhadap diri sendiri. Kajian luar negara juga menunjukkan penghargaan sendiri yang rendah menjadi punca



seseorang menjadi mangsa buli siber (Brack & Caltabiano, 2014; Brewer & Kerslake, 2015; Olweus, 2014; Extremera et al., 2018; Hinduja & Patchin, 2017; Lei et al., 2020; Palermi et al., 2017).

Selain itu juga aspek efikasi sendiri merupakan elemen psikologikal yang penting dalam menghadapi buli siber. Menurut Bandura (1982), efikasi sendiri (*self efficacy*) secara saintifik merujuk kepada tahap di mana seseorang individu memilih untuk mempercayai keupayaan mereka sendiri untuk mencapai matlamat mereka dan menghasilkan apa yang mereka inginkan. Seseorang remaja perlu mempunyai efikasi sendiri yang tinggi dalam menghadapi pembuli siber. Efikasi sendiri yang tinggi menunjukkan perkaitan yang positif dalam mempertahankan diri daripada menjadi mangsa buli siber (Bussey et al., 2020; Ferreira et al., 2020). Mangsa buli siber juga perlu percaya dengan yakin mengenai keupayaan mereka dalam menjauhkan diri dari menjadi mangsa buli siber (Bussey et al., 2020).

Remaja yang tidak memiliki efikasi sendiri yang tinggi sering terdedah dan mudah menjadi mangsa buli siber (Samantha Rayne, Abdul Razak & Mohd Mahzan, 2017). Kajian luar negara juga menunjukkan aspek efikasi sendiri yang rendah menyumbang kepada seseorang menjadi mangsa buli siber (Bingol, 2018; Sabella et al., 2013). Faktor efikasi sendiri merupakan faktor yang berkesan dalam pencegahan buli siber. Kajian yang dijalankan terhadap 540 remaja Australia berumur 11 hingga 15 tahun menunjukkan efikasi sendiri yang tinggi adalah mekanisme penting dalam mempertahankan diri dari menjadi mangsa buli siber (Clark & Bussey, 2020).

Selain itu juga, aspek daya tindak sering dikaitkan dengan tindak balas remaja dalam menghadapi buli siber. Daya tindak merujuk kepada pemikiran dan juga tingkah laku yang terlibat dalam menilai sumber tenaga yang tersedia untuk membolehkan mereka mengurus, bersabar, dan mengurangkan permintaan dalaman dan luaran (Lazarus & Folkman, 1987). Daya tindak juga merupakan usaha kognitif dan tingkah laku yang diperlukan bagi menangani permintaan dalaman dan luaran (Mallmann et al., 2017). Daya tindak menyelesaikan, memberitahu, mengabaikan dan melawan merupakan elemen penting dalam menghadapi buli siber (Worsley et al., 2019). Begitu juga daya tindak yang tinggi terhadap tindakan dari aspek penyelesaian emosi dan masalah akibat menjadi mangsa buli siber penting dalam mengatasi kemarahan, dendam dan kekecewaan reaksi daripada buli siber (Arato et al., 2020; Wachs et al., 2012; Yang, 2021).

Remaja mangsa buli siber sering gagal bersabar dan mencari jalan penyelesaian dan pertimbangan yang rasional dalam menghadapi buli siber dan akhirnya mengambil keputusan untuk membunuh diri. Remaja mengalami simptom kemurungan yang tinggi akibat sering menjadi mangsa buli siber (Tanrikulu & Erdur-Baker, 2021) dan hilang pertimbangan sehingga mempunyai kecenderungan untuk membunuh diri akibat tertekan (Hinduja & Patchin, 2013). Mangsa buli siber juga mengambil masa yang lama untuk pulih daripada peristiwa yang menekan berbanding pembuli siber (Remond & Romo, 2018).

Oleh itu program intervensi dalam bentuk pencegahan individu atau kumpulan diperlukan untuk meningkatkan harga diri, efikasi sendiri iaitu keyakinan diri, dan kemahiran daya tindak menangani buli siber. Pencegahan dan cadangan program

intervensi khasnya kepada mangsa buli siber di sekolah penting bagi membentuk remaja yang sihat jasmani, emosi, mental dan sosial (Che Hasniza Che Noh, 2018). Kaunselor sekolah juga berperanan melaksanakan program intervensi bagi mencegah dan membendung remaja daripada menjadi mangsa buli siber di sekolah (Safiek Mokhlis, 2019). Selain itu intervensi pencegahan lebih komprehensif juga perlu dilakukan kepada remaja mangsa buli siber (Shapka et al., 2018).

Oleh kerana buli siber boleh memberi kesan kepada semua aspek kehidupan remaja, program intervensi untuk menangani masalah khusus buli siber harus dititikberatkan (Chan & Wong, 2015). Malah Cantone et al., (2015), tegasnya, langkah mencegah buli siber di sekolah perlu menjadi keutamaan khususnya dalam perkhidmatan bimbingan dan kaunseling. Salah satu mekanisme ataupun pendekatan yang biasa digunakan pada hari ini untuk menangani aspek berkaitan emosi, pemikiran dan tingkah laku yang dialami oleh mangsa buli siber ialah terapi kognitif-tingkah laku (TKT) (Nur Azmina & Mohamad Hashim, 2021).

Mengikut pendekatan Terapi Kognitif Tingkah laku (TKT), kaunselor membantu klien mengenal pasti pemikiran negatif dan mengubah pemikiran seperti pemikiran automatik, andaian, dan kepercayaan yang negatif dalam diri klien (Ching, 2020). Terapi ini memfokuskan kepada pemikiran dan bagaimana pemikiran tersebut mempengaruhi perasaan dan tingkah laku klien (Munezawa, 2009). Mangsa buli siber boleh membangunkan tindakan pencegahan buli siber yang lebih berkesan dengan menukar emosi mereka kepada tenang dan menerima serta membetulkan pemikiran mereka. Terapi Kognitif Tingkah laku (TKT) telah banyak digunakan oleh pengkaji-pengkaji untuk peningkatan harga diri (Kolubinski et al., 2018). Terapi Kognitif



Tingkah laku (TKT) juga digunakan untuk meningkatkan harga diri dan efikasi sendiri remaja (Karyotaki et al., 2017). TKT juga mampu meningkatkan harga diri dan daya tindak mengatasi dari menjadi mangsa buli siber (Chan & Wong, 2017). Melalui kajian eksperimen yang dijalankan terhadap remaja berumur 12 hingga 14 tahun menunjukkan program pencegahan buli siber menggunakan terapi kognitif tingkah laku mempunyai kesan positif terhadap tingkah laku buli siber (Yuksel & Cekic, 2019).

Walaupun keberkesanan TKT menyelesaikan pelbagai masalah sosial dan emosi remaja seperti buli siber tidak dapat dinafikan, namun pengkaji percaya bahawa masih terdapat ruang untuk penambahbaikan dalam pencegahan buli siber kepada masyarakat Malaysia yang majoritinya beragama Islam dengan menyuntik unsur Islam untuk menjadikan TKT lebih lengkap dan inklusif bagi memenuhi keperluan masyarakat Islam di Malaysia serta sebagai nilai tambah dalam perkhidmatan bimbingan dan kaunseling di sekolah. Dalam TKT berperspektif Islam pelaksanaan intervensi menggunakan rujukan utama iaitu al-Quran dan al-Hadis untuk membantu manusia dari segala aspek kehidupan secara menyeluruh bagi pembangunan jiwa, hati, akal dan roh khasnya bagi mendepani perkembangan teknologi dan media sosial (Nur Hikmah Mubarak Ali & Nadiyah Elias, 2016).

Menurut Imam Al-Ghazali (2007), pembangunan personaliti manusia adalah secara bersepadu. Islam tidak menolak perkembangan teknologi dan media sosial yang mempunyai banyak manfaat seperti mengeratkan silaturrahim, menambahkan kenalan dan berdakwah. Namun Islam menggariskan etika dan panduan dalam menghadapi perkembangan teknologi maklumat seperti melarang penyebaran berita yang tidak benar, *ghibah*, kebencian, permusuhan, fitnah, adu domba (Muhammad Shawal Abdul





Rashid et al., 2017). Pendekatan kerohanian dan persekitaran Islam adalah aspek utama pencegahan buli siber (Muhammad Shawal Abdul Rashid et al., 2017). Di Malaysia integrasi spiritual dan agama sangat penting dilaksanakan kerana banyak masalah klien berkaitan perkara ini (Salasiah Hanin, 2018) dan juga elemen spiritual dan keagamaan merupakan tunjang kepada kesejahteraan jiwa dan mental manusia (Mohd Tajuddin, 2018). Badri (2020), mencadangkan nilai Islam dan spiritual diaplikasikan dalam perkhidmatan kaunseling kerana ia lebih berkesan menangani masalah klien.

Oleh itu pengkaji berusaha memberikan alternatif pencegahan kepada mangsa buli siber di sekolah dengan membina satu modul bimbingan yang mengintegrasikan Terapi Kognitif Tingkah laku (TKT) dan Psikospiritual Al-Ghazali dikenali Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali. Pembinaan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali adalah penting kerana ianya merupakan satu pakej pembelajaran yang secara sistematik dan berurutan merangkumi topik tertentu supaya remaja dapat mencapai dan menguasai unit topik pembelajaran dengan mudah dan bermatlamat (Sidek & Jamaludin, 2017). Penerapan elemen keagamaan melalui penggunaan modul terbukti mampu merawat kesihatan yang merangkumi kesihatan mental, fizikal dan kesihatan rohani atau spiritual (Petubuhan Bangsa-Bangsa Bersatu, 2011).

1.3 Pernyataan Masalah

Dewasa ini remaja telah menjadikan rangkaian sosial dan komputer serta telefon bimbit sebagai sebahagian dalam kehidupan sosial mereka selaras dengan perkembangan



teknologi (Naquaih Nahar et al., 2018). Kehidupan sosial remaja di seluruh dunia termasuk di Malaysia tidak dapat dibayangkan tanpa penggunaan internet, kamera digital, Facebook, atau telefon pintar kerana golongan ini telah menjadikan teknologi khususnya internet sebagai sebahagian gaya hidup yang penting dan baharu bagi mereka (Heni Widiastuti, 2021). Laman sosial menawarkan banyak cara untuk remaja berkongsi pengalaman kehidupan seharian, berkongsi emosi, video, foto, menjadi diari maya, dan membolehkan para remaja menambah kenalan tanpa had dan sempadan (Nitti et al., 2015). Perkembangan pesat era digital telah membolehkan segmen besar masyarakat dunia mengakses banyak maklumat melalui internet menggunakan pelbagai teknologi (Adhiarso et al., 2019).

Walaupun terdapat banyak kebaikan daripada laman rangkaian sosial dalam talian, bahaya menjadi mangsa buli siber dalam kalangan remaja sering menimbulkan kerisauan (Kumaran, 2016; Umesh et al., 2018). Menurut statistik yang dikeluarkan oleh *United Nations Children's Fund* 2019 berkenaan keganasan dalam talian terhadap kanak-kanak di 30 negara, menunjukkan bahawa satu daripada lima remaja dilaporkan tidak hadir ke sekolah kerana buli siber. Manakala di Malaysia pula, tiga daripada sepuluh kanak-kanak didapati menjadi mangsa buli siber dalam talian (Tajuddin, 2020). Malaysia juga merupakan negara kedua tertinggi bagi kes buli siber di Asia (UNICEF, 2020). Statistik Kementerian Pendidikan Malaysia seperti dalam jadual 1.2 menunjukkan pada tahun 2021 kes buli siber di Malaysia melibatkan remaja sekolah adalah sebanyak 530 kes berbanding tahun 2020 sebanyak 419 iaitu peningkatan sebanyak 20.9 peratus (Kementerian Pendidikan Malaysia, 2022). Oleh itu pencegahan awal perlu dilaksanakan di peringkat sekolah agar perkara ini tidak menjadi isu kesihatan mental yang lebih teruk khususnya kepada golongan remaja (UNICEF,

2022).

Jadual 1.2

Statistik Kes Buli Siber di Malaysia 2017-2021

Tahun	Kes Buli Siber di Malaysia
2021	530
2020	419
2019	201
2018	254
2017	297

*Sumber: Kementerian Pendidikan Malaysia

Kajian buli siber di luar negara sering dijalankan kepada kumpulan remaja kerana kumpulan ini mudah menjadi mangsa buli siber (Kowalski et al., 2019; Peter & Petermann, 2018; S. Wong et al., 2018; Zych et al., 2019). Kajian lepas juga jelas menggambarkan betapa seriusnya buli siber dalam kalangan remaja, namun terdapat sangat sedikit kajian yang dijalankan di Malaysia kepada golongan remaja berbanding dengan kajian di barat (Sarina et al., 2018). Kebanyakan kajian buli siber di dalam negara memberi fokus kumpulan belia dan juga kumpulan dewasa (Che Hasniza Che Noh, 2014; Khadijah Alavi & Suriana Che Awang, 2019). Kajian buli siber khususnya kepada remaja mangsa buli siber perlu dijalankan kerana golongan remaja khususnya remaja sekolah menengah di seluruh Malaysia yang mencatatkan 96 peratus kebolehcapaian kepada internet berisiko menjadi mangsa buli siber (*Cyber Security Malaysia*, 2022). Kajian ini juga memberi fokus kepada remaja berusia 14 tahun kerana kajian menunjukkan lebih daripada 70 peratus pelajar sekolah berusia 13 hingga 15 tahun menjadi mangsa buli siber (Azianura Hani Shaari & Mohammad Rahim



Kamaluddin, 2019).

Ini kerana banyak kajian luar negara mengenai buli siber melibatkan remaja dijalankan oleh Chaux et al., (2016), melibatkan remaja berumur 11 hingga 17 tahun; Buelga et al., (2020), melibatkan remaja mangsa buli siber berumur 12 hingga 16 tahun. Begitu juga kajian buli siber yang dijalankan Garaigordobil, (2015), melibatkan remaja berusia 13 hingga 15 tahun dan Schultze-Krumbholz et al., (2018), melibatkan remaja berumur 11 hingga 17 tahun. Kelompangan yang jelas kajian yang melibatkan remaja berumur 14 tahun masih kurang dijalankan di Malaysia. Memandangkan buli siber mempunyai impak besar terhadap golongan remaja berumu 13 hingga 15 tahun, maka pencegahan buli siber yang melibatkan usia seperti ini wajar dilaksanakan daripada peringkat awal lagi. Ini kerana melentur buluh biarlah dari rebungunya.



Selain itu juga kajian-kajian buli siber banyak memberi fokus kepada perbandingan jantina (Che Hasniza Che Noh et al., 2020; Fatim Alia, 2022; Suriana & Khadijah Alavi, 2019; Wan Hassan et al., 2015; Yatiman et al., 2020) dan masih kurang kajian buli siber yang memberi fokus kepada aspek lokasi bandar dan luar bandar (Dujmic et al., 2019; Li & Hesketh, 2021; Nazriani & Zahreni, 2017; Siti Munirah et al., 2023). Kajian buli siber melibatkan aspek lokasi penting dijalankan kerana data Kementerian Komunikasi dan Multimedia Malaysia pada tahun 2023 menunjukkan peningkatan penggunaan internet penduduk bandar dari 97.7 peratus pada tahun 2021, kemudian meningkat kepada 98.3 peratus pada tahun 2022. Begitu juga kadar penggunaan internet penduduk luar bandar adalah pada 93.5 peratus pada tahun 2021 kemudian meningkat pada tahun 2022 iaitu sebanyak 94.5 peratus (Suruhanjaya Komunikasi dan Multimedia Malaysia, 2023). Kadar penggunaan internet di kawasan





bandar dan luar bandar menunjukkan tidak terdapat perbezaan yang sangat ketara. Oleh yang demikian timbul persoalan sama ada faktor lokasi memberi kesan terhadap rawatan menggunakan Terapi Kognitif Tingkah laku Psikospiritual al-Ghazali terhadap remaja mangsa buli siber? Adakah kesan rawatan Terapi Kognitif Tingkah laku Psikospiritual al-Ghazali lebih berkesan terhadap remaja bandar berbanding remaja sekolah luar bandar?.

Buli siber merupakan satu bentuk gejala buli yang sering dipandang ringan. Ramai individu mempercayai bahawa buli siber tidak mempunyai sebarang impak kepada mangsa khususnya dari segi fizikal berbanding buli tradisional. Namun buli siber mampu memberi impak negatif kepada mangsa terutamanya dari aspek kesihatan mental dan adakalanya sehingga menyebabkan mangsa membunuh diri (Fahy et al. 2016; Kowalski et al. 2019; Vaillancourt et al. 2017; Zych et al. 2019). Mangsa buli siber juga sering melakukan perbuatan melukakan dan mencederakan diri sendiri sehingga akhirnya jika tidak dibendung akan mengakibatkan mangsa membunuh diri (Nur Alieya Afeeqa, 2021). Berdasarkan kajian-kajian lepas yang dilakukan oleh pengkaji-pengkaji sebelum ini terdapat beberapa ciri-ciri psikologikal yang ketara dialami oleh remaja yang menjadi mangsa buli siber iaitu dari aspek penghargaan sendiri, efikasi sendiri dan daya tindak.

Kajian menunjukkan mangsa buli siber dikaitkan dengan aspek penghargaan sendiri yang rendah (Farahani, 2020; Che Hasniza, 2019; Suriana & Khadijah, 2019; Melati, 2019) dan mangsa buli siber cenderung mengambil tindakan membunuh diri (Fauziah, 2020; Elpemi & Faqih Isro'i, 2020; Nappa et al., 2020). Kajian luar negara oleh (Brewer & Kerslake, 2015; Extremera et al. 2018; Hinduja & Patchin, 2013; Lei





et al. 2020; Nunez et al. 2021; Palermi et al. 2017) menunjukkan penghargaan sendiri yang rendah menjadi punca seseorang menjadi mangsa buli siber. Dari aspek efikasi sendiri, remaja yang tidak mempunyai efikasi sendiri yang tinggi sering terdedah dan mudah menjadi mangsa buli siber (Azianura Hani & Mohammad Rahim, 2019; Intan Mas Ayu, 2019; Samantha Rayne Anty@Diuh et al. 2017).

Kajian luar negara juga menunjukkan aspek efikasi sendiri yang rendah menyumbang kepada seseorang menjadi mangsa buli siber (Bingol, 2018; Clark & Bussey, 2020). Remaja yang menjadi mangsa buli siber juga dikaitkan dengan aspek daya tindak yang rendah dalam menghadapi buli siber (Arato et al. 2020; Hayati, 2020; Heiman et al. 2019). Walau bagaimanapun, pengkaji mendapati terdapat jurang penyelidikan kerana kajian-kajian lepas mengenai buli siber dari aspek penghargaan sendiri, efikasi sendiri dan daya tindak lebih banyak menumpukan pada reka bentuk tinjauan. Buktinya kebanyakan kajian berbentuk tinjauan dan berfokus kepada pelajar universiti (Che Hasniza Che Noh et al. 2018; Suriana Che Awang; Khadijah Alavi, 2019). Terdapat juga ruang-ruang yang ditinggalkan oleh pengkaji terdahulu iaitu dari aspek perbandingan penghargaan sendiri, efikasi sendiri dan daya tindak mangsa buli siber di sekolah bandar dan luar bandar. Kajian efikasi sendiri juga banyak memfokus kepada kajian efikasi sendiri guru (Awanis Mohd et al., 2016; Nor Asmawati Ismail et al., 2019; Norsimah Dasan & Mohd Mahadzir Rahimi Mohamed Nawi, 2020) dan juga efikasi kerjaya (Noor Azizah Jakaria et al., 2020; Nor Hazwani Halim & Sheerad Sahid, 2020; Nurain Afini Rosslan & Nurazwa Ahmad, 2020).

Begitu juga walaupun terdapat perkaitan remaja yang menjadi mangsa buli siber dengan aspek penghargaan sendiri, efikasi sendiri dan daya tindak yang rendah, namun





program-program berbentuk pencegahan khasnya di Malaysia kepada remaja mangsa buli siber masih kurang dijalankan. Walaupun terdapat laporan dan tinjauan yang melaporkan kadar buli siber yang membimbangkan di Malaysia, namun kebanyakannya berdasarkan penemuan bukan empirikal (Sarina et al., 2018). Buli siber mempunyai akibat yang serius kepada semua yang terlibat khususnya kepada mangsa dan kelazimannya adalah tinggi sepanjang tahun persekolahan yang menekankan kepentingan pencegahan (Garaigordobil & Martínez-valderrey, 2018). Kajian-kajian di Malaysia lebih memfokuskan kepada kajian pencegahan berbentuk umum seperti Program CyberSAFE, Program Klik dengan Bijak dan Pusat Bantuan Cyber999, namun peningkatan kes-kes buli siber yang berlaku khususnya di Malaysia yang sangat membimbangkan memerlukan satu intervensi yang bersistematik dan bersepadu dijalankan (Smith et al., 2019).



Bagi menangani isu buli dalam kalangan remaja sekolah di Malaysia, Kementerian Pendidikan Malaysia khususnya telah mengambil tindakan dengan mengeluarkan satu surat pekeliling ikhtisas bilangan 12 tahun 2023 mengenai pelaksanaan garis panduan pengurusan salah laku buli di Institusi Pendidikan di bawah Kementerian Pendidikan Malaysia. Garis panduan ini menjadi asas pengurusan salah laku buli di sekolah, menjelaskan tatacara pengurusan kes salah laku buli, tindakan disiplin dan intervensi pengurusan salah laku buli. Selain itu juga, Kementerian Pendidikan Malaysia telah mengeluarkan surat pekeliling ikhtisas bilangan 3 tahun 2017 garis panduan nilai dan etika penggunaan media sosial bagi guru dan murid khususnya untuk pencegahan buli siber. Kementerian Pendidikan Malaysia juga telah melancarkan Portal Aduan Buli iaitu melalui Sistem Pengurusan Aduan Awam (SISPAA) dan program pencegahan lain seperti amalan guru penyayang.



Namun isu buli khususnya buli siber yang mengalami peningkatan setiap tahun memerlukan intervensi pencegahan yang lebih holistik dan komprehensif. Pengkaji melihat salah satu intervensi bagi pencegahan buli siber di Malaysia adalah dengan menggunakan pendekatan agama yang diintegrasikan dengan pendekatan tradisional selaras dengan konsep Karamah Insaniah yang menekankan pembentukan adab, akhlak dan integriti dalam kalangan remaja di sekolah. Islam melihat penghargaan sendiri, efikasi sendiri dan daya tindak manusia tidak hanya tercetus melalui elemen biologi, kognitif dan efektif. Sebaliknya ketiga-tiga pemboleh ubah tersebut tidak terpisah daripada elemen keagamaan dan kerohanian (Nur Shahidah Sharifah Basirah & Mohd Syukri, 2021).

Kajian-kajian di barat menunjukkan pendekatan yang biasa digunakan untuk pencegahan berkaitan pemikiran, perasaan dan tingkah laku mangsa buli siber ialah terapi kognitif-tingkah laku (TKT) (Smith et al., 2019; Yuksel & Cekic, 2019). Terapi Kognitif Tingkah laku (TKT) adalah model yang sering digunakan dalam program intervensi atau pencegahan dari serangan atau tindakan berbahaya, kemarahan dan tingkah laku maladaptif yang dilihat pada kanak-kanak dan remaja. Terapi Kognitif Tingkah laku juga dapat membantu mangsa buli siber membantu mengubah pemikiran negatif dan perbualan dalaman mengenai dirinya sendiri dan mempelajari tingkah laku baru (Abdulkader, 2017). Amalan psiko pendidikan berdasarkan pendekatan TKT juga didapati mampu mencegah keganasan dan buli siber serta menghasilkan tindakan yang berkesan (Chillemi et al., 2020; Prasetya et al., 2020). Terapi Kognitif Tingkah laku juga merupakan model berkesan sebagai aspek pencegahan kepada mangsa buli siber (Yuksel & Cekic, 2019).



Terapi Kognitif Tingkah laku (TKT) telah banyak digunakan oleh pengkaji-pengkaji barat untuk peningkatan harga diri (Zulian, Sri Poeranto & Lilik, 2016). Terapi Kognitif Tingkah laku (TKT) juga digunakan untuk meningkatkan harga diri dan efikasi sendiri remaja (Hapsari et al., 2017). Kajian eksperimen terhadap remaja berumur 12 hingga 14 tahun menunjukkan program pencegahan buli siber menggunakan terapi kognitif tingkah laku mempunyai kesan positif terhadap tingkah laku buli siber (Yuksel & Cekic, 2019). Amalan psikopendidikan berdasarkan pendekatan TKT juga didapati mampu mencegah keganasan dan buli siber serta menghasilkan tindakan yang berkesan (Bacıoglu & Kocabıyık, 2019; Foody et al., 2015)

Walau bagaimanapun, berkaitan kajian di Malaysia, kajian mengenai pendekatan terapi kognitif tingkah laku terhadap remaja mangsa buli siber, terutamanya mengenai peningkatan harga diri, efikasi sendiri dan kemahiran daya tindak remaja mangsa buli siber masih kurang dijalankan khususnya integrasi kaunseling konvensional dan spritual dalam rawatan kepada mangsa buli siber. Walaupun TKT diyakini berkesan dalam menyelesaikan pelbagai masalah emosi dan sosial dalam kalangan remaja, masih terdapat ruang untuk penambahbaikan khususnya terhadap remaja yang beragama Islam (Yatiman et al. 2014).

Menurut Salasiah Hanin (2018), integrasi kaunseling konvensional dan spritual penting di negara ini kerana banyak masalah klien berkaitan dengan spritual dan nilai-nilai agama. Badri (2020), mencadangkan nilai Islam dan spritual diaplikasikan dalam perkhidmatan menolong kerana ia lebih berkesan menangani masalah klien. Elemen spritual dan keagamaan juga merupakan tunjang kesejahteraan jiwa dan mental



manusia (Mohd Tajuddin, 2018). Oleh itu, penerapan elemen agama berteraskan agama Islam terbukti mampu merawat kesihatan dalaman manusia seperti kesihatan fizikal, kesihatan mental dan kesihatan kerohanian atau spiritual.

Kajian lepas menunjukkan kaunseling kelompok dengan pendekatan berpusatkan individu dan intervensi kaunseling dengan pendekatan kognitif psikologi *ad din* didapati memberi impak yang besar terhadap harga diri dan daya tahan remaja hamil anak luar nikah (Mariam Abd Majid et al., 2020). Kajian juga mendapati terdapat hubungan keupayaan spiritual dan kerohanian dengan efikasi sendiri (Dadipoor et al., 2020). Elemen kerohanian dan spiritual juga mampu melawan hawa nafsu melalui *mujahadah*, *riyadhah* dan *tazkiyatun nafs* untuk mencapai kesejahteraan mental menggunakan kaedah psikodimaik al-Ghazali (Aliah & Abas, 2020).

Walaupun terdapat kajian pendekatan spiritual dan kerohanian di barat yang menekankan amalan kerohanian seperti berdoa dalam pencegahan buli siber (Sittichai & Smith, 2018), amalan kerohanian sebagai aspek pencegahan dalam kalangan kanak-kanak dan remaja (Apostolides, 2017), peranan amalan kerohanian sebagai pencegahan buli siber (Kielkiewicz et al., 2020; Nur Syazana Adam et al., 2021; Safaria, 2015). Kerohanian dan keyakinan agama juga serta harga diri mampu mengatasi masalah eksistensial manusia (Rogers, 2020). Begitu juga agama dan kerohanian dikaitkan dengan peningkatan harapan, tujuan, harga diri, kualiti hidup, kemahiran mengatasi dan penurunan bunuh diri (Preenisha Naicker, 2020; Yadav & Yadav, 2018).

Namun kekurangan spiritual yang jelas di Barat datang adalah dari sisi rohani. Kerohanian barat lahir daripada khayalan, ideologi, keinginan manusia, enggan



mengambil kira kepercayaan kepada Allah dan kehidupan selepas mati (Mohd Radhi Abu Shamim et al., 2019). Harga diri, efikasi sendiri dan daya tindak menurut spiritual barat hanya boleh ditingkatkan dengan menggunakan pemikiran semata-mata. Namun Islam mengingatkan keharusan mempertahankan harga diri dan tidak segera menyerah kepada sesiapa pun kecuali kepada Allah. Begitu juga dengan efikasi sendiri dari perspektif Islam ialah kepercayaan dan konsep kepercayaan dalam Islam ialah iman (Noornajihan Jaafar & Ab Halim Tamuri, 2013). Semua perbuatan ataupun daya tindak dalam Islam berpandukan Al-Quran dan Hadis, dan melakukan amalan seperti solat, zikir, dan membaca al-Quran (Rajwani Md Zain, 2016).

Atas kekurangan inilah maka pengkaji mengintegrasikan TKT dengan pendekatan spiritual dan keagamaan iaitu agama Islam yang dikenali sebagai Psikospiritual al-Ghazali integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku bagi pencegahan buli siber. Kajian mendapati pendekatan terapi kognitif dengan pendekatan Islam mampu meningkatkan sikap altruisme mahasiswa (Fibriana Miftahus & Imas Kania, 2015). Keberkesanan terapi kognitif Islam (CBT-IP) mampu merawat kemurungan golongan dewasa (Naziha, 2016). Adalah dipercayai dengan mengamalkan strategi menerapkan corak pemikiran yang sihat mengikut perspektif Islam dalam Terapi Kognitif Tingkah laku Islam boleh menangani tanggapan negatif antara suami dan (Nur Hikmah & Nadiah, 2016).

Namun pendekatan integrasi kaunseling konvensional dengan spiritual dan keagamaan masih kurang dilaksanakan kepada remaja mangsa buli siber khususnya penggunaan modul yang komprehensif sebagai intervensi pencegahan (Bahari et al., 2016; Isgandarova, 2019; Rothman, 2018; Subhas et al., 2021). Usaha memantapkan satu





perspektif baru terhadap pendekatan psikologi dan kaunseling berlandaskan integrasi teori konvensional dan spiritual merupakan satu keperluan dan perlu ditingkatkan khususnya dalam perkhidmatan bimbingan dan kaunseling di sekolah (Md Noor et al., 2016). Walaupun terdapat modul atau kaedah pencegahan kepada buli khususnya buli siber di Malaysia seperti program '*Be Safe Feel Safe*', Portal Aduan Buli, Buku Panduan Keibubapaan Siber, Program Amalan Guru Penyayang, garis panduan menangani perbuatan buli di sekolah oleh Kementerian Pendidikan Malaysia namun pengkaji berpendapat perlunya satu penambahbaikan yang lebih holistik dan komprehensif terhadap modul dan program-program perkembangan dan pencegahan buli di sekolah khususnya pencegahan buli siber dengan menerapkan elemen keagamaan yang lebih berfokus dan terancang melalui modul yang menggabungkan elemen psikologi, spiritual dan pendekatan bimbingan dan kaunseling tradisional.



Integrasi teori berperspektif Islam dan konvensional selaras dengan aspek silang budaya dan agama rasmi di Malaysia. Budaya sering dikaitkan dengan nilai, manakala nilai mempunyai pengaruh yang kuat dengan agama dan agama dimasukkan dalam perbincangan berkaitan silang budaya (Vieten et al., 2013). Dalam konteks silang budaya di Malaysia, masyarakat sangat mementingkan nilai dalam beragama. Integrasi teori keagamaan dan konvensional sejajar dengan fitrah manusia sejagat. Manusia yang mempunyai latar belakang bangsa, keturunan dan budaya memerlukan agama (Mazidah, Raja Zirwati & Azlina, 2016).

Oleh itu, pengkaji telah membina modul yang mengintegrasikan elemen Islam dan mengekalkan prinsip TKT dikenali sebagai Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali. Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-



Psikospiritual al-Ghazali yang dibina adalah berdasarkan Model Spiritual Islam al-Ghazali oleh Salasiah (2008), dan kemudiannya dikembangkan oleh Md Noor (2012), yang menggabungkan elemen psikologi, spiritualiti dan keagamaan bersumberkan al-Quran dan al-Hadis dan juga Terapi Kognitif Tingkah laku (TKT) sebagai satu alternatif untuk pencegahan masalah harga diri yang rendah, efikasi sendiri yang merupakan asas kepada keyakinan melaksanakan daya tindak dalam kalangan remaja mangsa buli siber meliputi aspek kerohanian, jasmani, emosi, intelek, sosial, akhlak dan estetika.

1.4 Tujuan Kajian

Kajian ini bertujuan membina dan menilai kesan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas penghargaan sendiri, efikasi sendiri, dan daya tindak dalam kalangan remaja mangsa buli siber.

1.5 Objektif Kajian

Berdasarkan tujuan kajian di atas, maka objektif kajian ini ialah;

1. Membina Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali
2. Mengukur Kesahan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali
3. Mengukur Kebolepercayaan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-

Psikospiritual al-Ghazali

4. Mengukur Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali berdasarkan kajian kuasi eksperimen seperti berikut:-
 - 4.1. Menguji kesan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas penghargaan sendiri, efikasi sendiri dan daya tindak remaja mangsa buli siber berdasarkan ukuran pra ujian dan pos ujian antara kelompok rawatan dan kelompok kawalan.
 - 4.1.1. Menguji kesan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas penghargaan sendiri remaja mangsa buli siber berdasarkan ukuran pra ujian dan pos ujian antara kelompok rawatan dan kelompok kawalan.
 - 4.1.2 Menguji kesan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas efikasi sendiri remaja mangsa buli siber berdasarkan ukuran pra ujian dan pos ujian antara kelompok rawatan dan kelompok kawalan.
 - 4.1.3 Menguji kesan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas daya tindak remaja mangsa buli siber berdasarkan ukuran pra ujian dan pos ujian antara kelompok rawatan dan kelompok kawalan.
 - 4.2 Menguji kesan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas sub konstruk daya tindak remaja mangsa buli siber berdasarkan ukuran pra ujian dan pos ujian antara kelompok rawatan dan kelompok kawalan.

- 4.2.1 Menguji kesan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas sub konstruk daya tindak; mendapatkan sokongan sosial kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan.
- 4.2.2 Menguji kesan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas sub konstruk daya tindak; fokus penyelesaian masalah kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan.
- 4.2.3 Menguji kesan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas sub konstruk daya tindak; bekerja keras dan pencapaian kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan.
- 4.2.4 Menguji kesan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas sub konstruk daya tindak; kebimbangan kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan.
- 4.2.5 Menguji kesan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas sub konstruk daya tindak; mencari kawan rapat kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan.
- 4.2.6 Menguji kesan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas sub konstruk daya tindak; kepunyaan kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan.
- 4.2.7 Menguji kesan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas sub konstruk daya tindak; berangan-angan kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan.
- 4.2.8 Menguji kesan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas sub konstruk daya tindak; tidak mengatasi kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan.

4.2.9 Menguji kesan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas sub konstruk daya tindak; mengurangkan ketegangan kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan.

4.2.10 Menguji kesan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas sub konstruk daya tindak; tindakan sosial kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan.

4.2.11 Menguji kesan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas sub konstruk daya tindak; mengabaikan masalah kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan.

4.2.12 Menguji kesan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas sub konstruk daya tindak; menyalahkan diri sendiri kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan.

4.2.13 Menguji kesan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas sub konstruk daya tindak; menjaga diri kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan.

4.2.14 Menguji kesan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas sub konstruk daya tindak; mencari sokongan kerohanian kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan.

4.2.15 Menguji kesan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas sub konstruk daya tindak; fokus perkara positif kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan.

4.2.16 Menguji kesan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas sub konstruk daya tindak; mendapatkan

pertolongan profesional kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan.

4.2.17 Menguji kesan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas sub konstruk daya tindak; mendapatkan suasana yang tenang kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan.

4.2.18 Menguji kesan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas sub konstruk daya tindak; rekreasi fizikal kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan.

4.3 Menguji kesan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas penghargaan sendiri, efikasi sendiri dan daya tindak remaja mangsa buli siber berdasarkan ukuran pra ujian dan pos ujian antara kelompok rawatan dan kelompok kawalan berdasarkan lokasi sekolah.

4.3.1 Menguji kesan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas penghargaan sendiri remaja mangsa buli siber berdasarkan ukuran pra ujian dan pos ujian antara kelompok rawatan dan kelompok kawalan berdasarkan lokasi sekolah.

4.3.2 Menguji kesan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas efikasi sendiri remaja mangsa buli siber berdasarkan ukuran pra ujian dan pos ujian antara kelompok rawatan dan kelompok kawalan berdasarkan lokasi sekolah.

4.3.3 Menguji kesan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas daya tindak remaja mangsa buli siber berdasarkan ukuran pra ujian dan pos ujian antara kelompok rawatan dan kelompok kawalan berdasarkan lokasi sekolah.

4.4 Menguji kesan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali terhadap sub konstruk daya tindak remaja mangsa buli siber berdasarkan ukuran pra ujian dan pos ujian antara kelompok rawatan dan kelompok kawalan berdasarkan lokasi sekolah.

4.4.1 Menguji kesan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas sub konstruk daya tindak; mendapatkan sokongan sosial berdasarkan ukuran pra ujian dan pos ujian antara kelompok rawatan dan kelompok kawalan berdasarkan lokasi sekolah.

4.4.2 Menguji kesan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas sub konstruk daya tindak; fokus penyelesaian masalah berdasarkan ukuran pra ujian dan pos ujian antara kelompok rawatan dan kelompok kawalan berdasarkan lokasi sekolah.

4.4.3 Menguji kesan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas sub konstruk daya tindak; bekerja keras dan pencapaian berdasarkan ukuran pra ujian dan pos ujian antara kelompok rawatan dan kelompok kawalan berdasarkan lokasi sekolah.

4.4.4 Menguji kesan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas sub konstruk daya tindak; kebimbangan berdasarkan ukuran pra ujian dan pos ujian antara kelompok rawatan dan kelompok kawalan berdasarkan lokasi sekolah.

4.4.5 Menguji kesan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas sub konstruk daya tindak; mencari kawan rapat berdasarkan ukuran pra ujian dan pos ujian antara kelompok rawatan dan kelompok kawalan berdasarkan lokasi sekolah.

4.4.6 Menguji kesan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas sub konstruk daya tindak; kepunyaan berdasarkan ukuran pra ujian dan pos ujian antara kelompok rawatan dan kelompok kawalan berdasarkan lokasi sekolah.

4.4.7 Menguji kesan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas sub konstruk daya tindak; berangan-angan berdasarkan ukuran pra ujian dan pos ujian antara kelompok rawatan dan kelompok kawalan berdasarkan lokasi sekolah.

4.4.8 Menguji kesan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas sub konstruk daya tindak; tidak mengatasi berdasarkan ukuran pra ujian dan pos ujian antara kelompok rawatan dan kelompok kawalan berdasarkan lokasi sekolah.

4.4.9 Menguji kesan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas sub konstruk daya tindak; mengurangkan ketegangan berdasarkan ukuran pra ujian dan pos ujian antara kelompok rawatan dan kelompok kawalan berdasarkan lokasi sekolah.

4.4.10 Menguji kesan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas sub konstruk daya tindak; tindakan sosial berdasarkan ukuran pra ujian dan pos ujian antara kelompok rawatan dan kelompok kawalan berdasarkan lokasi sekolah.

4.4.11 Menguji kesan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas sub konstruk daya tindak; mengabaikan masalah berdasarkan ukuran pra ujian dan pos ujian antara kelompok rawatan dan kelompok kawalan berdasarkan lokasi sekolah.

4.4.12 Menguji kesan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas sub konstruk daya tindak; menyalahkan diri sendiri berdasarkan ukuran pra ujian dan pos ujian antara kelompok rawatan dan kelompok kawalan berdasarkan lokasi sekolah.

4.4.13 Menguji kesan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas sub konstruk daya tindak; menjaga diri berdasarkan ukuran pra ujian dan pos ujian antara kelompok rawatan dan kelompok kawalan berdasarkan lokasi sekolah.

4.4.14 Menguji kesan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas sub konstruk daya tindak; mencari sokongan kerohanian berdasarkan ukuran pra ujian dan pos ujian antara kelompok rawatan dan kelompok kawalan berdasarkan lokasi sekolah.

4.4.15 Menguji kesan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas sub konstruk daya tindak; fokus perkara positif berdasarkan ukuran pra ujian dan pos ujian antara kelompok rawatan dan kelompok kawalan berdasarkan lokasi sekolah.

4.4.16 Menguji kesan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas sub konstruk daya tindak; mendapatkan pertolongan profesional berdasarkan ukuran pra ujian dan pos ujian antara kelompok rawatan dan kelompok kawalan berdasarkan lokasi sekolah.

4.4.17 Menguji kesan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas sub konstruk daya tindak; mendapatkan suasana yang tenang berdasarkan ukuran pra ujian dan pos ujian antara kelompok rawatan dan kelompok kawalan berdasarkan lokasi sekolah.

4.4.18 Menguji kesan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas sub konstruk daya tindak; rekreasi fizikal berdasarkan ukuran pra ujian dan pos ujian antara kelompok rawatan dan kelompok kawalan berdasarkan lokasi sekolah.

1.6 Persoalan Kajian

Persoalan kajian berikut dibina berdasarkan objektif kajian.

1. Bagaimanakah Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali dibina?.

- 1.1 Bagaimanakah proses pembinaan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali)?.

- 1.2 Adakah Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali mempunyai kesahan dan kebolehpercayaan yang baik?.

2. Adakah terdapat kesan rawatan kelompok bimbingan menggunakan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali terhadap penghargaan sendiri, efikasi sendiri dan daya tindak remaja mangsa buli siber?.

- 2.1. Adakah terdapat kesan rawatan kelompok bimbingan menggunakan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali dengan mengukur perbezaan min antara pra ujian dan pos ujian ke atas penghargaan sendiri antara kelompok rawatan dan kelompok kawalan?.

- 2.2. Adakah terdapat kesan rawatan kelompok bimbingan menggunakan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali dengan



mengukur perbezaan min antara pra ujian dan pos ujian ke atas efikasi sendiri antara kelompok rawatan dan kelompok kawalan?.

2.3. Adakah terdapat kesan rawatan kelompok bimbingan menggunakan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali dengan mengukur perbezaan min antara pra ujian dan pos ujian ke atas daya tindak antara kelompok rawatan dan kelompok kawalan?.

2.4. Adakah terdapat kesan rawatan kelompok bimbingan menggunakan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali dengan mengukur perbezaan min antara pra ujian dan pos ujian ke atas sub konstruk daya tindak antara kelompok rawatan dan kelompok kawalan

3. Adakah terdapat kesan rawatan kelompok bimbingan menggunakan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali dengan mengukur perbezaan min antara pra ujian dan pos ujian ke atas sub konstruk daya tindak antara kelompok rawatan dan kelompok kawalan berdasarkan lokasi sekolah?.

3.1 Adakah terdapat kesan rawatan kelompok bimbingan menggunakan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas sub konstruk daya tindak; mendapatkan sokongan sosial berdasarkan ukuran pra ujian dan pos ujian antara kelompok rawatan dan kelompok kawalan berdasarkan lokasi sekolah.

3.2. Adakah terdapat kesan rawatan kelompok bimbingan menggunakan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas sub konstruk daya tindak; fokus penyelesaian masalah berdasarkan ukuran pra ujian dan pos ujian antara kelompok rawatan dan kelompok kawalan berdasarkan lokasi sekolah.





- 3.3 Adakah terdapat kesan rawatan kelompok bimbingan menggunakan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas sub konstruk daya tindak; bekerja keras dan pencapaian berdasarkan ukuran pra ujian dan pos ujian antara kelompok rawatan dan kelompok kawalan berdasarkan lokasi sekolah.
- 3.4 Adakah terdapat kesan rawatan kelompok bimbingan menggunakan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas sub konstruk daya tindak; kebimbangan berdasarkan ukuran pra ujian dan pos ujian antara kelompok rawatan dan kelompok kawalan berdasarkan lokasi sekolah.
- 3.5 Adakah terdapat kesan rawatan kelompok bimbingan menggunakan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas sub konstruk daya tindak; mencari kawan rapat berdasarkan ukuran pra ujian dan pos ujian antara kelompok rawatan dan kelompok kawalan berdasarkan lokasi sekolah.
- 3.6 Adakah terdapat kesan rawatan kelompok bimbingan menggunakan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas sub konstruk daya tindak; kepunyaan berdasarkan ukuran pra ujian dan pos ujian antara kelompok rawatan dan kelompok kawalan berdasarkan lokasi sekolah.
- 3.7 Adakah terdapat kesan rawatan kelompok bimbingan menggunakan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas sub konstruk daya tindak; berangan-angan berdasarkan ukuran pra ujian dan pos ujian antara kelompok rawatan dan kelompok kawalan berdasarkan lokasi sekolah.





- 3.8 Adakah terdapat kesan rawatan kelompok bimbingan menggunakan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas sub konstruk daya tindak; tidak mengatasi berdasarkan ukuran pra ujian dan pos ujian antara kelompok rawatan dan kelompok kawalan berdasarkan lokasi sekolah.
- 3.9 Adakah terdapat kesan rawatan kelompok bimbingan menggunakan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas sub konstruk daya tindak; mengurangkan ketegangan berdasarkan ukuran pra ujian dan pos ujian antara kelompok rawatan dan kelompok kawalan berdasarkan lokasi sekolah.
- 3.10 Adakah terdapat kesan rawatan kelompok bimbingan menggunakan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas sub konstruk daya tindak; tindakan sosial berdasarkan ukuran pra ujian dan pos ujian antara kelompok rawatan dan kelompok kawalan berdasarkan lokasi sekolah.
- 3.11 Adakah terdapat kesan rawatan kelompok bimbingan menggunakan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas sub konstruk daya tindak; mengabaikan masalah berdasarkan ukuran pra ujian dan pos ujian antara kelompok rawatan dan kelompok kawalan berdasarkan lokasi sekolah.
- 3.12 Adakah terdapat kesan rawatan kelompok bimbingan menggunakan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas sub konstruk daya tindak; menyalahkan diri sendiri berdasarkan ukuran pra ujian dan pos ujian antara kelompok rawatan dan kelompok kawalan berdasarkan lokasi sekolah.



- 3.13 Adakah terdapat kesan rawatan kelompok bimbingan menggunakan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas sub konstruk daya tindak; menjaga diri berdasarkan ukuran pra ujian dan pos ujian antara kelompok rawatan dan kelompok kawalan berdasarkan lokasi sekolah.
- 3.14 Adakah terdapat kesan rawatan kelompok bimbingan menggunakan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas sub konstruk daya tindak; mencari sokongan kerohanian berdasarkan ukuran pra ujian dan pos ujian antara kelompok rawatan dan kelompok kawalan berdasarkan lokasi sekolah.
- 3.15 Adakah terdapat kesan rawatan kelompok bimbingan menggunakan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas sub konstruk daya tindak; fokus perkara positif berdasarkan ukuran pra ujian dan pos ujian antara kelompok rawatan dan kelompok kawalan berdasarkan lokasi sekolah.
- 3.16 Adakah terdapat kesan rawatan kelompok bimbingan menggunakan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas sub konstruk daya tindak; mendapatkan pertolongan profesional berdasarkan ukuran pra ujian dan pos ujian antara kelompok rawatan dan kelompok kawalan berdasarkan lokasi sekolah.
- 3.17 Adakah terdapat kesan rawatan kelompok bimbingan menggunakan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas sub konstruk daya tindak; mendapatkan suasana yang tenang berdasarkan ukuran pra ujian dan pos ujian antara kelompok rawatan dan kelompok kawalan berdasarkan lokasi sekolah.

- 3.18 Adakah terdapat kesan rawatan kelompok bimbingan menggunakan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali ke atas sub konstruk daya tindak; rekreasi fizikal berdasarkan ukuran pra ujian dan pos ujian antara kelompok rawatan dan kelompok kawalan berdasarkan lokasi sekolah.

1.7 Hipotesis Kajian

Berdasarkan persoalan kajian kuasi eksperimen, hipotesis-hipotesis alternatif (H_a) berikut dibina:

1. Hipotesis 1: Terdapat perbezaan signifikan dalam ukuran min pra ujian dan pos ujian pemboleh ubah bersandar penghargaan sendiri, efikasi sendiri dan daya tindak kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan dalam kalangan remaja mangsa buli siber.
 - 1.1: Terdapat perbezaan yang signifikan dalam ukuran min pra ujian dan pos ujian pemboleh ubah penghargaan sendiri kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan dalam kalangan remaja mangsa buli siber.
 - 1.2: Terdapat perbezaan yang signifikan dalam ukuran min pra ujian dan pos ujian pemboleh ubah efikasi sendiri kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan dalam kalangan remaja mangsa buli siber.
 - 1.3: Terdapat perbezaan yang signifikan dalam ukuran min pra ujian dan pos ujian pemboleh ubah daya tindak kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan dalam kalangan remaja mangsa buli siber.

2. Hipotesis 2: Terdapat perbezaan yang signifikan dalam ukuran min pra ujian dan pos ujian pemboleh ubah sub konstruk daya tindak kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan dalam kalangan remaja mangsa buli siber.

2.1: Terdapat perbezaan yang signifikan dalam ukuran min pra ujian dan pos ujian pemboleh ubah sub konstruk daya tindak; mendapatkan sokongan sosial kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan.

2.2: Terdapat perbezaan yang signifikan dalam ukuran min pra ujian dan pos ujian pemboleh ubah konstruk daya tindak; fokus penyelesaian masalah kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan.

2.3: Terdapat perbezaan yang signifikan dalam ukuran min pra ujian dan pos ujian pemboleh ubah sub konstruk daya tindak; bekerja keras dan pencapaian kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan.

2.4 Terdapat perbezaan yang signifikan dalam ukuran min pra ujian dan pos ujian pemboleh ubah sub konstruk daya tindak; keseimbangan kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan.

2.5 Terdapat perbezaan yang signifikan dalam ukuran min pra ujian dan pos ujian pemboleh ubah sub konstruk daya tindak; mencari kawan rapat kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan.

2.6 Terdapat perbezaan yang signifikan dalam ukuran min pra ujian dan pos ujian pemboleh ubah sub konstruk daya tindak; kepunyaan kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan.

2.7 Terdapat perbezaan yang signifikan dalam ukuran min pra ujian dan pos ujian pemboleh ubah sub konstruk daya tindak; berangan-angan kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan.

- 2.8 Terdapat perbezaan yang signifikan dalam ukuran min pra ujian dan pos ujian pemboleh ubah sub konstruk daya tindak; tidak mengatasi kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan.
- 2.9 Terdapat perbezaan yang signifikan dalam ukuran min pra ujian dan pos ujian pemboleh ubah sub konstruk daya tindak; mengurangkan ketegangan kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan.
- 2.10 Terdapat perbezaan yang signifikan dalam ukuran min pra ujian dan pos ujian pemboleh ubah sub konstruk daya tindak; tindakan sosial kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan.
- 2.11 Terdapat perbezaan yang signifikan dalam ukuran min pra ujian dan pos ujian pemboleh ubah sub konstruk daya tindak; mengabaikan masalah kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan.
- 2.12 Terdapat perbezaan yang signifikan dalam ukuran min pra ujian dan pos ujian pemboleh ubah sub konstruk daya tindak; menyalahkan diri sendiri kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan.
- 2.13 Terdapat perbezaan yang signifikan dalam ukuran min pra ujian dan pos ujian pemboleh ubah sub konstruk daya tindak; menjaga diri kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan.
- 2.14 Terdapat perbezaan yang signifikan dalam ukuran min pra ujian dan pos ujian pemboleh ubah sub konstruk daya tindak; mencari sokongan kerohanian kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan.
- 2.15 Terdapat perbezaan yang signifikan dalam ukuran min pra ujian dan pos ujian pemboleh ubah sub konstruk daya tindak; fokus perkara positif kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan.
- 2.16 Terdapat perbezaan yang signifikan dalam ukuran min pra ujian dan pos

ujian pemboleh ubah konstruk daya tindak; mendapatkan pertolongan profesional kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan.

2.17 Terdapat perbezaan yang signifikan dalam ukuran min pra ujian dan pos ujian pemboleh ubah konstruk daya tindak; mendapatkan suasana yang tenang kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan.

2.18 Terdapat perbezaan yang signifikan dalam ukuran min pra ujian dan pos ujian pemboleh ubah sub konstruk daya tindak; rekreasi fizikal kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan

3. Hipotesis 3: Terdapat perbezaan yang signifikan dalam ukuran min pra ujian dan pos ujian pemboleh ubah penghargaan sendiri, efikasi sendiri dan daya tindak kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan dalam kalangan remaja

mangsa buli siber berdasarkan lokasi sekolah.

3.1: Terdapat perbezaan yang signifikan dalam ukuran min pra ujian dan pos ujian pemboleh ubah penghargaan sendiri kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan dalam kalangan remaja mangsa buli siber berdasarkan lokasi sekolah.

3.2: Terdapat perbezaan yang signifikan dalam ukuran min pra ujian dan pos ujian efikasi sendiri kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan dalam kalangan remaja mangsa buli siber berdasarkan lokasi sekolah.

3.3 Terdapat perbezaan yang signifikan dalam ukuran min pra ujian dan pos ujian daya tindak kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan dalam kalangan remaja mangsa buli siber berdasarkan lokasi sekolah.

4. Hipotesis 4: Terdapat perbezaan yang signifikan dalam ukuran min pra ujian

dan pos ujian sub konstruk daya tindak kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan berdasarkan lokasi sekolah.

4.1: Terdapat perbezaan yang signifikan dalam ukuran min pra ujian dan pos ujian sub konstruk daya tindak; mendapatkan sokongan sosial kelompok rawatan berbanding kelompok berdasarkan lokasi sekolah.

4.2:.. Terdapat perbezaan yang signifikan dalam ukuran min pra ujian dan pos ujian sub konstruk daya tindak; fokus penyelesaian masalah kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan berdasarkan lokasi sekolah.

4.3 Terdapat perbezaan yang signifikan dalam ukuran min pra ujian dan pos ujian sub konstruk daya tindak; bekerja keras dan pencapaian kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan berdasarkan lokasi sekolah.

4.4. Terdapat perbezaan yang signifikan dalam ukuran min pra ujian dan pos ujian sub konstruk daya tindak; kebimbangan kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan berdasarkan lokasi sekolah.

4.5 Terdapat perbezaan yang signifikan dalam ukuran min pra ujian dan pos ujian sub konstruk daya tindak; mencari kawan rapat kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan berdasarkan lokasi sekolah.

4.6 Terdapat perbezaan yang signifikan dalam ukuran min pra ujian dan pos ujian sub konstruk daya tindak; kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan berdasarkan lokasi sekolah.

4.7 Terdapat perbezaan yang signifikan dalam ukuran min pra ujian dan pos ujian sub konstruk daya tindak; berangan-angan kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan berdasarkan lokasi sekolah.

4.8 Terdapat perbezaan yang signifikan dalam ukuran min pra ujian dan pos ujian sub konstruk daya tindak; tidak mengatasi kelompok rawatan

berbanding kelompok kawalan berdasarkan lokasi sekolah.

- 4.9 Terdapat perbezaan yang signifikan dalam ukuran min pra ujian dan pos ujian sub konstruk daya tindak; mengurangkan ketegangan kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan berdasarkan lokasi sekolah.
- 4.10 Terdapat perbezaan yang signifikan dalam ukuran min pra ujian dan pos ujian sub konstruk daya tindak; tindakan sosial kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan berdasarkan lokasi sekolah.
- 4.11 Terdapat perbezaan yang signifikan dalam ukuran min pra ujian dan pos ujian sub konstruk daya tindak; mengabaikan masalah kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan berdasarkan lokasi sekolah.
- 4.12 Terdapat perbezaan yang signifikan dalam ukuran min pra ujian dan pos ujian sub konstruk daya tindak; menyalahkan diri sendiri kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan berdasarkan lokasi sekolah.
- 4.13 Terdapat perbezaan yang signifikan dalam ukuran min pra ujian dan pos ujian sub konstruk daya tindak; menjaga diri kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan berdasarkan lokasi sekolah.
- 4.14 Terdapat perbezaan yang signifikan dalam ukuran min pra ujian dan pos ujian sub konstruk daya tindak; mencari sokongan kerohanian kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan berdasarkan lokasi sekolah.
- 4.15 Terdapat perbezaan yang signifikan dalam ukuran min pra ujian dan pos ujian sub konstruk daya tindak; fokus perkara positif kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan berdasarkan lokasi sekolah.
- 4.16 Terdapat perbezaan yang signifikan dalam ukuran min pra ujian dan pos ujian sub konstruk daya tindak; mendapatkan pertolongan profesional kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan berdasarkan lokasi

sekolah.

4.17 Terdapat perbezaan yang signifikan dalam ukuran min pra ujian dan pos ujian sub konstruk daya tindak; mendapatkan suasana yang tenang kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan berdasarkan lokasi sekolah.

4.18 Terdapat perbezaan yang signifikan dalam ukuran min pra ujian dan pos ujian sub konstruk daya tindak; rekreasi fizikal kelompok rawatan berbanding kelompok kawalan berdasarkan lokasi sekolah.

1.8 Kepentingan Kajian

Kajian ini memberikan implikasi yang besar khususnya dalam aspek pembinaan modul yang bercorak ilmiah khususnya modul integrasi yang masih kurang dijalankan di negara kita. Modul-modul yang terdapat di sekolah pada masa kini lebih memberi fokus kepada aspek motivasi, kepimpinan, pengurusan diri, pengurusan masa dan kurang memberi tumpuan pencegahan kepada mangsa buli siber. Selain itu juga, kebanyakan modul yang ada tidak melalui prosedur pembinaan modul yang sistematik. Oleh itu kajian ini bertujuan untuk memastikan pengamal bimbingan dan kaunseling sekolah mempunyai garis panduan yang jelas dan gambaran keseluruhan tentang cara membina modul berdasarkan proses pembinaan modul dan mengukur keberkesanan modul yang dibina (Nor Hernawawarni, 2014).

Kajian ini adalah untuk melihat kesan penggunaan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali yang boleh digunakan oleh pengamal-

pengamal bidang bimbingan dan kaunseling khasnya dalam melaksanakan intervensi pencegahan dalam kalangan remaja mangsa buli siber berperspektif Islam. Dapatan kajian ini nanti boleh digunakan oleh pengamal-pengamalkaunseling khasnya yang melibatkan tiga pemboleh ubah utama kajian iaitu penghargaan sendiri, efikasi sendiri dan daya tindak sebagai elemen psikologikal yang perlu diberikan perhatian khasnya dalam pencegahan buli siber di sekolah.

Selain itu juga bimbingan dan kaunseling berperspektif Islam khasnya di sekolah-sekolah masih kurang diterokai oleh guru bimbingan dan kaunseling (Sink & Devlin, 2011). Kecenderungan guru bimbingan dan kaunseling menggunakan elemen spiritualiti dan keagamaan dalam sesi bimbingan dan kaunseling masih kurang dan terbatas (Dobmeier, 2011; Gallo, 2014). Oleh itu kajian ini memberikan ruang dan peluang kepada guru bimbingan dan kaunseling menambahkan ilmu dan menerokai bidang kaunseling berperspektif Islam dalam amalan sesi bimbingan dan kaunseling dan program-program perkembangan, pencegahan dan pemulihan.

Isu buli siber walaupun masih baru dalam 10 tahun kebelakangan ini, namun isu ini sudah mendapat perhatian di negara-negara barat dengan pelbagai pendekatan intervensi. Di negara-negara barat sudah mengorak langkah untuk menyediakan intervensi spiritual bagi mencegah buli siber. Namun di negara barat masih tidak memasukkan elemen agama dalam intervensi spiritualiti mereka. Intervensi spiritual Islam dapat meningkatkan kesihatan fizikal, emosi, mental dan spiritual mangsa buli siber (Edara et al., 2021). Oleh itu intervensi psikospiritual Islam dapat dijadikan sebagai alternatif dalam proses membantu kepada masalah-masalah lain yang timbul.

Selain itu juga dapatan kajian ini dapat membantu pihak Kementerian Pendidikan Malaysia khususnya Sektor Pembangunan Murid Jabatan Pendidikan Negeri dan Pejabat Pendidikan Daerah bagi merangka program dan interensi bersesuaian bagi pencegahan buli siber. Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku Psikospiritual al-Ghazali boleh digunakan oleh Kementerian Pendidikan Malaysia dalam mendepani era revolusi perindustrian 4.0 khususnya dalam pencegahan buli siber di sekolah. Ini kerana kajian buli siber khasnya menggunakan modul merupakan penyelidikan yang masih kurang dijalankan berbanding kajian buli di sekolah. Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali dapat digunakan oleh Kementerian Pendidikan Malaysia dalam merangka intervensi menangani buli siber dalam kalangan remaja di sekolah selaras arahan dalam surat pekeliling ikhtisas bilangan 3 tahun 2017.

Kajian ini juga diharapkan dapat membantu ibu bapa dan masyarakat dalam membantu remaja mendepani cabaran teknologi maklumat dan kesan yang dihadapi oleh anak-anak remaja khasnya melibatkan buli siber. Ibu bapa dan masyarakat dapat memantau dan juga mengawasi anak-anak remaja dalam penggunaan internet di rumah.. Ini kerana banyak kajian di barat dan di Malaysia yang menekankan elemen keibubapaan dalam membendung kanak kanak dari menjadi mangsa buli siber. Kajian ini menggariskan tingkah laku-tingkah laku, emosi dan pemikiran remaja yang seharusnya diketahui oleh pihak ibu bapa mengenai kegiatan melayari internet, purata jumlah jam yang dihabiskan untuk melayari internet dan kesan-kesan penggunaan internet. Ini kerana kajian oleh Ybarra dan Mitchell (2004), terhadap remaja berusia 10 hingga 17 tahun mendapati remaja sering menjadi mangsa buli siber disebabkan hubungan dan pengawasan yang lemah daripada ibu bapa.

1.9 Batasan Kajian

Kajian ini merupakan kajian eksperimen bertujuan meningkatkan penghargaan sendiri, efikasi sendiri dan daya tindak remaja yang menjadi mangsa buli siber melalui intervensi Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali. Sebelum perbincangan dilaksanakan, peringatan penting dalam kajian ini ialah semua dapatan adalah terhad kepada batasan yang dinyatakan dan dalam konteks penyelidikan yang dijalankan. Lokasi kajian dalam kajian ini dijalankan di negeri Sabah yang mempunyai perbezaan budaya berbanding dengan negeri-negeri lain di Malaysia. Kajian ini hanya melibatkan dua buah Sekolah Menengah Kebangsaan harian sahaja sebagai kajian eksperimen. Sampel yang dipilih adalah merupakan remaja yang terlibat sebagai mangsa buli siber sahaja dan tidak kepada pembuli siber.

Pemilihan sampel juga melibatkan sampel remaja tingkatan dua berumur 14 tahun yang merupakan peringkat umur awal remaja dari dua buah sekolah menengah harian kerajaan di Daerah Lahad Datu Sabah iaitu sebuah sekolah bandar dan sebuah lagi sekolah luar bandar dan remajanya hampir mempunyai persamaan dari aspek pendapatan keluarga atau sosioekonomi keluarga sederhana dan pencapaian akademik yang sederhana berdasarkan ujian penilaian akhir tahun semasa di tingkatan satu. Remaja yang terlibat dalam kajian eksperimen ini juga merupakan remaja tingkatan dua yang beragama Islam kerana modul yang dibina adalah berperspektif Islam. Sampel kajian yang dipilih juga dari kalangan remaja yang mendapat skor sederhana berdasarkan min dalam mangsa buli siber, penghargaan sendiri, efikasi sendiri dan daya tindak. Pemilihan remaja skor sederhana kerana remaja ini dikenalpasti paling ramai di sekolah berkenaan dan memerlukan intervensi pencegahan.



Selain itu juga pengagihan sampel kajian ke dalam jenis kelompok rawatan dan kelompok kawalan dilaksanakan kepada dua peringkat. Peringkat pertama ialah pemilihan sampel secara rawak mudah bagi memilih sampel secara bebas dalam kelompok remaja yang memenuhi ciri dan pemilihan sampel kedua secara persampelan kriteria bertujuan bagi mendapatkan sampel yang seimbang dari segi pembahagian lokasi sekolah yang diperlukan bagi setiap kelompok. Sampel kelompok rawatan akan mengikuti intervensi menggunakan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku Psikospiritual al-Ghazali dan kelompok kawalan tidak mengikuti intervensi namun kedua-dua kelompok rawatan dan kelompok akan menjalani kehidupan di rumah dan di sekolah seperti biasa.

Reka bentuk kajian yang dipilih oleh pengkaji merupakan kajian kuasi eksperimen melibatkan proses intervensi pencegahan dengan menggunakan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali. Kajian eksperimen ini mempunyai batasan. Hal ini demikian kerana kajian tersebut dijalankan dalam tempoh yang singkat sedangkan proses pembangunan diri khususnya dalam kalangan remaja mengambil masa yang lama. Begitu juga dengan pemboleh ubah bersandar hanya melibatkan elemen psikologikal penghargaan sendiri,, efikasi sendiri dan daya tindak. Elemen psikologikal lain tidak dibincangkan dalam kajian ini kerana kajian hanya melihat tiga elemen tersebut yang mempengaruhi mangsa buli siber. Pemilihan konstruk berkenaan kerana memenuhi aspek dalam Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali dan memenuhi ciri-ciri mangsa buli siber yang perlu ditingkatkan bagi pencegahan buli siber kepada mangsa buli siber.



1.10 Definisi Secara Konseptual dan Operasional

Beberapa istilah utama dalam penyelidikan ini mempunyai definisi konsep dan operasi. Takrifan istilah dan konsep yang dihuraikan dalam bahagian ini adalah istilah dan konsep yang sesuai hanya untuk konteks kajian ini.

1.10.1 Kesan

Kesan ialah sesuatu (sama ada kebaikan atau keburukan) yang timbul daripada sesuatu kejadian (keadaan, perbuatan, tindakan dan lain-lain), kesudahan (hasil, akibat) daripada sesuatu. Dalam konteks kajian ini, kesan merujuk kepada perubahan dalam skor pemboleh ubah bersandar iaitu penghargaan sendiri, efikasi sendiri dan daya tindak yang dilihat daripada ujian pra dan ujian pos hasil daripada rawatan menggunakan Modul Integrasi Tingkah laku Kognitif Psikospiritual al-Ghazali. Kesan rawatan juga dilihat dengan membandingkan skor yang diperoleh daripada kelompok rawatan dengan skor yang diperoleh daripada kelompok kawalan bagi setiap pemboleh ubah bersandar yang diperiksa daripada ujian pra dan pos.

Oleh itu dalam kajian ini, kesan yang diperhatikan ialah sama ada skor pemboleh ubah bersandar iaitu penghargaan sendiri, efikasi sendiri dan daya tindak daripada ujian pra dan pos dalam kelompok rawatan meningkat berbanding kelompok kawalan. Bagi konteks kajian ini, kesan merujuk kepada hasil yang diperolehi sama ada berlaku peningkatan atau penurunan kepada pemboleh ubah bersandar hasil daripada intervensi Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku Psikospiritual al-Ghazali.



1.10.2 Modul Integrasi

Modul ialah unit atau bahagian yang berasingan dengan komponen yang melaksanakan fungsi tertentu, dikaitkan dengan unit lain untuk mencipta sesuatu yang lebih besar, kursus atau pelajaran (latihan) yang boleh dilaksanakan secara berasingan untuk mencapai kemahiran atau kelayakan tertentu (Sidek & Jamaludin, 2005). Modul juga merupakan unit pengajaran dan pembelajaran merangkumi topik sesuatu pengajaran yang dijalankan secara sistematik dan langkah demi langkah, memudahkan remaja menyiapkan unit pembelajaran dengan membenarkan mereka belajar secara berdikari (Sidek & Jamaludin, 2005). Manakala Rusell (1974), mendefinisikan modul sebagai satu pakej pengajaran berkaitan dengan satu unit konsep pelajaran.



Menurut Norazlina dan Noor Shakirah (2017), model integrasi ialah integrasi



teknik kaunseling konvensional dan pendekatan Islam dalam kaunseling. Pendekatan dalam model ini adalah falsafah, tujuan dan cara hidup kaunselor dan klien haruslah mengikut ajaran Islam. Dalam mengintegrasikan elemen spiritual dan agama, Tan (1996) telah memperkenalkan dua model iaitu model implisit (tersirat) dan model eksplisit (jelas dan nyata). Model integrasi implisit tidak memperkenalkan isu agama dan spiritual ke dalam proses kaunseling sebaliknya dilakukan secara tersirat dan tersembunyi berbanding model integrasi eksplisit yang membincangkan isu tersebut dengan jelas dan lebih terbuka.

Modul integrasi dalam kajian ini dibangunkan oleh pengkaji dengan mengintegrasikan TKT dan Psikospiritual al-Ghazali yang dikenali Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku Psikospiritual al-Ghazali yang digunakan sebagai





intervensi membantu remaja memahami dirinya dan menggunakan kebolehan dan keupayaan diri untuk berkembang dan berubah. Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku Psikospiritual al-Ghazali merangkumi pelbagai aktiviti yang dirancang secara sistematik berdasarkan matlamat dan teori penyelidikan yang telah ditetapkan. Modul integrasi ini akan menstrukturkan kognitif dan tingkah laku berdasarkan prinsip-prinsip positif dalam al-Quran dengan konsep pemurnian jiwa bagi mencapai kebahagiaan di dunia dan akhirat.

1.10.3 Kelompok Bimbingan.

Kelompok bimbingan banyak dilaksanakan di sekolah untuk membimbing remaja dalam usaha menyampaikan maklumat dan tidak melibatkan inkuiri ataupun penerokaan yang lebih mendalam. Fokus dan kandungan kelompok bimbingan sekolah ialah pembangunan diri, disiplin diri remaja, hubungan interpersonal dengan individu lain, hubungan rakan sebaya, kemahiran belajar, dan pembangunan diri dan kerjaya (Thompson & Poppen, 1979).

Menurut Ida Hartina (2006), kelompok bimbingan adalah berbeza dengan kelompok kaunseling kerana kelompok bimbingan hanya memberi penekanan kepada menyampaikan dan menyebarkan maklumat serta tidak dijalankan kajian dengan lebih mendalam. Kelompok bimbingan menyediakan maklumat dan kemahiran peribadi yang berguna, memupuk interpersonal, perbincangan dan perkongsian untuk membantu ahli kelompok memahami diri mereka, pertumbuhan mereka dan dunia. Kelompok bimbingan dibahagikan kepada dua kumpulan: kumpulan bimbingan besar dan



kumpulan bimbingan kecil. Armentrout (1958) menyatakan bahawa perbezaan bimbingan kelompok dan kaunseling kelompok ialah bimbingan kelompok merujuk kepada perbincangan intelektual dan berkaitan dengan topik-topik tertentu mengikut keperluan dan kelompok sasaran. Bimbingan kelompok juga memfokuskan kepada memberikan maklumat yang diasaskan penting dan bermanfaat oleh ketua kelompok (Gladding, 2018).

Manakala Romlah (2001), kelompok bimbingan ialah teknik bimbingan yang bertujuan membantu individu mencapai perkembangan optimum mengikut kebolehan, bakat, minat, dan nilai yang diterima dan diamalkan dalam konteks kelompok. Tujuannya adalah untuk mencegah masalah dan mengembangkan diri remaja. Aragonés et al. (2023) mendefinisikan kelompok bimbingan merupakan pembangunan intervensi psikologi yang terbukti keberkesannya secara saintifik melalui pembinaan sesuatu modul, pembangunan program-program tertentu, pembinaan kaedah-kaedah profesional yang boleh diaplikasikan dalam kehidupan seseorang dan terbukti berupaya meningkatkan kesejahteraan psikologi dan pencegahan masalah kesihatan mental yang lebih serius. Manakala menurut Hidalgo et al. (2022) kelompok bimbingan adalah satu model berstruktur mengandungi maklumat berkaitan dengan pendidikan dan perkhidmatan yang disediakan.

Kelompok bimbingan dalam kajian ini dijalankan dalam bentuk pencegahan dan berfokus kepada kelompok kecil iaitu seramai 20 orang dalam satu kelompok. Ini adalah berdasarkan pandangan Capuzzi dan Gross (2004), ahli-ahli kelompok bimbingan kebiasaannya di antara 20 hingga 40 ahli dalam satu kelompok dan kelompok bimbingan bersaiz kecil seperti ini akan memudahkan perbincangan dan

meningkatkan tumpuan fasilitator dan ahli kelompok fasilitator. Bimbingan akan dilaksanakan oleh ketua kelompok yang mempunyai kepakaran khusus dalam bidang psikospiritual al-Ghazali dan Terapi Kognitif Tingkah laku agar membolehkan kelompok mendapat bimbingan dan celik akal dalam pencegahan kepada buli siber. Kelompok bimbingan dalam kajian ini menggunakan pendekatan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali yang mengandungi pelbagai aktiviti berbentuk aktiviti pencegahan, psikopendidikan,, dan pembangunan diri serta penstrukturan semula kognitif yang dilaksanakan sebanyak 10 sesi secara berstruktur dan sistematik. Pelaksanaan sesi bagi setiap kelompok bimbingan mengambil masa antara 1 hingga 2 jam.

1.10.4 Psikospiritual al-Ghazali

Menurut Golberg (1998), dan Dossey (2005), spiritualiti merupakan entiti yang sangat kompleks, fenomena realiti yang boleh berubah-ubah, dan menyentuh tentang kehidupan seseorang individu. Bagi Ragsdale et al., (2014), spiritual bukan sesuatu yang terjadi di luar sebaliknya yang berlaku dalam kehidupan harian. Ia juga satu pengalaman yang berlaku berasaskan kehidupan dalam satu budaya, tempat dan masa tertentu. Riyad (2004), spiritual (kerohanian) adalah keupayaan untuk mencegah diri daripada keinginan hawa nafsu, ikhlas melaksanakan ibadah serta taat, cinta, doa, ketakutan, dan pengharapan yang tinggi kepada Allah, dan untuk mendidik jiwa dan melatihnya untuk melaksanakan tanggungjawab yang disyariatkan Allah. Manakala bagi Abdul dan Jusuf(2002), Spiritual (kerohanian) berkait rapat dengan kualiti dalaman seseorang.



Psikospiritual pula merupakan kombinasi perkataan psikologi dan spiritual. Dalam dunia psikologi, psiko atau jiwa merujuk kepada aspek kognitif, afektif dan psikomotor. Psikospirtual didefinisikan sebagai pelbagai sistem terapi yang merangkumi dimensi kerohanian manusia sebagai asas kepada kesihatan psikik dan perkembangan manusia sepenuhnya dan yang menggunakan kaedah psikologi dan spiritual (seperti meditasi, yoga, kerja mimpi, kerja nafas) secara holistik , bersepadu, pendekatan untuk penyembuhan dan pertumbuhan dalaman (Syamsul, 2008). Menurut Banner (1998), Psikospiritual adalah elemen dalaman yang dikaitkan dengan minda, bersama dengan akal dan semangat yang membentuk keperibadian manusia.

Psikospiritual al-Ghazali ditakrifkan sebagai konsep dan kaedah perawatan kerohanian, jiwa, emosi dan akhlak berdasarkan teori dan amalan Islam yang bersumberkan al-Quran, Sunnah, Salaf Soleh dan ulama tasawuf (Che Zarrina, 2019). Menurut al-Ghazali (2006), psikospiritual berdasarkan dua perkataan iaitu bimbingan (*al-irshad*) yang bermaksud kaedah membimbing, mengajar atau menunjukkan cara menuju kebaikan atau suatu matlamat mengikut syariat Islam dan spiritual (*al-nafsiyy*) memfokuskan kepada empat elemen spiritual manusia iaitu *al-nafs*, *al-qalb*, *al ruh* dan *al aql*. Manakala sarjana muslim mentakrifkan psikospiritual Islam suatu ilmu yang asasnya adalah psikologi Islam dan juga tasawuf. Hamid (2005), spiritualiti (kerohanian) juga bermakna mempunyai jiwa yang seimbang, berasa gembira dengan diri sendiri serta dengan orang lain, dapat menguasai kebolehan dan kekuatan diri pada tahap yang paling tinggi untuk menghadapi dugaan dan cabaran hidup, mrmpunyai akhlak yang baik dan hidup selamat dan tenang.





Oleh itu, psikospiritual al-Ghazali dalam kajian ini merujuk kepada disiplin ilmu yang menggabungkan elemen psikologi dan kerohanian berasaskan prinsip Islam bagi menangani masalah penghargaan sendiri, efikasi sendiri, dan daya tindak remaja mangsa buli siber. Psikospiritual al-Ghazali terdiri daripada unsur roh, fikiran, hati dan nafsu yang saling bersepadu antara satu sama lain bertujuan untuk menyucikan jiwa, hati dan minda manusia daripada tingkah laku yang merosakkan diri ke arah peningkatan dan pencapaian diri dalam proses pembinaan diri secara berperingkat-peringkat menuju tahap manusia yang sempurna. Langkah-langkah yang digunakan dalam psikospiritual al-Ghazali adalah pembinaan hubungan (*rapport*), pembinaan matlamat (*ma'rifah an-nafs*), pembersihan hati (*takhalli*), pengisian hati (*tahalli*), penilaian (*muhasabah*) dan kebahagiaan di dunia dan akhirat (*as-saadah*).



1.10.5 Terapi Kognitif Tingkah laku.

Terapi Kognitif Tingkah laku (TKT) ialah terapi psikososial berorientasikan tindakan yang membuat andaian bahawa pemikiran yang salah membawa kepada tindakan yang salah dan emosi negatif. Ia adalah satu bentuk psikoterapi yang bertujuan untuk mengubah pemikiran dan tingkah laku (kognitif) orang, dengan matlamat untuk membuat mereka berasa lebih baik. TKT merupakan pendekatan yang sering digunakan dalam kelompok (Abdul Malek, 2005).

Terapi Kognitif-Tingkah laku (TKT) dalam kajian ini merupakan psikoterapi yang membantu mengenal pasti dan mengubah corak pemikiran yang mengganggu atau yang menjejaskan tingkah laku dan emosi secara negatif akibat menjadi mangsa buli





siber. Teknik-teknik yang digunakan dalam Terapi Kognitif Tingkah laku dalam kajian ini adalah seperti main peranan (*role play*), penstrukturan semula kognitif (*cognitive reconstruction*), analisis kelebihan dan kekurangan (*advantages and disadvantages*), penetapan matlamat (*goal setting*), teknik rekod pemikiran disfungsi, pendedahan (*exposure*), rekod pemikiran peristiwa positif, penyelesaian masalah (*problem solving*), kerja rumah (*homework*), *token economic*, *coping* instruksi diri dan rumusan.

1.10.6 Penghargaan Kendiri

Rosenberg (1987), penghargaan sendiri ialah sikap suka atau tidak suka terhadap diri sendiri. Ini bermakna individu yang mempunyai harga diri yang tinggi tahu menghormati diri sendiri, mengetahui kelebihan serta menghargai dirinya sendiri dan juga sedang berusaha untuk mengatasi segala kelemahan dirinya. Manakala menurut Coopersmith (1978), penghargaan sendiri ialah penilaian sendiri individu, biasanya berkaitan dengan diri sendiri. Penilaian mencerminkan sikap penerimaan ataupun penolakan dan menunjukkan sejauh mana individu percaya bahawa mereka mampu, penting, berjaya, dan berharga.

Menurut Beck et al. (2001), penghargaan sendiri ialah bagaimana seseorang itu memandang dan menilai dirinya. Penghargaan sendiri adalah kiasan kepada fakta bahawa watak-watak tertentu boleh dipelajari. Penghargaan sendiri juga berdasarkan pengalaman hidup seseorang dan pada ukuran yang diberikan melalui komen, pemerhatian, dan tindakan orang sekeliling. Penghargaan sendiri ada kaitan dengan apa yang diperkatakan oleh orang penting dalam hidup anda tentang diri anda seperti





keluarga, rakan, guru, rakan sekerja dan rakan sekelas anda (Muhd Mansur & Siti Nordinar, 1998).

Penghargaan sendiri ialah penilaian peribadi terhadap diri sendiri dan konsep ini memberikan nilai yang berkaitan dengan konsep sendiri. Ini menunjukkan individu berasa yakin kepada dirinya sendiri sebagai seorang yang penting, bernilai, berharga dan mendatangkan hasil (Mohd Fairuz & Hasan, 2016). Dari sudut Islam, orang yang memiliki penghargaan sendiri tinggi adalah orang yang berilmu, beriman dan bertakwa kepada Allah S.W.T. Sebaliknya orang yang memiliki penghargaan sendiri yang rendah akan merasa cemas, pemalu, mudah putus asa, sentiasa inginkan pertolongan orang lain, terlalu merendah diri, tidak mempunyai cita-cita dan tidak bertakwa kepada Allah S.W.T (Mohammad Saleh, 1999).



Penghargaan sendiri dalam kajian ini merujuk kepada bagaimana remaja mangsa buli siber menilai dan melihat dirinya secara menyeluruh dan merasakan dirinya dihargai, dihormati serta tidak menghina atau menjatuhkan diri sendiri atas kekurangan dan kelemahan dirinya. Remaja yang mempunyai penghargaan sendiri yang tinggi biasanya mempersepsikan dirinya dengan perkara-perkara yang positif, manakala remaja yang mempunyai penghargaan sendiri yang rendah selalunya menimbulkan penilaian negatif terhadap diri, merendahkan diri sendiri, dan susah untuk menerima dirinya sendiri. Dalam konteks kajian ini penghargaan sendiri adalah dilihat berdasarkan maklum balas remaja terhadap Soal selidik Penghargaan Kendiri (*Rosenberg Sel Esteem Scale-RSES*) yang mengandungi 10 item yang telah dibina oleh Rosenberg, M (1965) dan dialih bahasa ke dalam Bahasa Melayu oleh Haizan Mohd Taha (2016).



1.10.7 Efikasi Kendiri

Efikasi sendiri menurut Bandura (1986) merujuk kepada keyakinan dan kepercayaan individu terhadap keupayaan dan kemampuan diri mereka untuk mencapai matlamat mereka. Efikasi sendiri juga merupakan jangkaan individu bahawa mereka telah bertindak seperti yang diminta. Menurut Bandura (1986), interaksi faktor persekitaran dengan sistem sendiri individu merupakan elemen penting yang mendasari efikasi sendiri. Berdasarkan pertimbangan ini, Bandura (1986) mempercayai corak pemikiran dan tindak balas emosi terhadap sesuatu tindakan dipengaruhi oleh sistem pemikiran yang menggabungkan kawalan diri ke atas pemikiran, perasaan, motivasi, dan tindakan.

Kajian Bandura (1986), mendapati kejayaan prestasi seseorang individu dipengaruhi oleh efikasi sendiri. Oleh yang demikian seseorang remaja yang dapat menyelesaikan sesuatu tugas khususnya dalam menghadapi buli siber akan mempengaruhi efikasi sendiri atau keberkesanan diri. Ini sekaligus meningkatkan motivasi diri remaja dalam mencapai matlamat tertentu. Menurut Redmond (2010), efikasi sendiri juga dipengaruhi oleh pujukan lisan yang menggalakkan atau mengkritik prestasi seseorang individu. Pujukan lisan dari sudut positif menggalakkan individu berusaha lebih untuk bertanggungjawab, dan individu lebih berkemungkinan berjaya.

Manakala menurut Betz (2004), efikasi sendiri ialah tingkah laku pendekatan yang menerangkan apa yang dilakukan oleh individu, dan tingkah laku mengelak adalah perkara yang tidak dicuba oleh individu. Individu harus mencari pelbagai maklumat tentang pengetahuan yang telah dipelajari dan berusaha untuk menguasai ilmu itu sebaik mungkin dengan usaha yang terbaik, tekun dan berintegriti. Dari sudut

Islam, efikasi diri merujuk kepada kepercayaan kepada Islam iaitu Iman. Seseorang individu boleh mencapai kejayaan hanya apabila dia yakin dengan kebolehan berpandukan Syariah dalam Islam (Ainon & Abdullah, 2006). Islam dan Barat bersetuju bahawa orang yang mempunyai efikasi sendiri yang tinggi ialah seorang yang sanggup mengambil risiko dan berjuang, sentiasa berfikiran positif, tidak mudah berputus asa, dan terus berusaha (Noornajihan & Ab Halim, 2013).

Efikasi sendiri dalam kajian ini merujuk kepada keyakinan dan kebolehan remaja mencegah diri daripada menjadi mangsa buli siber berdasarkan kemahiran, jangkaan hasil dan nilai daripada sesuatu hasil. Efikasi sendiri diukur berdasarkan maklum balas remaja terhadap Soal selidik Efikasi Diri Umum (*General Self Efficacy Scale-GSES*) oleh R. Schwarzer dan M. Jerusalem (1965) yang mengandungi 10 item. Soal selidik ini telah dialih bahasa ke dalam Bahasa Melayu oleh pengkaji berdasarkan *Back To Back Translation*

1.10.8 Daya Tindak

Daya tindak merujuk kepada cara berfikir dan bertindak yang berbeza dalam situasi tekanan dalaman dan luaran dan telah dibincangkan secara meluas oleh Folkman dan Lazarus sejak 1980 (Walsh et al., 2010). Lazarus & Folkman, (1987), mentakrifkan daya tindak sebagai usaha kognitif dan tingkah laku untuk mengawal, mengurangkan atau bertolak ansur dengan keinginan luaran dan dalaman yang terhasil daripada transaksi tekanan yang berlaku. Menurut Springer (2013), tindak balas mengatasi boleh dikelaskan sebagai tindak balas berorientasikan masalah secara langsung. Daya tindak



berfungsi untuk mengubah suai atau menangani masalah yang disebabkan oleh tekanan emosi untuk menstabilkan tindak balas emosi terhadap masalah yang dihadapi. Daya tindak juga menjadi penentu kepada keterlibatan seseorang remaja dengan tingkah laku buli siber.

Matheny et al. (1986), menjelaskan bahawa daya tindak adalah satu usaha sama ada sihat atau tidak, sedar atau tidak untuk mengelak, memusnahkan atau melemahkan tekanan. Ini bermakna, tindak balas adalah bertolak ansur dengan tekanan supaya kesannya dapat dikurangkan ke tahap minimum. Remaja yang mempunyai strategi daya tindak yang stabil dan tersusun boleh menghadapi sebarang tekanan dengan baik kerana daya tindak tersebut secara relatifnya konsisten dengan masa dan situasi yang akan dihadapi pada masa hadapan.



Dalam kajian ini daya tindak atau '*Coping Skills*' merujuk kepada mekanisme seseorang remaja menangani tekanan, kesusahan atau situasi mencabar menggunakan strategi tingkah laku, kognitif atau emosi yang spesifik akibat menjadi mangsa buli siber. Kemahiran ini merupakan tindakan atau pemikiran yang boleh diperhatikan dan diukur yang membantu individu menyesuaikan diri dengan keadaan yang sukar, mengawal emosi mereka dan mengekalkan kesejahteraan psikologi mereka. Daya tindak atau *coping skills* terbahagi kepada dua iaitu daya tindak berfokus masalah (*problem-focused coping*) dan daya tindak berfokus emosi (*emotion-focused coping*). Pendekatan berfokus masalah seseorang remaja yang menjadi mangsa buli siber cuba mengatasi dan mengubah punca tekanan yang berlaku manakala pendekatan berfokus emosi pula remaja yang menjadi mangsa buli siber mengatasi tekanan dengan cara mengawal perasaan atau emosi agar dapat menerima tekanan yang wujud





Daya tindak diukur berdasarkan maklum balas remaja terhadap soal selidik Daya Tindak Remaja (*Adolescent Coping Scale-ACS*) oleh Frydenberg dan Lewis (1993) yang mengandungi 79 item dan 18 sub konstruk daya tindak. Soal selidik asal telah dialih Bahasa ke dalam Bahasa Melayu oleh Ferlis Bullare (2015) dan mengekalkan 79 item dan 18 sub konstruk.

1.10.9 Mangsa Buli Siber

Buli siber didefinisikan sebagai kemudaratan yang disengajakan dan berulang yang ditimbulkan melalui komputer, telefon bimbit dan peranti elektronik lain melibatkan siaran, komen atau mesej yang menyakitkan, memalukan atau mengancam (Hinduja, 2021). Manakala mangsa buli siber juga didefinisikan seseorang yang menerima fitnah secara berterusan dan berulang dari medium seperti mesej segera, e-mel, telefon bimbit menggunakan *Whatsapp*, *Line*, *Wechat* dan lain-lain (Ferrara et al., 2018).

Buli siber merupakan satu amalan komunikasi yang dilakukan menerusi teknologi yang bertujuan untuk membuli, mengganggu, memalukan atau mengugut kehidupan seseorang melalui perkataan-perkataan yang negatif, penyebaran maklumat palsu dan perkongsian gambar atau video yang boleh menjatuhkan imej seseorang (Azianura & Mohammad, 2019). Menurut Brady (2010) buli siber turut didefinisikan sebagai penggunaan komunikasi berasaskan teknologi seperti telefon pintar, komputer riba, mesej, gambar, video dan sebagainya yang mempunyai niat untuk mengganggu dan mengugut seseorang individu dalam talian. Buli siber juga tidak semestinya dalam bentuk teks tetapi juga dalam bentuk bergambar dan video grafik (Mohd Mokhtarishah





& Hasmadi, 2021). Manakala menurut Yatiman et al (2020) buli siber adalah kekejaman sosial dalam talian yang dilakukan melalui e-mel, khidmat pesanan ringkas, bilik sembang, Facebook, Twitter, laman web dan mesej gambar digital yang dihantar melalui telefon bimbit atau komputer.

Mangsa buli siber dalam kajian ini merujuk kepada mangsa buli siber yang mendapat gangguan, ancaman dan penghinaan secara berterusan yang dilakukan di alam siber iaitu melalui e-mel, khidmat pesanan ringkas, bilik sembang, Facebook, Twitter, laman web dan mesej gambar digital yang dihantar melalui telefon bimbit atau komputer. Mangsa buli siber dalam kajian ini melibatkan remaja tingkatan dua yang beragama Islam menjadi mangsa buli siber. Mangsa buli siber diukur berdasarkan maklum balas remaja terhadap soal selidik mangsa buli siber (*Cyberbullying and Online Agression Survey Instrument*) oleh Sameer Hinduja dan Justin Patchin (2009) yang mengandungi 13 item pernyataan mangsa buli siber. Soal selidik asal telah dialih bahasa ke dalam Bahasa Melayu oleh Che Hasniza Che Noh (2014) dan mengekalkan 13 item.

1.10.10 Lokasi Sekolah

Menurut Jabatan Perangkaan Malaysia (2000), sekolah bandar merupakan sekolah yang terletak di kawasan bandar atau pusat bandar serta mempunyai akses yang baik kepada rujukan dan juga kemudahan teknologi maklumat yang lengkap dan mencukupi. Sekolah bandar juga mempunyai kemudahan infrastruktur yang lengkap. Jumlah penduduk minimum 10000 orang serta sekurang-kurangnya 60 peratus penduduk



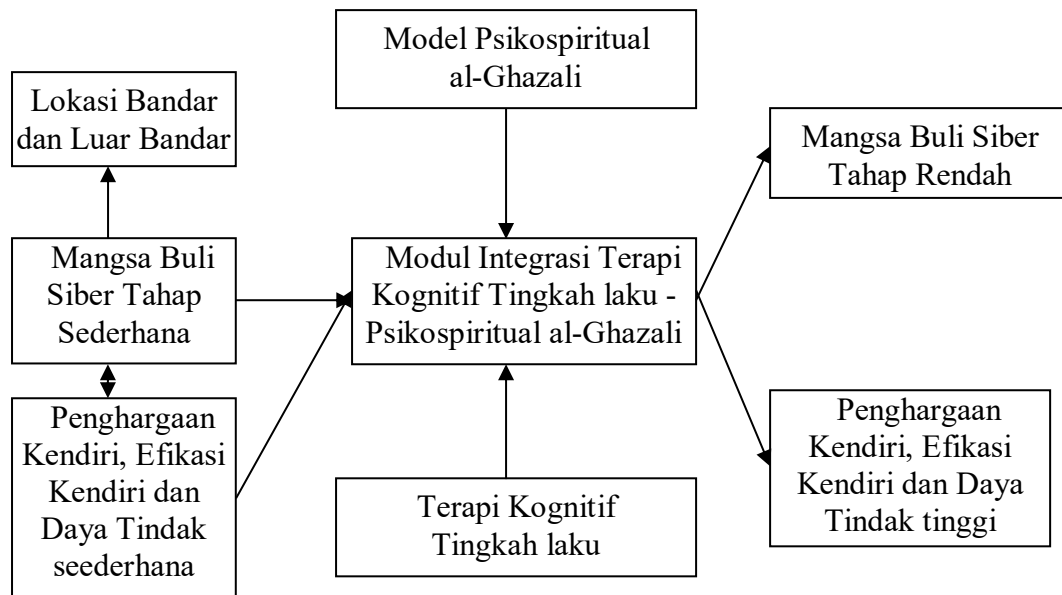
berumur 15 tahun ke atas bekerja dalam sektor awam yang bukan pertanian.

Manakala sekolah luar bandar pula terletak di kawasan luar dan terletak di kawasan pedalaman iaitu kampung dan desa. Kemudahan akses sekolah luar bandar agak terhad dari aspek bahan rujukan, perpustakaan dan juga kemudahan teknologi maklumat. Sekolah luar bandar juga mengalami kekurangan kemudahan dan kesukaran menempatkan guru yang terlatih di kawasan sekolah. Jumlah penduduk kurang daripada 10000 orang dan majoriti penduduk bekerja sebagai petani dan melakukan kerja-kerja kampung.

Lokasi sekolah dalam kajian ini merujuk kepada sekolah menengah yang terletak di kawasan bandar dan juga kawasan luar bandar yang mempunyai jumlah remaja tingkatan dua beragama Islam melebihi 1200 orang.

1.11 Kerangka Konseptual Kajian

Kerangka konseptual adalah penting untuk menjalankan penyelidikan. Pengkaji memerlukan kerangka konsep sebagai panduan yang bermakna untuk membimbing individu melalui struktur logik idea yang tertumpu kepada mereka bentuk, menjalankan, dan melaporkan penyelidikan untuk mencapai matlamat penyelidikan (Shahabudin et al., 2007). Ini dijelaskan seperti dalam kerangka konseptual kajian ditunjukkan dalam rajah 1.1.



Rajah 1.1. Kerangka Konseptual Kajian

Rajah 1.1 menunjukkan kerangka konseptual yang dibina oleh pengkaji berdasarkan kepada Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali. dalam membantu remaja mangsa buli siber. Kajian remaja mangsa buli siber berdasarkan demografi lokasi sekolah menengah bandar dan luar bandar. Pembinaan Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali berdasarkan model psikospiritual al-Ghazali dan juga model terapi kognitif tingkah laku. Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali merupakan intervensi pencegahan kepada remaja mangsa buli siber sendiri yang diharapkan dapat meningkatkan penghargaan sendiri, efikasi sendiri dan daya tindak dalam kalangan remaja mangsa buli siber selepas rawatan.



1.12 Rumusan

Bab ini telah membincangkan tentang latar belakang kajian dan permasalahan kajian yang menekankan tentang remaja mangsa buli siber serta kepentingan intervensi peringkat awal iaitu berbentuk pencegahan bagi membantu remaja yang menjadi mangsa buli siber. Kelompok bimbingan dalam Modul Integrasi Terapi Kognitif Tingkah laku-Psikospiritual al-Ghazali bertujuan untuk proses intervensi ke atas sampel remaja yang menjadi mangsa buli siber. Bab ini turut membincangkan tujuan kajian, objektif kajian, soalan kajian dan kesignifikanan kajian. Perbincangan dalam bab ini juga turut menyentuh tentang limitasi kajian (batasan) dan definisi konseptual. Berdasarkan kepada tujuan dan objektif kajian, kerangka konseptual dan definisi operasional dan konseptual maka sebanyak enam hipotesis utama telah dibentuk dalam

kajian ini.

