

KESAN KAUNSELING KELOMPOK TERAPI
KOGNITIF TINGKAH LAKU – BERFOKUSKAN
TRAUMA TERHADAP KEMURUNGAN,
KEBIMBANGAN DAN STRES
DALAM KALANGAN
MURID MANGSA
BULI

NURUL HUDA ISHAK

UNIVERSITI PENDIDIKAN SULTAN IDRIS

2022

**KESAN KAUNSELING KELOMPOK TERAPI KOGNITIF TINGKAH LAKU –
BERFOKUSKAN TRAUMA TERHADAP KEMURUNGAN,
KEBIMBANGAN DAN STRES DALAM KALANGAN
MURID MANGSA BULI**

NURUL HUDA ISHAK

**TESIS DIKEMUKAKAN BAGI MEMENUHI SYARAT UNTUK MEMPEROLEH
IJAZAH DOKTOR FALSAFAH**

**FAKULTI PEMBANGUNAN MANUSIA
UNIVERSITI PENDIDIKAN SULTAN IDRIS**

2022



Sila tanda (✓)

Kertas Projek
Sarjana Penyelidikan
Sarjana Penyelidikan dan Kerja Kursus
Doktor Falsafah

✓

INSTITUT PENGAJIAN SISWAZAH PERAKUAN KEASLIAN PENULISAN

Perakuan ini telah dibuat pada 08 (hari bulan) Februari (bulan) 2022

i. Perakuan pelajar

Saya **Nurul Huda Ishak, P20152001309**, **Fakulti Pembangunan Manusia** dengan ini mengakui bahawa disertasi/tesis yang Bertajuk **Kesan Kaunseling Kelompok Terapi Kognitif Tingkah Laku - Berfokuskan Trauma Terhadap Kemurungan, Kebimbangan dan Stres dalam Kalangan Murid Mangsa Buli**. 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, abstrak, rujukan atau pengeluaran semula daripada atau kepada mana-mana hasil kerja yang mengandungi hak cipta telah dinyatakan dengan sejasanya dan secukupnya.

Tandatangan Pelajar

ii. Perakuan Penyelia

Saya, **Prof Madya Dr Samsiah Mohd Jais** dengan ini menegesahkan bahawa hasil kerja pelajar yang bertajuk **Kesan Kaunseling Kelompok Terapi Kognitif Tingkah Laku - Berfokuskan Trauma Terhadap Kemurungan, Kebimbangan dan Stres dalam Kalangan Murid Mangsa Buli** dihasilkan oleh pelajar seperti nama di atas, dan telah diserahkan kepada institusi Pengajian Siswazah bagi memenuhi sebahagian/ sepenuhnya syarat memperoleh **Ijazah Doktor Falsafah Bimbingan dan Kaunseling**

Tarikh

Tandatangan Penyelia





**INSTITUT PENGAJIAN SISWAZAH
INSTITUTE OF GRADUATE STUDIES**

**BORANG PENGESAHAN PENYERAHAN THESIS/DISERTASI/LAPORAN KERTAS PROJEK/
DECLARATION OF THESIS/DISSERTATION/PROJECT PAPER FORM**

Tajuk / Title : KESAN KAUNSELING KELOMPOK TERAPI KOGNITIF TINGKAH LAKU-BERFOKUSKAN TRAUMA TERHADAP KEMURUNGAN, KEBIMBANGAN DAN STRES DALAM KALANGAN MURID MANGSA BULI.

No Matrik/Matric No : **P20152001309**

Saya : **NURUL HUDA BINTI ISHAK**

mengaku membenarkan tesis/disertasi /laporan kertas projek (doctor falsafah/sarjana) ini disimpan di Universiti Pendidikan Sultan Idris (Perpustakaan Tuanku Bainun) dengan syarat-syarat kegunaan seperti berikut :

Acknowledge that University 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 Property of Universiti Pendidikan Sultan Idris.
2. Perpustakaan tuanku bainun dibenarkan membuat salian untuk tujuan rujukan sahaja
Tuanku Bainun Library has the right to make copies for the purpose of research only.
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 academic exchange.
4. Perpustakaan tidak dibenarkan membuat penjualan salian tesis /disertasi ini bagi kategori TIDAK TERHAD.
The library are not allow to make any profit for 'open access' thesis/dissertation.
5. Sila tandakan () bagi pilihan dibawah/ *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)

Tarikh :

(Tandatangan Penyelia/Singnature of Supervisor)

& (Nama & Cop Rasmi / Name & Official Stamp)





PENGHARGAAN

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Dengan nama Allah yang maha pemurah lagi maha penyayang, selawat dan salam ke atas Rasul junjungan serta para sahabat baginda.

Syukur kepada Allah SWT atas nikmat kesihatan, ketajaman akal, kelapangan masa serta kekuatan sokongan daripada insan-insan tersayang yang memungkinkan kajian ini dapat direalisasikan. Peristiwa-peristiwa indah sepanjang kajian ini dilaksanakan menginsafkan diri serta membuktikan bahawa percaturan Allah SWT itu sulit. Panas, hujan, mendung, kemarau dan banjir bersilih ganti semasa perjalanan ini telah menghadiahkan pelangi yang sangat menarik pada hujungnya. Namun, manisnya perjuangan ini bukan kepada nama, pangkat dan pengiktirafan tetapi pada proses perjalanan itu sendiri yang mendidik jiwa untuk menjadi individu yang tunduk dan patuh kepada Pencipta.

Penghargaan istimewa kepada Profesor Madya Dr Samsiah Mohd Jais (Penyelia Utama) dan Profesor Madya Dr Mohammad Nasir Bistaman (Penyelia Kedua) atas tunjuk ajar dan curahan semangat pada saat langkah kaki perlahan melawan cabaran. Tidak dilupakan para penilai modul, penilai dapatan kajian, kaunselor sekolah di negeri Selangor, responden-responden kajian serta semua individu yang membantu sepanjang proses kajian ini dilaksanakan. Budi kalian Allah SWT yang membalasnya. Ishak Bin Saad (Arwah Abah), Normah Bt Hashim (Arwah Ibu), Noriza Mat Radhi (Ibu Mertua), Nor Asyraf Azizi (Suami), Ahmad Yusha (Anak), Nur Misha (Anak), Nor Asikhin (Kakak) serta ahli keluarga yang lain – tiada kata mampu diungkapkan atas kasih sayang kalian. Penghargaan juga buat guru-guru dan sahabat-sahabat yang sentiasa membantu. Dedikasi khas buat Nurulhuda Mat Amin dan Anis Fatima Bt Savugathali atas bantuan kalian.

Nurul Huda Binti Ishak
Ijazah Doktor Falsafah Bimbingan dan Kaunseling
Fakulti Pembangunan Manusia
Universiti Pendidikan Sultan Idris.





ABSTRAK

Kajian eksperimen ini dijalankan bertujuan untuk menguji kesan Kaunseling Kelompok Terapi Kognitif Tingkah Laku - Berfokuskan Trauma (KKTKTK-BT) terhadap kemurungan, kebimbangan dan stres dalam kalangan murid mangsa buli serta meneroka maklum balas responden, ibu dan rakan responden murid mangsa buli terhadap kesan intervensi KKTKTK – BT. Kajian yang dijalankan ini berbentuk kuasi eksperimen siri masa dengan melibatkan empat jenis selang masa iaitu Pra ujian (PRT), Pos ujian 1 (PT1), Pos ujian 2 (PT2) dan Pos ujian 3 (PT3). Seramai 32 orang responden kajian dipilih secara persampelan bertujuan dari tiga buah sekolah berbeza iaitu sekolah A, sekolah B dan sekolah C di sekitar negeri Selangor. Data kuantitatif pra ujian dan pos ujian antara selang masa dikumpul menggunakan ujian DASS 42 dan dianalisis secara deskriptif dan inferensi melalui ujian statistik min, analisis Anova Dua Hala Pengukuran Berulangan dan *Post-Hoc Bonferroni* pada aras signifikan 0.5. Hasil dapatan kajian kuantitatif menunjukkan terdapat perbezaan yang signifikan antara selang masa kemurungan murid mangsa buli [$F(1, 31) = 5190.45$; $p < .05$], bagi murid lelaki [$F(1, 15) = 2309.355$; $p < .05$] dan murid perempuan [$F(1, 15) = 2755.435$; $p < .05$]. Bagi kebimbangan, terdapat perbezaan yang signifikan antara selang masa murid mangsa buli [$F(1, 31) = 7180.70$; $p < .05$], murid lelaki [$F(1, 15) = 3834.351$; $p < .05$] dan murid perempuan [$F(1, 15) = 5448.235$; $p < .05$]. Akhir sekali, terdapat perbezaan yang signifikan antara selang masa stres bagi murid mangsa buli [$F(1, 31) = 14777.65$; $p < .05$], murid lelaki [$F(1, 15) = 6300.680$; $p < .05$] dan murid perempuan [$F(1, 15) = 58265.254$; $p < .05$]. Manakala hasil dapatan melalui temu bual terhadap tiga responden, ibu dan rakan murid mangsa buli menunjukkan terdapat kesan yang positif setelah melalui KKTKTK-BT. Modul KKTKTK-BT didapati berkesan mengurangkan kemurungan, kebimbangan dan stres dalam kalangan murid mangsa buli. Secara keseluruhan, dapatan kajian memberi implikasi teoritikal dan praktikal terhadap bidang kaunseling dalam konteks membantu mengurangkan kemurungan, kebimbangan dan stres dalam kalangan murid.





THE EFFECTS OF TRAUMA-FOCUSED COGNITIVE BEHAVIOURAL THERAPY GROUP COUNSELLING ON DEPRESSION, ANXIETY, AND STRESS IN STUDENT VICTIMS OF BULLYING

ABSTRACT

This experimental study aimed at determining the effects of Trauma-Focused Cognitive Behavioural Therapy Group Counselling (TF-CBTGC) on depression, anxiety, and stress among bullied students, as well as to elicit feedbacks from bully victims and their close relationships regarding the effects of TF-CBTGC intervention. This study adopted a quasi-time series experiment involving four types of time intervals: Pre-Test 1 (PRT1), Post-Test 1 (PT1), Post-Test 2 (PT2), and Post-Test 3 (PT3). 32 respondents were chosen through purposive sampling from three different schools in Selangor: school A, school B and school C. Quantitative data were collected from pre- and post-test intervals using DASS 42 and analysed descriptively and inferentially through the mean statistical test analysis, Anova Two-Way Repeated Measures, and Post-Hoc Bonferroni at a significance level of 0.5. The results of the quantitative study showed that there was a significant difference in the time intervals of depression among bullied students [$F(1, 31) = 5190.45$; $p < .05$], male students [$F(1, 15) = 2309.355$; $p < .05$] and female students [$F(1, 15) = 2755.435$; $p < .05$]. There was also a notable difference between the anxiety time intervals of bullied students [$F(1, 31) = 7180.70$; $p < .05$], male students [$F(1, 15) = 3834.351$; $p < .05$] and female students [$F(1, 15) = 5448.235$; $p < .05$]. Lastly, a crucial difference in the time intervals of stress of bullied students [$F(1, 31) = 14777.65$; $p < .05$], male students [$F(1, 15) = 6300.680$; $p < .05$] and female students [$F(1, 15) = 58265.254$; $p < .05$] was also detected. Additionally, the findings from the interviews with three respondents, and the mothers and friends of the student victims of bullying indicated a positive effect of TF-CBTGC. Therefore, TF-CBTGC module is found to be effective in reducing depression, anxiety, and stress among bullied students. Overall, the findings of the study have provided theoretical and practical implications for the field of counseling in the context of helping student victims of bullying to deal with depression, anxiety, and stress.



**SENARAI KANDUNGAN****Muka Surat**

PERAKUAN KEASLIAN PENULISAN	ii
PENGESAHAN PENYERAHAN TESIS	iii
PENGHARGAAN	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
SENARAI KANDUNGAN	vii
SENARAI JADUAL	xvi
SENARAI RAJAH	xix
SENARAI SINGKATAN	xx
SENARAI LAMPIRAN	xxii
BAB 1 PENGENALAN	
1.1 Pengenalan	1
1.2 Latar Belakang Kajian	2
1.3 Pernyataan Masalah	7
1.4 Tujuan Kajian	15
1.5 Objektif Kajian:	16
1.6 Persoalan Kajian	16
1.7 Hipotesis Kajian	17
1.7.1 Hipotesis Nol 1.0	19
1.7.2 Hipotesis Nol 2.0	19
1.7.3 Hipotesis Nol 3.0	20
1.8 Kerangka Konseptual Kajian	20
1.9 Kepentingan Kajian	25





1.10	Batasan Kajian	27
1.11	Definisi Konsep dan Operasional	28
1.11.1	Modul	29
1.11.1.1	Definisi Konsep	29
1.11.1.2	Definisi Operasional	29
1.11.2	Kaunseling Kelompok	30
1.11.2.1	Definisi Konsep	30
1.11.2.2	Definisi Operasional	32
1.12	Kaunseling Kelompok Terapi Tingkah Laku - Berfokuskan Trauma	32
1.12.1	Definisi Konsep	32
1.12.1.1	Definisi Operasional	34
1.12.2	Trauma	35
1.12.2.1	Definisi Konsep	35
1.12.2.2	Definisi Operasional	39
1.12.3	Kemurungan	39
1.12.3.1	Definisi Konsep	39
1.12.3.2	Definisi Operasional	42
1.12.4	Kebimbangan	43
1.12.4.1	Definisi Konsep	43
1.12.4.2	Definisi Operasional	44
1.12.5	Stres	45
1.12.5.1	Definisi Konsep	45
1.12.5.2	Definisi Operasional	46
1.12.6	Mangsa Buli	47
1.12.6.1	Definisi Konsep	47



1.12.6.2	Definisi Operasional	48
1.13	Rumusan	49
BAB 2 PENDEKATAN TEORETIKAL DAN KAJIAN LITERATUR		
2.1	Pengenalan	51
2.2	Pendekatan Teori	52
2.2.1	Terapi Kognitif Tingkah Laku (<i>Cognitive Behaviour Therapy - CBT</i>)	52
2.2.1.1	Konsep Terapi Kognitif Tingkah Laku	54
2.2.1.2	Nilai Teras Terapi Kognitif Tingkah Laku	56
2.2.2	Teori Kemurungan Kognitif Beck	61
2.2.3	Teori Psikoanalisis	63
2.2.4	Teori Rawatan Stres Selye (1976)	66
2.2.5	Terapi Kognitif Tingkah Laku- Berfokuskan Trauma (TKT-BT)	70
2.2.5.1	Nilai Teras dalam Terapi Kognitif Tingkah Laku – Berfokuskan Trauma	71
2.2.5.2	Strategi Penilaian	73
2.2.5.3	Struktur Terapi Kognitif Tingkah Laku - Berfokuskan Trauma (TKT-BT) dan Komponen Rawatan	74
2.3	Perkembangan Modul Kaunseling Kelompok Terapi Kognitif Tingkah Laku – Berfokuskan Trauma	87
2.4	Kajian Literatur	88
2.4.1	Kajian Literatur mengenai Murid Mangsa buli	88
2.4.2	Kajian Literatur Kemurungan, Kebimbangan dan stres Murid Mangsa Buli	92
2.4.3	Kajian Literatur mengenai Intervensi Mangsa buli	104
2.4.4	Kajian Literatur Keberkesanan Intervensi Kaunseling Kelompok	108

2.4.5	Kajian Literatur mengenai keberkesanan Terapi Kognitif Tingkah Laku Berfokuskan Trauma terhadap Kemurungan, Kebimbangan dan Stres.	111
2.5	Kerangka Teori Kajian	120
2.6	Rumusan	123

BAB 3 METODOLOGI KAJIAN

3.1	Pengenalan	124
3.2	Reka Bentuk Kajian	125
3.2.1	Kajian Kuasi Eksperimen Siri Masa	127
3.2.2	Kaedah Temu Bual	132
3.3	Lokasi Kajian	135
3.4	Responden Kajian	135
3.4.1	Pemilihan Responden Kuasi Eksperimen	137
3.4.2	Pemilihan Responden Temu Bual	142
3.5	Instrumen Kajian	144
3.5.1	Depression Anxiety Stress Scale 42 (DASS 42)	144
3.5.2	Modul Kaunseling Kelompok Terapi Kognitif Tingkah Laku – Berfokuskan Trauma (KKTKT-BT)	147
3.5.2.1	Model Pembinaan Modul Sidek (MPMS)	151
3.5.2.2	Proses Pembinaan Modul Kaunseling Kelompok Terapi Kognitif Tingkah Laku - Berfokuskan Trauma	154
3.5.2.3	Modul Kaunseling Kelompok Terapi Kognitif Tingkah Laku- Berfokuskan Trauma (KKTKT - BT)	157
3.5.3	Kaedah Pengumpulan Data Temu bual	162
3.5.3.1	Teknik Temu bual	162
3.6	Kajian Rintis Instrumen Kajian	164
3.7	Kesahan Dan Kebolehpercayaan Instrumen	166

3.7.1	Proses Kesahan DASS 42	168
3.7.1.1	Kesahan Soal Selidik DASS 42	170
3.7.2	Proses Kebolehpercayaan Instrumen	171
3.7.2.1	Kebolehpercayaan DASS 42	173
3.8	Kajian Rintis Modul KKTKT-BT	175
3.8.1	Menentukan Kesahan Modul KKTKT-BT	175
3.8.2	Menentukan Kebolehpercayaan Modul	183
3.9	Analisis Data	187
3.9.1	Analisis Data Kajian Kuasi Eksperimen	187
3.9.2	Analisis Data Temu Bual	191
3.10	Prosedur Menjalankan Kajian	192
3.10.1	Prosedur Kajian Eksperimen	192
3.10.2	Prosedur Kajian Analisis Data Temu Bual	194
3.11	Prosedur Menjalankan Intervensi	198
3.11.1	Fasa Pertama (Sebelum Kajian : Peringkat Perancangan)	199
3.11.2	Fasa Kedua (Semasa Kajian : Peringkat Pelaksanaan Kajian)	199
3.11.3	Fasa Ketiga (Selepas Kajian : Analisis dan Laporan Kajian)	200
3.11.4	Langkah-Langkah Mengawal Pemboleh ubah Luaran	200
3.11.5	Perlaksanaan Intervensi Kelompok	202
3.11.6	Aliran Intervensi Kelompok	202
3.11.7	Pengendalian Kelompok Intervensi	207
3.12	Cara Pemarkatan	211
3.12.1	Kemurungan, kebimbangan dan stres	211
3.13	Rumusan	212



BAB 4 DAPATAN KAJIAN

4.1	Pengenalan	213
4.2	Demografi Responden kajian	214
4.3	Ujian Taburan Normaliti Data Kajian	218
4.3.1	Persamaan Matrik Kovarians	220
4.3.2	Ujian Levene	221
4.4	Keputusan Analisis	222
4.4.1	Keputusan Analisis Secara Deskriptif	222
4.4.1.1	Analisis Deskriptif Profil kemurungan, keseimbangan dan stres antara selang masa PRT, PT1, PT2 dan PT3 dalam kalangan murid mangsa buli.	223
4.4.1.2	Analisis Deskriptif Profil kemurungan antara selang masa (PRT, PT1, PT2 dan PT3) dalam kalangan murid mangsa buli lelaki dan perempuan.	225
4.4.1.3	Analisis Deskriptif profil keseimbangan antara selang masa PRT, PT1, PT2 dan PT3 dalam kalangan murid mangsa buli lelaki dan perempuan.	226
4.4.1.4	Analisis Deskriptif Profil stres antara selang masa PRT, PT1, PT2 dan PT3 dalam kalangan murid mangsa buli lelaki dan perempuan.	227
4.5	Keputusan Analisis Inferensi Berdasarkan Pengujian Hipotesis	228
4.5.1	Analisis Anova Dua Hala Pengukuran Berulang Berdasarkan kemurungan, keseimbangan dan stres	229
4.5.2	Hipotesis Nol 1.0	229
4.5.2.1	Ho 1a : Tidak terdapat perbezaan yang signifikan kesan intervensi KKTKT-BT terhadap kemurungan antara ujian selang masa PRT, PT1, PT2 dan PT3 dalam kalangan murid mangsa buli lelaki.	232
4.5.2.2	Ho 1b : Tidak terdapat perbezaan yang signifikan kesan intervensi KKTKT-BT terhadap kemurungan antara ujian selang masa PRT, PT1, PT2 dan PT3	234



dalam kalangan murid mangsa buli perempuan.

4.5.3	Hipotesis Nol 2.0	236
4.5.3.1	Ho 2a : Tidak terdapat perbezaan yang signifikan kesan intervensi KKTKT-BT terhadap kebimbangan antara ujian selang masa PRT, PT1 PT2 dan PT3 dalam kalangan murid mangsa buli lelaki.	238
4.5.3.2	Ho 2b : Tidak terdapat perbezaan yang signifikan kesan intervensi KKTKT-BT terhadap kebimbangan antara ujian selang masa PRT, PT1 PT2 dan PT3 dalam kalangan murid mangsa buli perempuan.	240
4.5.4	Hipotesis Nol 3.0	242
4.5.4.1	Ho 3a: Tidak terdapat perbezaan yang signifikan kesan intervensi KKTKT-BT terhadap stres antara ujian selang masa PRT, PT1 PT2 dan PT3 dalam kalangan murid mangsa buli lelaki.	244
4.5.4.2	Ho 3b : Tidak terdapat perbezaan yang signifikan kesan intervensi KKTKT-BT terhadap stres antara ujian selang masa PRT, PT1 PT2 dan PT3 dalam kalangan murid mangsa buli perempuan.	246
4.6	Rumusan Analisis Kuantitatif	247
4.7	Analisis Temu bual Responden	249
4.7.1	Maklumbalas Temu bual Intervensi Kaunseling Kelompok Terapi Kognitif Tingkah Laku – Berfokuskan Trauma	250
4.7.1.1	Responden murid mangsa buli	250
4.7.1.2	Rumusan keseluruhan maklum balas responden mengenai intervensi KKTKT-BT	261
4.7.1.3	Ibu responden murid mangsa buli	263
4.7.1.4	Rumusan keseluruhan maklum balas ibu murid mangsa buli mengenai intervensi KKTKT-BT	270
4.7.1.5	Rakan Responden murid mangsa buli	271
4.7.1.6	Rumusan keseluruhan maklum balas rakan responden murid mangsa buli mengenai intervensi KKTKT-BT	275

4.7.1.7 Rumusan Keseluruhan Temu Bual oleh Pengkaji	276
4.8 Rumusan	277

BAB 5 RUMUSAN, PERBINCANGAN, IMPLIKASI DAN CADANGAN

KAJIAN

5.1 Pengenalan	278
5.2 Rumusan Keputusan Kajian	279
5.3 Perbincangan Kajian Ekperimental	282
5.3.1 Kesan Kaunseling Kelompok Terapi Kognitif Tingkah Laku - Berfokuskan Trauma terhadap kemurungan antara selang masa PRT, PT1, PT2 dan PT3 dalam kalangan murid mangsa buli.	283
5.3.2 Kesan Modul Kaunseling Kelompok Terapi Kognitif Tingkah Laku - Berfokuskan Trauma terhadap Kebimbangan antara selang masa PRT, PT1, PT2 dan PT3 dalam kalangan murid mangsa buli.	288
5.3.3 Kesan Modul Kaunseling Kelompok Terapi Kognitif Tingkah Laku - Berfokuskan Trauma terhadap stres antara selang masa PRT, PT1, PT2 dan PT3 dalam kalangan murid mangsa buli.	290
5.4 Apakah maklum balas responden murid mangsa buli, ibu dan rakan responden murid mangsa buli terhadap kesan intervensi KKTKT – BT?	293
5.5 Implikasi Kajian	297
5.5.1 Implikasi Terhadap murid mangsa buli	297
5.5.2 Implikasi Terhadap Perkhidmatan Kaunseling Di Sekolah	301
5.5.3 Implikasi Terhadap Teoretikal	303
5.5.4 Implikasi Terhadap Masyarakat	306
5.6 Cadangan Kajian Masa Hadapan	308
5.7 Saranan Penyelidikan Pada Masa Akan Datang	310
5.8 Kesimpulan	313

RUJUKAN

314

LAMPIRAN

342

**SENARAI JADUAL**

No. Jadual		Muka Surat
1.1	Insiden buli sekurang-kurangnya sekali dalam tempoh 30 hari bagi murid sekolah menengah di seluruh Malaysia.	9
3.1	Ujian selang masa PRT, PT1, PT2 dan PT3.	131
3.2	Pecahan kumpulan responden mengikut sekolah dan jantina	140
3.3	Subkonstruk item Soal Selidik DASS 42	146
3.4	Pembahagian jumlah skor mengikut tahap kemurungan, kebimbangan dan stres	147
3.5	Ringkasan sesi dan aktiviti Modul Kaunseling Kelompok Terapi Kognitif Tingkah -Laku - Berfokuskan Trauma	158
3.6	Penilaian pakar terhadap kesahan DASS 42	170
3.7	Nilai kesahan instrumen DASS 42	171
3.8	Nilai kebolehppercayaan bagi subkonstruk instrumen DASS 42	173
3.9	Maklum balas penambahbaikan instrumen DASS 42 oleh pakar	174
3.10	Penilaian pakar terhadap tahap kesesuaian sesi kaunseling dan aktiviti modul kaunseling kelompok KKTKT-BT	179
3.11	Penilaian pakar terhadap kesahan kandungan modul KKTKT-BT	180
3.12	Nilai kesahan kandungan berdasarkan penilaian pakar	181
3.13	Maklum Balas Penambahbaikan Modul oleh Pakar	182
3.14	Nilai kebolehppercayaan berdasarkan sesi dan aktiviti KKTKT-BT	185
3.15	Nilai kebolehppercayaan modul KKTKT-BT melalui penilaian panel pakar	186
3.16	Kaedah analisis data kuantitatif	190
3.17	Proses analisis kandungan berdasarkan kepada persoalan kajian	195
3.18	Kesan Mempengaruhi Sebab-Akibat Reka Bentuk Eksperimen	201
4.1	Jumlah responden (n) mengikut sekolah	214
4.2	Jumlah responden (n) dan peratus (%) mengikut sekolah dan jantina	215





4.3	Jumlah responden (n) yang terlibat dalam temu bual	216
4.4	Jumlah ibu (n) responden murid mangsa buli mengikut sekolah	217
4.5	Jumlah rakan (n) murid mangsa buli mengikut sekolah	218
4.6	Skor <i>Skewness</i> dan <i>kurtosis</i> terhadap instrumen DASS 42 bagi kemurungan kebimbangan dan stres	219
4.7	Persamaan kovarians bagi antara kemurungan, kebimbangan dan stres	220
4.8	Ujian <i>Levene</i> kemurungan, kebimbangan dan stres antara selang masa PRT, PT1, PT2 dan PT3 dalam kalangan murid mangsa buli.	221
4.9	Analisis profil kemurungan, kebimbangan dan stres antara selang masa PRT, PT1, PT2 dan PT3 dalam kalangan murid mangsa buli.	223
4.10	Analisis profil kemurungan antara selang masa PRT, PT1, PT2 dan PT3 dalam kalangan murid mangsa buli lelaki dan perempuan.	225
4.11	Analisis profil kebimbangan antara selang masa PRT, PT1, PT2 dan PT3 dalam kalangan murid lelaki dan perempuan.	226
4.12	Profil stres antara selang masa PRT, PT1, PT2 dan PT3 dalam kalangan murid mangsa buli lelaki dan perempuan	227
4.13	Keputusan Ujian Anova Dua Hala kesan KKTKT-BT terhadap kemurungan antara selang masa PRT, PT1, PT2 dan PT3 bagi murid mangsa buli.	229
4.14	Ujian <i>Post-Hoc Bonferroni</i> terhadap kemurungan antara ujian selang masa PRT, PT1, PT2 dan PT3 dalam kalangan murid mangsa buli	231
4.15	Keputusan Ujian Anova Dua Hala kemurungan antara selang masa PRT, PT2, PT2 dan PT3 dalam kalangan murid mangsa buli lelaki	232
4.16	Ujian <i>Post-Hoc Bonferroni</i> kemurungan antara selang masa PRT, PT1, PT2 dan PT3 bagi murid mangsa buli lelaki	233
4.17	Keputusan Ujian Anova Dua Hala kemurungan antara selang masa PRT, PT1, PT2 dan PT3 dalam kalangan murid mangsa buli perempuan	234
4.18	Ujian <i>Post-Hoc Bonferroni</i> kemurungan antara selang masa PRT, PT1, PT2 dan PT3 dalam kalangan murid mangsa buli perempuan	235
4.19	Keputusan Ujian Anova Dua Hala kebimbangan antara selang masa PRT, PT1, PT2 dan PT3 dalam kalangan murid mangsa buli.	236





4.20	Ujian <i>Post-Hoc Bonferroni</i> keseimbangan antara ujian selang masa PRT, PT1, PT2 dan PT3 dalam kalangan murid mangsa buli	237
4.21	Keputusan Ujian Anova Dua Hala keseimbangan antara selang masa PRT, PT1, PT2 dan PT3 dalam kalangan murid mangsa buli lelaki	238
4.22	Ujian <i>Post-Hoc Bonferroni</i> keseimbangan antara selang masa PRT, PT1, PT2 dan PT3 dalam kalangan murid mangsa buli lelaki.	239
4.23	Keputusan Ujian Anova Dua Hala keseimbangan antara selang masa PRT, PT1, PT2 dan PT3 dalam kalangan murid mangsa buli perempuan	240
4.24	Ujian <i>Post-Hoc Bonferroni</i> keseimbangan antara selang masa PRT, PT1, PT2 dan PT3 dalam kalangan murid mangsa buli perempuan	241
4.25	Keputusan Ujian Anova Dua Hala stres antara selang masa PRT, PT1, PT2 dan PT3 dalam kalangan murid mangsa buli.	242
4.26	Ujian <i>Post-Hoc Bonferroni</i> stres antara selang masa PRT, PT1, PT2 dan PT3 dalam kalangan murid mangsa buli.	243
4.27	Keputusan Ujian Anova Dua Hala stres antara selang masa PRT, PT1, PT2 dan PT3 dalam kalangan murid mangsa buli lelaki	244
4.28	Ujian <i>Post-Hoc Bonferroni</i> stres antara selang masa PRT, PT1, PT2 dan PT3 dalam kalangan murid mangsa buli lelaki	245
4.29	Keputusan Ujian Anova Dua Hala stres antara selang masa PRT, PT1, PT2 dan PT3 dalam kalangan murid mangsa buli perempuan	246
4.30	Ujian <i>Post-Hoc Bonferroni</i> stres antara selang masa PRT, PT1, PT2 dan PT3 dalam kalangan murid mangsa buli perempuan	247
4.31	Jumlah responden (n) temu bual	249
4.32	Rumusan keseluruhan maklum balas responden mengenai intervensi KKTKT-BT	261
4.33	Rumusan keseluruhan maklum balas ibu murid mangsa buli mengenai intervensi KKTKT-BT	270
4.34	Rumusan keseluruhan maklum balas rakan responden murid mangsa buli mengenai intervensi KKTKT-BT	275



**SENARAI RAJAH**

No. Rajah	Muka Surat
1.1 Kerangka Konseptual Kajian Kesan KKTKT-BT terhadap Kemurungan, Kebimbangan dan Stres dalam Kalangan Murid Mangsa Buli.	24
2.1 Model Asas CBT (Sumber: Terjemah dari Basic Model of CBT oleh Wright, 2006)	53
2.2 Hubungan Kognitif, Fizikal, Emosi dan Tingkah Laku dalam Terapi Kognitif Tingkah Laku (Greenberger & Padesky, 1995)	56
2.3 Rajah Tiga Tahap Sindrom Penyesuaian Umum atau G.A.S <i>General Adaptation Syndrome</i> (GAS). Sumber: Selye (1976)	68
2.4 Rawatan berdasarkan komponen dan fasa TKT-BT	87
2.5 Kerangka Teori Kajian	122
3.1 Reka bentuk penyelidikan	129
3.2 Carta alir pemilihan responden dan intervensi eksperimental	141
3.3 Carta alir pemilihan responden temu bual	143
3.4 Model pembinaan Modul Sidek	153
3.5 Carta aliran proses intervensi dan pengumpulan data.	203
3.6 Pengendalian intervensi KKTKT-BT	210
4.1 Profil kemurungan, kebimbangan dan stres antara selang masa bagi PRT, PT1, PT2 dan PT3.	224
4.2 Profil kemurungan antara selang masa PRT, PT1, PT2 dan PT3 dalam kalangan murid lelaki dan perempuan	226
4.3 Profil kebimbangan antara selang masa PRT, PT1, PT2 dan PT3 dalam kalangan murid lelaki dan perempuan.	227
4.4 Profil stres antara selang masa PRT, PT1, PT2 dan PT3 dalam kalangan murid mangsa buli lelaki dan perempuan.	228



**SENARAI SINGKATAN**

(α)	Nilai Alpha
<	Kurang daripada
>	Lebih daripada
A	(Affective Modulation Skills) Kemahiran Modul Afektif
C	(Cognitive Coping Processing) Teknik Menghadapi Kognitif
C	(Conjoint Child-Parent Sessions) Sesi gabungan ibu bapa-anak
CBT	Cognitive Behaviour Therapy
DASS 42	Depression Anxiety Stress Scale 42
df	Darjah Kebebasan
E	(Enhancing Future Safety and Development) Mengalakkan Keselamatan Masa Hadapan dan Perkembangan.
EPRD	Pengaruh Perencanaan Pendidikan dan Jabatan Penyelidikan
H	Hipotesis
I	(In-Vivo Mastery Of Trauma Reminders) Penguasaan In-Vivo terhadap Ingatan Trauma
JPNS	Jabatan Pelajaran Negeri Selangor
KKTKT-BT	Kaunseling Kelompok Terapi Kognitif Tingkah Laku – Berfokuskan Trauma
KPM	Kementerian Pelajaran Malaysia
n	Bilangan sampel
P	(Psychoeducation) Psikopendidikan
p	Nilai Kebarangkalian
PRT	Pra ujian
PT1	Pos Ujian1
PT2	Pos Ujian 2



PT3	Pos Ujian 3
PTSD	Post-Traumatic Stress Disorder
R	(Relaxation Skills) Kemahiran Relaksasi
R	Persampelan Rawak
sd	Sisihan Piawai
SPSS	Stastical Package for the Social Science
T	(Trauma Narative) Naratif Trauma
t	Perbezaan Dua Sampel Tidak Bersandar
TF-CBT	Trauma Focused - Cognitive Behavior Therapy
TKT	Terapi Kognitif Tingkah Laku
TKT-BT	Terapi Kognitif Tingkah Laku – Berfokuskan Trauma
x	Min
X	Pembolehubah Tak Bersandar



SENARAI LAMPIRAN

- A Surat Kebenaran Rasmi
- B Soal Selidik (DASS42)
- C Modul Kaunseling Kelompok KKTKT – BT
- D Borang Kesahan Pakar DASS
- E Borang Kesahan Pakar Modul KKTKT-BT
- F Analisis Kebolehpercayaan
- G Maklumat Data Ujian Statistik
- H Persetujuan Termaklum
- I Protokol Temu Bual
- K Kriteria Pemilihan Murid Mangsa Buli
- L Soal Selidik Kebolehpercayaan Modul
- H Transkrip Temu Bual





BAB 1

PENGENALAN



1.1 Pengenalan

Bab ini membincangkan tentang perkara-perkara asas berkaitan dengan kajian yang meliputi latar belakang kajian, pernyataan masalah, tujuan kajian, objektif kajian, persoalan kajian, hipotesis kajian, kerangka konseptual, kepentingan kajian, batasan kajian, definisi konsep dan operasional dan rumusan. Bahagian tujuan kajian adalah untuk memberikan penjelasan terperinci mengenai objektif kajian dan persoalan kajian serta hipotesis-hipotesis kajian yang dibina untuk mencapai tujuan kajian ini. Bahagian definisi konsep dan operasional pula menjelaskan istilah-istilah penting yang digunakan dalam kajian ini.





1.2 Latar Belakang Kajian

Sekolah merupakan sebuah institusi pendidikan formal yang amat penting dalam membekalkan ilmu dan mendidik keperibadian remaja dalam sesebuah negara. Ia merupakan salah satu sumber aset utama negara dari segi bekalan modal insan yang bakal mencorakkan masa hadapan negara. Sekolah bukan sahaja dijadikan sebagai tempat untuk mendapatkan pendidikan akademik dan kemahiran, ia juga merupakan tempat untuk mendidik, mengasuh, membentuk jati diri serta meningkatkan semangat patriotisme dalam diri murid. Namun demikian, sekolah kini telah dipandang sebagai satu institusi yang tidak selamat kerana permasalahan buli yang kerap berlaku dan semakin bertambah dari hari ke hari. Perkara sedemikian bukan sahaja telah menarik perhatian masyarakat di Malaysia bahkan ianya sering dibincangkan dan dilaporkan melalui media antarabangsa, perkara sebaliknya yang berlaku seperti permasalahan buli yang menarik perhatian masyarakat dan sering dibincangkan kerana isu ini kerap kali dilaporkan terjadi di premis tersebut. Berdasarkan kajian antarabangsa pada tahun 2017 dari *National Center for Education Statistics* yang dilaporkan oleh Musu-Gillette et al., (2017) didapati bahawa kes buli dalam kalangan murid di beberapa buah negara berada pada tahap yang membimbangkan.

Dapatan kajian daripada pelbagai pakar bidang penyelidikan berkaitan buli seperti Olweus (1994, 2013), Slee, Ma dan Taki (2003), serta Rigby (2010) bersetuju bahawa buli ialah satu perbuatan agresif yang dilakukan dengan sengaja dan berulang kali dengan niat untuk menyakiti mangsa. Perbuatan buli yang dilakukan oleh seorang pembuli atau beberapa orang pembuli dikenali sebagai buli kolektif terhadap seorang mangsa atau sekumpulan mangsa (Abdul Malek, 2004). Tingkah laku buli ini terjadi





apabila ketidakseimbangan kuasa wujud dan menyebabkan mangsa gagal untuk mempertahankan dirinya daripada didera atau dipermain-mainkan oleh pembuli (Nelson et al., 2019).

Berpandu kepada ciri-ciri mangsa buli berdasarkan kajian yang telah dijalankan seawal tahun 1994 dan dipelopori oleh Olweus berpendapat bahawa personaliti mangsa buli adalah pasif dan submisif. Kebanyakan individu menjadi mangsa buli merupakan individu yang mempunyai ketidakupayaan atau kekurangan dari aspek fizikal dan psikologi, penyisihan sosial, keseorangan, perasaan tidak selamat serta lemah dari segi penghargaan sendiri. Lambe et al., (2019) pula mendapati bahawa mangsa buli yang dibuli berulang kali akan menjadikan mereka seolah-olah menerima atau merelakan diri dibuli. Kejadian seperti ini menyebabkan timbulnya perasaan yang negatif terhadap diri sendiri, kurang keyakinan diri selari dengan konsep sendiri negatif dalam kalangan mangsa.

Mangsa yang sering berhadapan dengan tingkah laku buli yang berulang membawa kepada kecenderungan mengalami trauma (Vidourek et al., 2016). Menurut Nielsen et al., (2015), tingkah laku buli menyebabkan mangsa mengalami masalah kesihatan mental dan trauma dalam kalangan kanak-kanak dan remaja. Hasil kajian menunjukkan bahawa individu yang terlibat dalam tingkah laku buli mempunyai risiko yang tinggi dalam menghadapi trauma. Kennedy (2020), mendapati bahawa mangsa mengalami kekerapan dibuli secara serius akan menyebabkan mereka berisiko mengalami gejala traumatik, dan intervensi yang baik dapat mengurangkan simptom tersebut.





Di samping itu, tingkah laku buli didapati memberikan kesan yang serius dan berpanjangan bukan sahaja kepada mangsa buli (Martin, 2018), malah kepada pemerhati (saksi) dan pembuli itu sendiri (UNICEF, 2018). Akibatnya, antara kesan buli yang dialami oleh mangsa buli adalah mangsa mudah mengalami perasaan sedih, kecewa, marah dan sebagainya (Wan Hassan, 2015). Hal ini selari dengan dapatan kajian Undheim et al., (2016) yang mendapati bahawa mangsa buli akan mengalami tekanan emosi lebih tinggi berbanding remaja yang tidak terlibat dalam kejadian buli. Oleh hal yang demikian dapatlah disimpulkan bahawa mangsa buli mengalami masalah emosi dan kekurangan daya tahan dalam menghadapi tekanan sehingga menyebabkan mangsa buli mudah mengalami kemurungan, kebimbangan dan stres.

Selain itu, mangsa buli yang mempunyai pengalaman dibuli juga didapati menghadapi masalah kesihatan mental antaranya kemurungan, kebimbangan dan jika tidak dapat dikawal keadaan ini akan membawa kepada perasaan lebih parah seperti rasa mahu membunuh diri. Keadaan ini selari dengan Walters dan Espelage (2018), yang menjelaskan bahawa masalah tingkah laku buli ialah salah satu perkara yang serius dan perlu dibendung kerana boleh membawa kesan negatif kepada mangsa buli iaitu kemurungan, kebimbangan serta stres. Malecki et al., (2015) pula menyatakan bahawa individu terdedah dengan tingkah laku buli secara kerap akan mudah mengalami kemurungan, kebimbangan dan wujud rasa penghargaan sendiri yang rendah. Jelaslah bahawa, perbuatan buli jika tidak dicegah daripada awal akan memberi kesan negatif terhadap kesihatan mental individu yang dibuli.





Secara umumnya, satu intervensi awal berkaitan buli telah dijalankan melalui program yang dikenali sebagai “The Olweus Bullying Prevention Program” dan diperkenalkan oleh pelopor pakar buli iaitu Olweus pada tahun 1993. Matlamat utama intervensi ini adalah untuk mengurangkan tingkah laku buli dalam kalangan murid sekolah, mewujudkan pencegahan terhadap masalah buli baru dan mencapai hubungan yang lebih baik terhadap rakan sebaya di sekolah (Olweus et al., 2007). Olweus (1994), menyatakan bahawa selepas menganalisis kesan intervensi buli didapati masalah buli di sekolah telah menurun sebanyak 50 peratus pada semua peringkat murid. Dengan itu, penggunaan intervensi awal diyakini dapat membantu mengurangkan gejala buli dan meningkatkan hubungan sosial yang lebih baik dalam kalangan murid.



Sementara itu, di Malaysia, satu buku manual berkenaan dengan ‘Pencegahan Buli di Sekolah’ dengan kerjasama UNICEF telah diperkenalkan oleh Noran Fauziah et al., (2009) sebagai satu intervensi dalam pencegahan buli. Pendekatan yang digunakan dalam intervensi ini dapat dibahagikan kepada tiga peringkat iaitu pertamanya di peringkat sekolah, peringkat kedua di bilik darjah dan peringkat ketiga secara individu. Peringkat-peringkat ini kemudiannya telah dibahagikan kepada 12 aktiviti sebagai contoh, melalui peringkat sekolah ianya lebih berfokus kepada dasar anti buli, program pencegahan dan meneliti keberkesanan sesuatu program. Manakala peringkat bilik darjah memperlihatkan pencegahan adalah berfokus kepada amalan dalam bilik darjah berbeza dengan peringkat individu yang lebih mengutamakan peranan para murid, mewujudkan kesedaran di sebalik maksud buli, mengenali ciri-ciri pembuli, jenis buli dan peranan saksi buli. Oleh hal yang demikian, didapati bahawa pencegahan buli dan intervensi sememangnya telah wujud dan perlu





dikekalkan secara berterusan supaya perbuatan buli dapat dikawal dengan baik.

Selanjutnya, dalam kajian ini pendekatan kaunseling kelompok iaitu Kaunseling Kelompok Terapi Kognitif Tingkah Laku - Berfokuskan Trauma (KKTKT-BT) dilihat mempunyai keberkesanan untuk membantu mengurangkan simptom kemurungan, kebimbangan dan stres yang dialami oleh mangsa buli. Dengan demikian, keadaan ini bertepatan dengan kenyataan dari Ida Hartina (2017), bahawa kaunseling kelompok boleh dianggap sebagai satu kumpulan yang menyediakan pengalaman perkembangan diri ahli. Fokus dalam kaunseling kelompok adalah untuk menolong ahli menghadapi masalah penyesuaian dan perkembangan diri seharian seperti perubahan tingkah laku, mempertingkatkan kemahiran berhubung, mengubah sikap dan nilai, merancang kerjaya serta membuat keputusan dalam hidup. Menurut Gibson dan Mitchell (1981), berpendapat bahawa kaunseling kelompok adalah proses membantu seseorang klien dalam menyesuaikan diri berkaitan dengan hal sehariannya seperti perhubungan, aspek tingkah laku, nilai diri peribadi, dan pemilihan kerjaya yang bersesuaian dengan kemahiran yang dimiliki oleh individu tersebut. Dalam hal ini, pelaksanaan kaunseling kelompok dilihat sebagai satu 'platform' utama yang dapat memberi kesan dalam membantu ahli-ahlinya menyelesaikan masalah di persekitarannya. Kebanyakan isu yang dibangkitkan dan diketengahkan oleh mereka secara perbincangan, perkongsian pendapat dan perkongsian informasi telah membawa kepada penemuan solusi bersesuaian dan bertepatan dengan kehendak kelompok. Hal ini jelas menunjukkan bahawa kaunseling kelompok merupakan kaedah yang berkesan dalam berdepan dengan cabaran pada masa kini (Corey, 2005).





Bertitik tolak daripada fenomena kajian yang telah dibincangkan, maka wujud keperluan untuk menggunakan pendekatan baharu berdasarkan bukti seperti modul Kaunseling Kelompok Terapi Kognitif Tingkah Laku - Berfokuskan Trauma (KKTKT-BT) dalam membantu mangsa buli yang menghadapi simptom kemurungan, kebimbangan dan stres agar dapat meneruskan kehidupan dengan lebih baik. Lantaran itu, modul Kaunseling Kelompok Terapi Kognitif Tingkah Laku - Berfokuskan Trauma atau *Trauma Focused - Cognitive Behavior Therapy* (TF-CBT) yang diadaptasi dari Samsiah et al., (2017) digunakan sebagai intervensi pencegahan dan perkembangan. Justeru, kajian ini diharapkan dapat memberi dimensi baharu dalam membantu murid mangsa buli yang mengalami kemurungan, kebimbangan dan stres.



1.3 Pernyataan Masalah

Keseriusan fenomena tingkah laku buli telah menyaksikan bahawa insiden buli berlaku sekurang-kurangnya satu daripada lima orang di sekolah dalam sebulan (*National Center for Injury Prevention and Control, 2019*). Laporan statistik yang dikeluarkan oleh kajian Musu-Gillette et al., (2017) menunjukkan bahawa tingkah laku buli kerap berlaku dalam kalangan murid berumur antara 13 hingga 14 tahun sekaligus turut mencatatkan bahawa Malaysia merupakan negara yang berada pada kedudukan ketujuh tertinggi daripada 53 buah negara yang menyertai kajian berkenaan. Walaupun tiada data diambil daripada murid sekolah rendah, namun trend yang dipaparkan dalam kajian tersebut memberikan gambaran awal bahawa jumlahnya berkemungkinan adalah juga berada pada tahap tinggi.





Selanjutnya di Malaysia, Kementerian Kesihatan Malaysia dengan kerjasama Kementerian Pelajaran Malaysia telah menjalankan kajian tinjauan Kebangsaan Kesihatan dan Morbiditi di seluruh negara pada tahun 2017. Kajian ini bertujuan untuk mengumpul maklumat tentang status kesihatan masyarakat Malaysia termasuk golongan remaja. Sampel kajian remaja terdiri daripada 27, 497 orang murid tingkatan satu hingga tingkatan lima yang mewakili 212 buah sekolah dari 13 negeri dan Wilayah Persekutuan. Jumlah responden perempuan adalah sebanyak 14, 362 orang (50.4%), manakala selebihnya pula adalah lelaki. Purata responden bagi setiap tingkatan adalah lebih kurang 5000 orang. Hal ini membuktikan bahawa tingkah laku buli merupakan satu fenomena yang serius yang dialami di Malaysia.

Berkaitan dengan penglibatan murid dalam insiden buli, kajian mendapati bahawa 16.2 peratus daripada responden dibuli sekurang-kurangnya sekali dalam tempoh sebulan. Dapatan juga menunjukkan bahawa murid lelaki lebih kerap menjadi mangsa berbanding murid perempuan dengan perbezaan sebanyak lima peratus. Jadual 2 di bawah merupakan sebahagian daripada data kajian yang memaparkan peratusan murid dibuli mengikut negeri, tingkatan, jantina, dan lokaliti sekolah.





Jadual 1.1

Insiden buli sekurang-kurangnya sekali dalam tempoh 30 hari bagi murid sekolah menengah di seluruh Malaysia.

	Mangsa	Jenis Buli					Sosial
		Fizikal	Bahasa Isyarat			Agama	
			Rupa	Seksual	Bangsa		
Negeri							
Johor	13.9	6.3	16.2	17.6	7.6	2.5	6.2
Kedah	13.4	9.1	13.0	14.6	10.5	4.0	5.4
Kelantan	12.5	3.0	15.0	14.1	14.6	5.1	4.2
Melaka	15.5	4.5	17.8	22.2	11.0	1.0	9.0
N. Sembilan	17.2	5.6	19.4	12.5	10.3	2.2	9.0
Pahang	22.0	8.1	15.1	14.3	11.9	6.0	8.0
Pulau	13.8	9.7	14.9	12.6	6.9	4.5	6.6
Pinang							
Perak	16.7	13.7	12.0	11.3	12.8	6.0	6.4
Perlis	15.8	8.2	15.6	14.1	11.0	5.7	5.6
Selangor	18.6	6.7	19.8	15.5	12.4	3.6	12.0
Terengganu	14.7	8.6	15.4	14.5	11.9	8.9	5.0
Sabah	18.3	10.7	11.8	13.0	8.8	5.7	3.2
Sarawak	15.5	7.7	14.0	11.4	9.0	9.7	4.7
WP K.	16.0	5.9	19.7	10.7	10.1	1.6	6.2
Lumpur							
WP Labuan	18.2	7.8	18.0	14.6	11.6	2.5	5.3
WP	19.7	6.0	23.7	11.0	9.5	0.8	6.9
Putrajaya							
Lokality sekolah							
Bandar	15.3	7.7	16.1	14.3	10.5	3.5	6.9
Luar bandar	17.3	8.2	15.7	13.9	10.8	6.1	5.1
Jantina							
Lelaki	18.7	10.6	13.4	13.3	11.9	6.4	4.3
Perempuan	13.7	4.3	19.4	15.3	8.9	2.4	8.5
Tingkatan							
Tingkatan 1	22.8	10.6	13.6	12.0	12.4	5.9	5.4
Tingkatan 2	19.0	9.5	13.3	13.6	11.5	4.0	8.1
Tingkatan 3	15.0	6.2	18.6	15.3	9.2	4.5	5.4
Tingkatan 4	13.4	6.4	15.8	13.6	9.0	5.2	6.7
Tingkatan 5	10.2	3.4	22.5	19.1	8.9	3.1	6.0

Jika diperhalusi statistik daripada kajian antarabangsa dan tempatan yang telah dipaparkan, maka dapat disimpulkan bahawa masalah tingkah laku buli dalam kalangan murid di Malaysia adalah membimbangkan. Hal ini kerana tingkah laku buli didapati mampu memberi kesan yang serius dan berpanjangan terhadap mangsa buli





(Jennings et al., 2017; Hidalgo-Rasmussen et al., 2018). Selain itu, tingkah laku buli yang tidak dibendung boleh mendatangkan risiko besar terhadap perkembangan psikologi individu terutamanya mangsa buli.

Kajian kualitatif juga mendapati mangsa buli di sekolah mempunyai kesan jangka panjang sama seperti mangsa penganiayaan kanak-kanak (Carlisle & Rofes, 2007). Hal ini menunjukkan bahawa buli turut menjadi punca kepada pelbagai kesan fizikal, psikologi negatif serta isu kesihatan mental dalam kalangan mangsa termasuk kemurungan, kegelisahan, rasa penurunan harga diri, ponteng sekolah, gejala penghindaran dan somatisasi (Gini & Pozzoli, 2013; Plexousakis et al., 2019). Selain itu, jika kemurungan, kebimbangan dan stres tidak dirawat dengan baik maka mangsa buli akan mengalami gejala *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD) selari dengan pandangan beberapa pengkaji seperti Andreou et al. (2020); Manrique et al. (2020); Ossa et al., (2019). Gejala PTSD ini boleh mendorong mangsa kepada tingkah laku membunuh diri sekiranya tidak dirawat (Brake et al., 2017; McGuckin et al., 2011).

Pendedahan trauma sememangnya berlaku dengan begitu meluas dalam kalangan kanak-kanak dan remaja. Kebanyakan kajian membuktikan bahawa kesan psikologikal negatif terhadap remaja berlaku akibat pelbagai jenis peristiwa traumatik misalnya tsunami (Kukihara et al., 2014), kemalangan kereta (Dai et al., 2018), pengabaian dan penderaan (Hoeboer et al., 2020) serta penderaan seksual (McConnell et al., 2020). Menurut Chen dan Elklit (2017) pula, terdapat hubungan yang signifikan antara perlakuan buli di sekolah dengan gejala (PTSD). Manakala, Lancaster et al., (2009) pula berpandangan bahawa individu yang terdedah dengan pengalaman traumatik interpersonal seperti buli menunjukkan tahap simptomatologi PTSD yang



tinggi berbanding individu yang terdedah dengan peristiwa traumatik lain.

Hyman et al., (2002) mendapati bahawa apabila mangsa terlibat dengan tingkah laku buli di sekolah akan mengalami simptom PTSD seperti putus asa, balas dendam, mengalami semula (*reexperiencing*) trauma seperti imbasan semula dan mimpi ngeri. Simptom PTSD seperti pengelakan dan kekebasan emosi (*avoidance dan numbing*) berkemungkinan mengganggu pembentukan dan pembinaan perhubungan interpersonal serta sukar mengekalkan perhubungan yang matang apabila dewasa kelak sehingga digelar sebagai '*social outcast*': (Kelly et al., 2015). Manakala, tahap perasaan tidak berguna (*worthlessness*) yang tinggi pula memberi kesan buruk kepada prestasi dalam setiap aktiviti dan akademik di sekolah (Burriel, 2006). Simptom yang tidak dirawat juga memberi kesan terhadap kefungsiian diri mangsa buli sehingga boleh menjejaskan status sosial, psikologikal dan emosi mereka di usia dewasa kelak (Terr, 1991).

Lebih membimbangkan adalah, walaupun simptom PTSD menurun selepas dirawat, namun kesan emosi dan psikologi sukar untuk dihilangkan (Foa & Riggs, 1995 dalam Follette & Ruzek, 2006). Kesan negatif boleh menjadi lebih buruk apabila mangsa buli turut menghadapi situasi tertekan selain buli dalam waktu yang sama (Mikkelsen & Einarsen, 2002). Justeru, melihat kepada keseriusan gejala buli yang boleh mendorong kepada PTSD, maka pengkaji akan menfokuskan kepada simptom awal yang dialami oleh mangsa buli iaitu kemurungan, kebimbangan dan stres supaya mereka tidak terdedah kepada risiko PTSD. Hal ini selaras dengan kenyataan De Oliveira Pimentel et al., (2020) yang mendapati bahawa mangsa yang pernah dibuli mempunyai risiko tinggi dalam menghadapi kemurungan, kebimbangan dan stres.



Selain itu, murid yang terlibat dengan tingkah laku buli mengalami masalah emosi seperti ketakutan, kemurungan, stres, marah, sedih berbanding murid yang tidak pernah dibuli (Lereya et al., 2015) dan tahap kebimbangan yang tinggi (Malecki et al., 2015). Lebih membimbangkan ialah terdapat mangsa yang terlibat dengan tingkah laku buli mempunyai percubaan untuk membunuh diri (Xie et al., 2020).

Kajian oleh Zhang et al., (2019) pula, mendapati mangsa yang terlibat dengan buli mempunyai kecenderungan yang tinggi berhadapan dengan kemurungan sama ada dalam kalangan murid lelaki mahupun perempuan. Tambah beliau lagi, kemurungan yang dialami oleh murid-murid ini boleh menjejaskan pencapaian akademik, hubungan sosial, serta wujud rasa penghargaan sendiri rendah. Impak daripada tingkah laku buli yang dialami boleh menyebabkan perasaan negatif sering wujud dan seterusnya mangsa hilang motivasi untuk ke sekolah, wujud niat untuk menukar sekolah, rasa ketakutan, kesedihan dan mempunyai keinginan untuk menyerang semula pembuli sekali gus memberi kesan besar terhadap psikologi dan pembelajaran (Santos et al., 2015). Selain itu, kebanyakan murid yang membuli mempunyai simptom kemurungan, kebimbangan dan stres serta mangsa juga berisiko untuk membunuh diri kerana tidak tahan dibuli (Moore et al., 2017). Hal ini jelas menunjukkan bahawa kesan daripada tingkah laku buli ini sangat memudaratkan walaupun buli telah terhenti (Arseneault, 2017).

Kebanyakan kajian-kajian lepas lebih memberi tumpuan terhadap mengkaji keberkesanan program atau intervensi pencegahan awal dalam kalangan pembuli seperti kajian oleh Azizi et al., (2007), Ostrander et al., (2018) dan Van Ryzin dan Roseth (2018). Walaupun program seumpama itu turut menunjukkan keberkesanan





yang signifikan, adalah lebih baik jika intervensi yang diberi mempunyai fokus dan objektif kepada mangsa buli supaya kaunselor tidak terlepas pandang akan isu-isu kesihatan mental khususnya masalah kesihatan mental seperti kemurungan, kebimbangan dan stres dalam kalangan mereka.

Di Malaysia, kajian berkaitan trauma ada dilakukan namun ruang lingkup kajian masih terhad (Siti Raudzah et al., 2017). Hal ini disebabkan kebanyakan objektif kajian lebih berfokus kepada situasi traumatik lain yang boleh memberi impak PTSD seperti kanser, kematian mengejut, penderaan seksual dan AIDS (Geshina Ayu & Nadiah Syariani, 2015); lemas, kematian ahli keluarga dan kemalangan kereta (Siti Raudzah et al., 2014); dan penganiayaan kanak-kanak, simptom PTSD dan kemurungan dalam kalangan remaja nakal (Siti Raudzah et al., 2018). Justeru, pengkaji mengisi jurang (gap) praktis ini dengan mengadaptasi modul KKTKT-BT yang menjurus kepada aspek membantu murid mangsa buli yang mengalami kemurungan, kebimbangan dan stres.

Selain itu, pengkaji juga mengenal pasti jurang teoritikal berdasarkan kajian lepas seperti kajian oleh Amin Al Hadi (2016), yang menggunakan pendekatan intervensi kaunseling kelompok berasaskan Terapi Kognitif Tingkah Laku (*Cognitive Behaviour Therapy*) ke atas perkembangan pengetahuan tentang buli dan sebab diri dibuli, efikasi sendiri dan ketegasan sendiri dalam kalangan mangsa buli di sekolah dan kajian oleh Sukumar (2013), yang menggunakan Kaunseling Kelompok Terapi Kognitif Tingkah Laku dalam menangani tingkah laku murid bermasalah. Kajian sebelum ini cenderung menggunakan Terapi Kognitif Tingkah Laku dalam membantu mangsa buli. Maka kajian ini mengisi kelompongan teoritikal dengan mengabungkan





Terapi Kognitif Tingkah Laku yang Berfokuskan Trauma dan menfokuskan kepada merawat murid mangsa buli yang mengalami kemurungan, kebimbangan dan stres yang belum pernah dijalankan oleh penyelidik di Malaysia setakat ini.

Selain itu, walaupun terdapat negara lain yang membina intervensi dalam merawat murid mangsa buli, namun faktor perbezaan budaya dan bangsa menyebabkan dapatan kajian kurang sesuai untuk diguna pakai dalam negara ini. Justeru, kajian dalam persekitaran tempatan perlu dibuat terhadap mangsa buli ini dengan membina satu modul yang telah diadaptasi daripada modul latihan Kaunseling Trauma dan Kesihatan Mental oleh Samsiah et al., (2016). Modul ini digubal untuk kegunaan fasilitator seperti kaunselor, psikologis dan pekerja sosial.



Namun demikian, pengkaji telah menfokuskan secara khusus terhadap murid mangsa buli dalam mengurangkan kemurungan, kebimbangan dan stres. Intervensi yang diadaptasi ini dikenali sebagai Kaunseling Kelompok Terapi Kognitif Tingkah Laku – Berfokuskan Trauma (KKTKT-BT). Pengkaji memilih KKTKT-BT ini sebagai intervensi khusus kerana intervensi ini merupakan salah satu model rawatan yang sistematik dan baik. Hal ini disokong oleh Butler et al., (2006) yang menyatakan bahawa Terapi Kognitif Tingkah Laku - Berfokuskan Trauma (TKT-BT) adalah satu rawatan yang baik, selamat dan menjimatkan kos.

Selain itu, TKT-BT juga adalah satu kombinasi yang baik dalam kombinasi rawatan dengan menjanjikan keselamatan serta kecekapan secara berkesan. Keberkesanan ini dapat dilihat menerusi kajian oleh French et al., (2017) dalam membantu individu yang mengalami kemurungan dan kebimbangan. Hasil kajian



menunjukkan bahawa individu yang mengikuti sesi TKT-BT dapat mengurangkan simptom kemurungan serta kebimbangan dengan kemahiran yang digunakan. Selain itu, kajian Murray et al., (2015) menguji keberkesanan terhadap kanak-kanak yang menghadapi trauma disebabkan oleh keganasan rumah tangga dan peristiwa traumatik lain ketika berada di rumah kebajikan di Amerika Syarikat. Hasil kajian membuktikan bahawa simptom trauma yang dialami oleh kanak-kanak tersebut berkurangan. Walau bagaimanapun, di Malaysia TKT-BT dan KKTKT-BT terhadap murid mangsa buli masih belum pernah di aplikasi. Oleh itu, kajian ini mengetengahkan satu modul rawatan psikososial baharu dan spesifik iaitu KKTKT-BT yang memberi fokus secara langsung dalam merawat murid mangsa buli yang menghadapi kemurungan, kebimbangan dan stres. Selain itu, diharapkan modul KKTKT-BT ini dapat membantu kaunselor atau pengamal kaunseling yang lain.

1.4 Tujuan Kajian

Tujuan kajian ialah untuk menguji kesan intervensi KKTKT-BT ke atas pemboleh ubah kemurungan, kebimbangan dan stres dalam kalangan murid mangsa buli dan meneroka maklum balas responden murid mangsa buli, ibu responden murid mangsa dan rakan responden murid mangsa buli terhadap kesan intervensi KKTKT – BT.



1.5 Objektif kajian:

Kajian ini bertujuan untuk menguji kesan KKTKT-BT terhadap kemurungan, kebimbangan dan stres murid mangsa buli berdasarkan kepada selang masa Pra Ujian (PRT), Pos ujian 1 (PT1), Pos ujian 2 (PT2) dan Pos ujian 3 (PT3). Oleh itu, objektif kajian ini adalah seperti berikut :

- i. menguji kesan intervensi KKTKT - BT terhadap kemurungan antara selang masa PRT, PT1, PT2 dan PT3 dalam kalangan murid mangsa buli.
- ii. menguji kesan intervensi KKTKT - BT terhadap kebimbangan antara selang masa PRT, PT1, PT2 dan PT3 dalam kalangan murid mangsa buli.
- iii. menguji kesan intervensi KKTKT - BT terhadap stres antara selang masa PRT, PT1, PT2 dan PT3 dalam kalangan murid mangsa buli.
- iv. meneroka maklum balas responden murid mangsa buli, ibu responden murid mangsa buli dan rakan responden murid mangsa buli terhadap kesan intervensi KKTKT – BT

1.6 Persoalan Kajian

Terdapat dua bentuk persoalan kajian secara analisis data deskriptif dan deskriptif secara naratif yang akan dijawab dalam kajian ini iaitu;

- 1.6.1 Adakah intervensi KKTKT - BT berkesan terhadap kemurungan berdasarkan ujian selang masa PRT, PT1, PT2 dan PT3 murid mangsa buli?
- 1.6.2 Adakah intervensi KKTKT - BT berkesan terhadap kebimbangan berdasarkan ujian selang masa PRT, PT1, PT2 dan PT3 murid mangsa buli?





- 1.6.3 Adakah intervensi KKTKT - BT berkesan terhadap stres berdasarkan ujian selang masa PRT, PT1, PT2 dan PT3 murid mangsa buli?
- 1.6.4 Apakah maklum balas responden murid mangsa buli, ibu responden murid mangsa buli dan rakan responden murid mangsa buli terhadap kesan intervensi KKTKT – BT?

1.7 Hipotesis Kajian

Hipotesis adalah suatu ramalan terhadap kemungkinan dapatan di dalam penyelidikan (Fraenkel et al., 2011). Menurut Maleske (1995), hipotesis merupakan peramalan terhadap apa yang akan berlaku pada masa hadapan. Ianya berbeza dengan teori yang merupakan penerangan tentatif berkaitan kenapa sesuatu tingkah laku itu berlaku. Menurut, Ahmad Mahdzan (1992), hipotesis ialah merupakan saranan sementara tentang hubungan antara dua angkubah atau lebih yang didapati melalui deduksi.

Hipotesis kerap digunakan oleh penyelidik sebagai panduan sebelum menjalankan kajian. Hipotesis adalah pernyataan khusus yang memudahkan soalan kajian diterjemah dalam bentuk yang ‘researchable’ sekaligus dapat memberi idea jenis analisis statistik bagi pengujian hipotesis tersebut (Othman Talib, 2015). Berdasarkan kajian ini pengkaji telah membina hipotesis Nol yang bertujuan sebagai satu cara untuk memulakan tindakan membuat kajian dengan menganggap tiada apa-apa yang mengaitkan pembolehubah dalam kajian. Hal ini mendorong pengkaji untuk merangka reka bentuk kajian bagi menyelidiki sama ada hipotesis nol boleh diterima atau ditolak.





Menerusi kajian ini modul KKTKT-BT yang berasaskan TKT-BT digunakan sebagai intervensi untuk membantu muris mangsa buli yang mengalami kemurungan, kebimbangan dan stres. Penggunaan teknik yang terdapat dalam TKT-BT seperti elemen PRACTICE yang di pelajari dapat mengurangkan simptom kemurungan, kebimbangan dan stres serta mempengaruhi perubahan tingkah laku dengan lebih baik secara berperingkat. Pengkaji mengandaikan bahawa modul dalam kaunseling kelompok yang dijalankan dapat memberikan kesan terhadap pengurangan simptom kemurungan, kebimbangan dan stres ahli kelompok yang terlibat.

Pengkaji menggunakan kaunseling kelompok perkembangan dan rawatan yang menjurus kepada peningkatan aspek psikologikal yang menjadi pengaruh utama kepada pembentukan tingkah laku serta pengurangan simptom kemurungan, kebimbangan dan stres yang dialami oleh mangsa buli. Justeru, kesan pemboleh ubah bebas iaitu modul KKTKT-BT yang berteraskan teori TKT-BT terhadap pemboleh ubah terikat kemurungan, kebimbangan dan stres belum dapat diandaikan pasti. Walau bagaimanapun, terdapat pelbagai kajian lepas yang menunjukkan aspek kemurungan, kebimbangan dan stres ini boleh dikurangkan melalui intervensi kaunseling kelompok yang dijalankan.

Pembentukan hipotesis ini berasaskan tujuan kajian iaitu untuk melihat keberkesanan kaunseling kelompok rawatan terhadap kemurungan, kebimbangan dan stres seterusnya membantu memperbaiki tingkah laku secara berperingkat. Kajian ini mengandaikan kaunseling kelompok rawatan berupaya mencapai objektif kajian, iaitu mengurangkan kemurungan, kebimbangan dan stres seterusnya mempengaruhi perubahan tingkah laku dengan lebih baik. Walau bagaimanapun, keberkesanan



sesuatu intervensi kaunseling kelompok terhadap pemboleh ubah terikat masih belum diketahui. Kesan kaunseling kelompok rawatan (KKTKT-BT) akan dilihat terhadap tiga pemboleh ubah terikat kajian iaitu kemurungan, kebimbangan dan stres dalam kalangan murid mangsa buli. Hipotesis kajian ini adalah seperti berikut :

1.7.1 Hipotesis Nol 1.0

Tidak terdapat perbezaan yang signifikan kesan intervensi KKTKT-BT terhadap kemurungan antara ujian selang masa PRT, PT, PT2 dan PT3 dalam kalangan murid mangsa buli.

- i. Ho 1a : Tidak terdapat perbezaan yang signifikan kesan intervensi KKTKT-BT terhadap kemurungan antara ujian selang masa PRT, PT1, PT2 dan PT3 dalam kalangan murid mangsa buli lelaki.
- ii. Ho 1b : Tidak terdapat perbezaan yang signifikan kesan intervensi KKTKT-BT terhadap kemurungan antara ujian selang masa PRT, PT1, PT2 dan PT3 dalam kalangan murid mangsa buli perempuan.

1.7.2 Hipotesis Nol 2.0

Tidak terdapat perbezaan yang signifikan kesan intervensi KKTKT-BT terhadap kebimbangan antara ujian selang masa PRT, PT1, PT2 dan PT3 dalam kalangan murid mangsa buli.

- i. Ho 2a : Tidak terdapat perbezaan yang signifikan kesan intervensi KKTKT-

BT terhadap keseimbangan antara ujian selang masa PRT, PT1, PT2 dan PT3 dalam kalangan murid mangsa buli lelaki.

- ii. Ho 2b : Tidak terdapat perbezaan yang signifikan kesan intervensi KKTKT-BT terhadap keseimbangan antara ujian selang masa PRT, PT1, PT2 dan PT3 dalam kalangan murid mangsa buli perempuan.

1.7.3 Hipotesis Nol 3.0

Tidak terdapat perbezaan yang signifikan kesan intervensi KKTKT-BT terhadap stres antara ujian selang masa PRT, PT1, PT2 dan PT3 dalam kalangan murid mangsa buli.

- i. Ho 3a : Tidak terdapat perbezaan yang signifikan kesan intervensi KKTKT-BT terhadap stres antara ujian selang masa PRT, PT1, PT2 dan PT3 dalam kalangan murid mangsa buli lelaki.
- ii. Ho 3b : Tidak terdapat perbezaan yang signifikan kesan intervensi KKTKT-BT terhadap stres antara ujian selang masa PRT, PT1, PT2 dan PT3 dalam kalangan murid mangsa buli perempuan.

1.8 Kerangka Konseptual Kajian

Bahagian ini menjelaskan kerangka konseptual kajian yang digambarkan dalam satu model serta perkaitan antara pemboleh ubah yang terlibat. Menurut Shahabuddin et al., (2007) kerangka konseptual mengandungi idea asas 'apa' yang hendak dikaji dan



kepada ‘siapa’ penyelidikan akan dilaksanakan. Dapatan ini bertindak sebagai panduan kepada pengkaji untuk menfokuskan penyelidikan yang dilakukan.

Rajah 1.1 menunjukkan kaedah yang dikonsepkan oleh pengkaji untuk menerangkan kajian yang dijalankan dengan lebih jelas. Pengkaji telah menggunakan kaedah kuasi eksperimen berbentuk siri masa (*time series*) sebagai reka bentuk kajian. Dalam kajian ini tiga pembolehubah yang ingin dikaji ialah kemurungan, kebimbangan dan stres dalam kalangan murid mangsa buli. Satu modul intervensi Kaunseling Kelompok Terapi Tingkah Laku Kognitif – Berfokuskan Trauma (KKTKT-BT) telah diadaptasi daripada Samsiah et al., (2016) dan disesuaikan kepada responden murid mangsa buli iaitu yang mengalami kemurungan, kebimbangan dan stres. Pemboleh ubah ini diperoleh hasil daripada kajian kepustakaan, kajian-kajian rencana oleh pengkaji terdahulu dan melalui temu bual pakar pencegahan buli seperti kaunselor sekolah, pakar kaunseling dan pengkaji yang telah membina modul kaunseling kelompok dalam membantu murid mangsa buli dalam mengurangkan kemurungan, kebimbangan dan stres.

Sebelum menguji kesan modul terhadap responden, proses kesahan dan kebolehpercayaan telah dijalankan dan hasil menunjukkan nilai kesahan dan kebolehpercayaan adalah baik dan boleh digunakan terhadap responden. Bagi mengukur tahap kemurungan, kebimbangan dan stres, instrumen *Depression Anxiety Stress Scale 42* (DASS 42) oleh (Lovibond & Lovibond, 1995), telah diedarkan kepada responden pada awal kajian, pertengahan dan diakhir intervensi. Pengkaji menggunakan instrumen yang diadaptasi daripada instrumen DASS 42 untuk menilai tahap kemurungan, kebimbangan dan stres. Pemilihan DASS 42 dilakukan kerana





instrumen tersebut dibentuk bukan sekadar untuk mengukur secara konvensional dari aspek tahap emosi, tetapi ia juga digunakan untuk proses yang lebih lanjut.

Selain itu juga, rasional pengkaji memilih untuk menggunakan DASS 42 adalah kerana instrumen ini terus mengukur ketiga-tiga simptom pembolehubah yang dikaji iaitu kemurungan, kebimbangan dan stres. Proses ini merangkumi pemahaman, pengertian dan pengukuran yang berlaku dari status emosi secara signifikan yang pada kebiasaannya digambarkan sebagai kesihatan mental. DASS 42 dapat digunakan dengan baik oleh kelompok atau individu untuk tujuan penelitian (Lovibond & Lovibond, 1995). Selain itu, instrumen DASS 42 dipilih oleh pengkaji kerana yang instrumen tersebut mempunyai nilai *Cronbach's alpha* yang baik bagi keseluruhan domain, iaitu kemurungan, kebimbangan dan stres. Nilai *Cronbach's alpha* yang direkodkan adalah .94, .90 dan .87 masing-masing untuk kemurungan, kebimbangan dan stres iaitu didapati lebih baik jika dibandingkan dengan DASS 21 item. Sebagai perbandingan, nilai *Cronbach's alpha* bagi DASS 21 antara .74 kemurungan, .84 untuk kebimbangan dan .45 bagi domain stres (Ramli et al., 2007).

Dalam konteks kajian ini, responden yang mendapat skor sederhana bagi kemurungan, kebimbangan dan stres dipilih sebagai responden di dalam kajian eksperimen dan menerima intervensi KKTKT-BT bagi selang masa PRT. Setelah responden dipilih, sesi pertama hingga sesi ketiga untuk modul KKTK-BT telah dijalankan. Seterusnya, responden diberikan sekali lagi soal selidik DASS 42 untuk mengukur tahap kemurungan, kebimbangan dan stres bagi selang masa PT1. Sesi intervensi KKTKT-BT diteruskan untuk sesi keempat hingga ke sesi keenam dan seterusnya responden diberikan soal selidik DASS 42 untuk mengukur sama ada

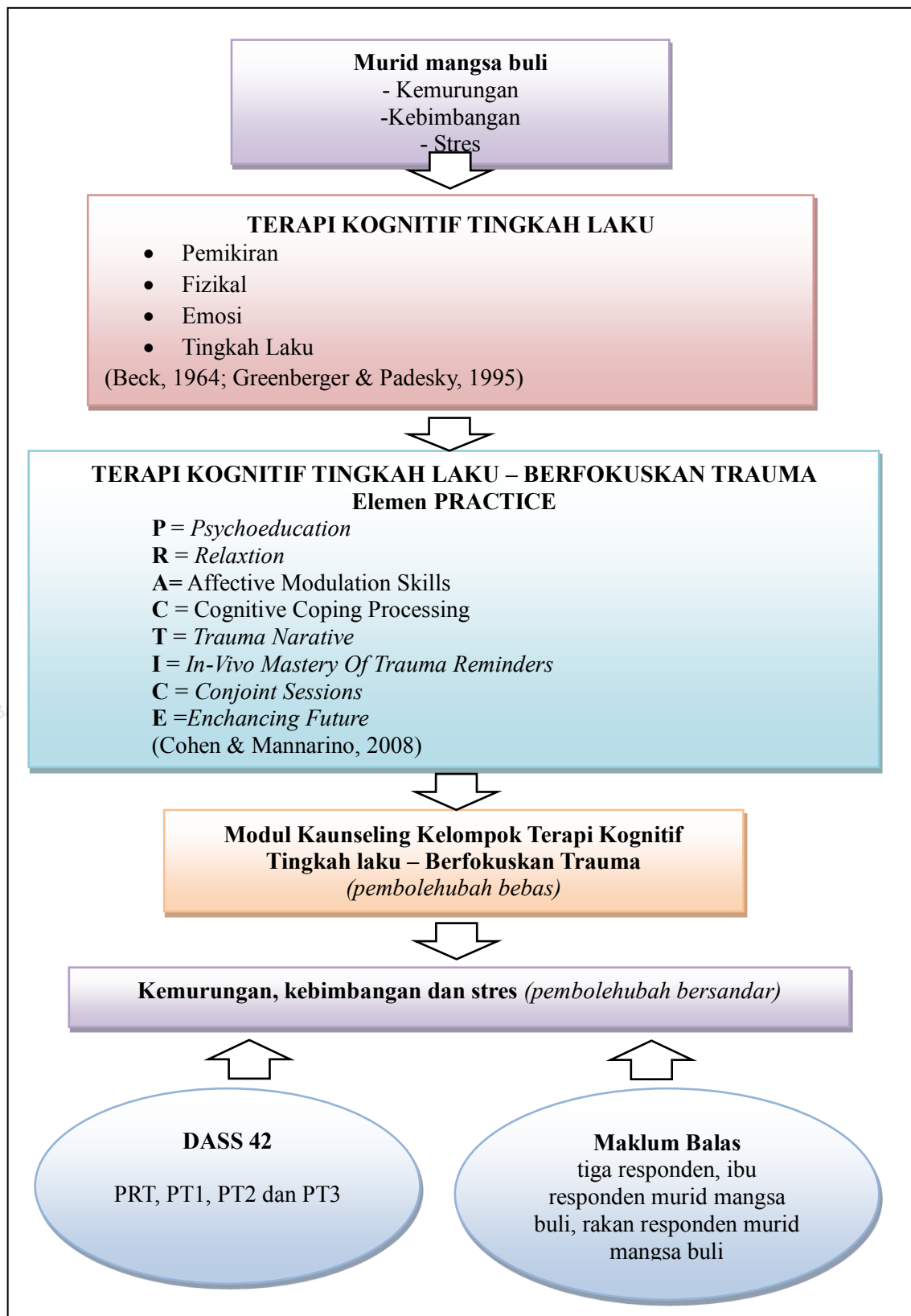




tahap kemurungan, kebimbangan dan stres menurun bagi selang masa PT2. Responden meneruskan sesi intervensi KKTKT-BT, iaitu sesi keenam hingga terakhir. Setelah tamat sesi responden diberikan sekali lagi soal selidik DASS 42 untuk selang masa PT3. Rasional pemberian instrumen ini sebanyak empat kali adalah bertujuan untuk melihat proses ketekalan dan konsistensi perubahan itu berlangsung.

Setelah sebulan menamatkan intervensi KKTKT-BT, temu bual secara bersemuka dijalankan terhadap tiga orang responden yang telah tamat menjalani sesi KKTKT-BT. Tiga orang responden murid mangsa buli ini daripada tiga kelompok dan sekolah yang berbeza. Selain itu, pengkaji juga menemu bual secara bersemuka responden kajian, tiga orang rakan responden murid mangsa buli, dan tiga orang ibu responden murid mangsa buli dari sekolah yang berbeza bagi tujuan mendapatkan data sokongan. Rasional temu bual dijalankan adalah untuk melengkapi data kuantitatif dan dapat memahami dapatan kajian melalui pengalaman dan pandangan responden menjadikan data kajian lebih kaya (*rich*) dan bermakna (*depth in meaning*). Menurut Gunter (2001), memahami makna-makna yang tersirat dan tersurat serta pengalaman membolehkan sesuatu fenomena difahami dan dikonseptualkan. Selain itu, kelebihan membuat kaedah temu bual ini adalah pengkaji mendapat peluang untuk memahami responden dan memastikan hasil dapatan adalah dari pengalaman responden sendiri dan menggalakkan interaksi ilmiah untuk mengetahui pandangan mereka terhadap isu-isu yang dibincangkan (Mohd Fauzi et al., 2014).





Rajah 1.1. Kerangka Konseptual Kajian Kesan KKTKT-BT terhadap Kemurungan, Kebimbangan dan Stres dalam Kalangan Murid Mangsa Buli.

1.9 Kepentingan Kajian

Kajian ini sangat penting dijalankan terhadap murid mangsa buli kerana ianya dapat membantu mangsa buli menjalani kehidupan dengan lebih baik dan proaktif seperti murid lain. Kemurungan, kebimbangan dan stres yang tinggi jika tidak dirawat boleh memberi kesan yang negatif seperti masalah keciciran akademik, masalah pembelajaran dan masalah gangguan mental yang lain.

Hasil kajian ini dijangka dapat membantu kaunselor untuk mendapatkan satu kaedah intervensi berkesan dalam merawat mangsa buli. Kelebihan intervensi ini ialah pemfokusan kepada pendekatan Terapi Kognitif Tingkah Laku – Berfokuskan Trauma yang dibina khusus dan spesifik untuk menangani simptom trauma akibat ditimpa peristiwa traumatik seperti buli. Pendedahan terhadap intervensi berkaitan dengan ini adalah sangat diperlukan oleh kaunselor kerana kaunselor adalah individu yang menjadi pakar rujuk dan bertanggungjawab dalam perkembangan kesejahteraan hidup klien (Cook & Newman, 2014). Maka kaunselor perlu mempunyai pengetahuan saintifik tentang kesihatan mental atau trauma, keupayaan menjalankan penilaian trauma menerusi ujian diagnostik trauma dan menjalankan intervensi trauma.

Pendekatan yang digunakan dalam kajian ini adalah kaunseling kelompok. Memandangkan kejadian kes buli semakin meningkat maka kaedah kaunseling kelompok adalah sangat sesuai kerana ini dapat membantu kaunselor menjimatkan masa dan dapat membantu lebih ramai klien dalam satu masa. Selain itu juga, ahli-ahli di dalam kelompok akan memperoleh manfaat dari matlamat kaunseling kelompok itu sendiri seperti dapat menyumbang pelbagai pandangan atau meneroka



nilai peribadi individu lain. Berdasarkan pendapat dan pandangan berbeza dapat menjadikan sesuatu pengalaman yang menarik dan membantu satu sama lain. Selain itu, dalam kaunseling kelompok juga ahli kelompok dapat memberikan sokongan yang lebih luas berbanding kaunseling individu.

Kajian ini juga dapat membuka minda masyarakat tentang kepentingan dalam memberi perhatian kepada murid mangsa buli kerana impak atau kesan yang dialami oleh mangsa adalah sangat negatif seperti perasaan takut yang melampau, ponteng sekolah, berasa diri tidak berguna, stres yang tinggi, kebimbangan untuk hadir ke sekolah, pengasingan diri dari bersosial dan kemurungan sehingga boleh membawa kepada niat untuk membunuh diri. Dengan itu, usaha atau kaedah sedia ada seperti kaedah menggunakan Terapi Kognitif Tingkah Laku - Berfokuskan Trauma serta pendekatan *Constructivist Grounded Theory* dan Terapi Realiti dan kaedah baharu seperti KKTKT-BT untuk membantu mangsa buli adalah sangat relevan.

Keberhasilan kajian ini dijangka dapat meningkatkan pengetahuan para kaunselor dalam usaha mengendalikan isu dan permasalahan mangsa buli. Kaedah dan teknik yang dihasilkan dalam intervensi ini dapat membantu mangsa mengurangkan simptom-simptom trauma kemurungan, kebimbangan, stres dan simptom khusus lain seperti *flashback*, pegelakan, memori yang intrusif dan gangguan pemikiran. Hal ini dapat membantu mangsa menghadapi kehidupan dengan lebih baik dan mengaplikasi teknik yang telah mereka pelajari dalam intervensi KKTKT-BT, walaupun setelah tamat sesi kaunseling.



Selain itu, kajian ini memberi fokus terhadap kaedah intervensi pemulihan terhadap mangsa buli yang menggunakan kaunseling kelompok berasaskan kepada TKT-BT di mana terapi ini masih belum dikaji dan digunakan di Malaysia. Oleh itu, penggunaan intervensi ini dapat dijadikan sebagai panduan–baharu yang berkualiti hasil daripada kajian tempatan yang dilakukan secara mendalam dan boleh dicadangkan untuk digunapakai dalam sistem pendidikan negara dalam membantu mengendalikan isu berkaitan mangsa buli.

1.10 Batasan Kajian

Terdapat beberapa limitasi kajian yang tidak dapat dielakkan dalam penyelidikan tentang kemurungan, kebimbangan dan stres dalam kalangan murid mangsa buli.

Salah satu daripadanya ialah dari segi lokasi pemilihan responden. Pengkaji telah memilih sekolah dari kawasan luar bandar, sedangkan murid mangsa buli juga turut terdapat di sekolah bandar. Maka sampel ini tidak dapat digeneralisasikan secara keseluruhan di negeri Selangor.

Selain itu, limitasi kajian ini juga dapat dilihat dari segi reka bentuk kajian. Kajian ini menggunakan reka bentuk kajian eksperimen dan jangka masa kajian ini adalah pendek sedangkan proses perkembangan remaja melibatkan jangka masa yang panjang. Oleh itu, kesan intervensi hanya tertumpu kepada aspek psikologi dan proses penyesuaian dalaman jangka pendek sahaja. Justeru, kesan intervensi tidak dapat dilihat secara menyeluruh dalam jangka panjang terutamanya dalam menilai perubahan tingkah laku dalam intervensi secara sama rata.



Kajian eksperimen ini juga mempunyai limitasi dari segi sampel kajian. Sampel kajian dalam kajian ini adalah kecil dan hanya melibatkan kumpulan rawatan sahaja yang melibatkan tiga buah sekolah. Walau bagaimanapun, hal ini dapat diatasi dengan hasil penemuan yang berguna dan sangat diperlukan dalam perkhidmatan bimbingan dan kaunseling sekolah di negara ini.

Kajian ini juga hanya melibatkan murid tingkatan dua yang pernah mempunyai pengalaman menjadi mangsa buli di negeri Selangor. Murid tingkatan lima dan tiga tidak dilibatkan dalam kajian ini kerana mereka terlibat dalam peperiksaan awam negara. Selain itu, pengkaji mengalami kesukaran untuk mencari responden murid mangsa buli yang mengalami kemurungan, kebimbangan dan stres yang sederhana kesan daripada dibuli dalam sesebuah sekolah kerana responden berasa malu dan tidak mahu menyertai kajian ini. Oleh itu, pengkaji memilih untuk menggunakan kaedah kuasi eksperimen siri masa yang hanya melibatkan kelompok rawatan sahaja.

1.11 Definisi Konsep dan Operasional

Di bahagian ini diperjelaskan beberapa istilah dan konsep yang menjadi asas untuk menyokong tema kajian yang dijalankan. Definisi istilah dan konsep yang diterangkan dalam bahagian ini merupakan istilah dan konsep yang bersesuaian dengan konteks kajian ini sahaja. Menurut Mohd Afan (2008), definisi konseptual merupakan bahagian dari definisi- definisi yang menjelaskan mengenai konsep yang digunakan oleh pengkaji. Manakala definisi operasional pula adalah petunjuk yang lengkap



tentang apa yang harus diamati dan bagaimana mengukur suatu pembolehubah atau konsep.

1.11.1 Modul

1.11.1.1 Definisi Konsep

Modul didefinisikan sebagai satu unit pengajaran dan pembelajaran yang membincangkan sesuatu tajuk tertentu secara sistematik dan berurutan bagi memudahkan murid mempelajari atau belajar secara bersendirian supaya dapat menguasai sesuatu unit pembelajaran dengan mudah dan tepat (Sidek & Jamaluddin, 2005). Jamaludin (2012), telah membahagikan modul kepada empat jenis iaitu modul pengajaran, modul motivasi, modul latihan dan modul akademik. Dalam kajian ini, pengkaji menggunakan modul KKTKT –BT yang merupakan modul latihan dibina bertujuan untuk membantu mengurangkan kemurungan, kebimbangan dan stres terhadap murid mangsa buli.

1.11.1.2 Definisi Operasional

Secara operasional modul yang dimaksudkan dalam kajian ini ialah modul Terapi Kognitif Tingkah Laku - Berfokuskan Trauma (KKTKT-BT) yang mengandungi objektif, langkah-langkah, prosedur dan matlamat yang dibina untuk membantu murid mangsa buli yang menghadapi simptom kemurungan, kebimbangan dan stres. Modul



KKTKT-BT telah diadaptasi daripada Modul Kaunseling Kesihatan Mental dan Trauma oleh Samsiah et al., (2016). Modul KKTKT-BT menggunakan pendekatan Terapi Kognitif Tingkah Laku - Berfokuskan Trauma dan melibatkan sembilan sesi kaunseling. Modul ini dijalankan atau ditadbir secara berstruktur dengan merangkumi objektif dan langkah pelaksanaan sesi kaunseling kelompok untuk mengurangkan kemurungan, kebimbangan dan stres yang dialami oleh mangsa buli. Dalam modul ini, semua aktiviti yang dijalankan adalah bertujuan dan disusun berdasarkan pendekatan Terapi Kognitif Tingkah Laku dan Berfokuskan Trauma berdasarkan elemen PRACTICE dalam membantu mengurangkan kemurungan, kebimbangan dan stres yang dialami oleh murid mangsa buli.



1.11.2 Kaunseling Kelompok

1.11.2.1 Definisi Konsep

Kaunseling kelompok ialah satu pendekatan yang boleh digunakan oleh kaunselor terlatih untuk menyediakan satu perhubungan menolong yang berkesan kepada beberapa orang individu biasa yang sedang berhadapan dengan isu-isu seharian yang normal dalam satu jangka masa yang sama (Zuraidah, 2004). Umumnya, dalam kaunseling kelompok, ahli cuba menangani masalah yang mereka hadapi dengan bantuan ahli-ahli lain yang mungkin menghadapi situasi yang hampir sama (Ida Hartina, 2006). Pembentukan kelompok perlu disediakan secara rasional dan rapi serta selari dengan jenis kelompok yang akan diselenggarakan (Othman, 2005). Hal





ini bagi memastikan perjalanan kelompok berjalan lancar mengikut perancangan yang disediakan.

Menurut Gladding (2015), kaunseling kelompok ialah satu sesi berkumpulan yang melibatkan dua atau lebih individu yang bertemu secara langsung atau secara interaktif, saling bergantung peranan, dengan kesedaran bahawa masing-masing tergolong dalam satu kumpulan bagi mencapai tujuan yang dipersetujui bersama. Manakala, *Association for Specialists in Group Work* (2000) pula mendefinisikan kaunseling kelompok sebagai satu amalan profesional yang luas yang melibatkan penerapan pengetahuan dan kemahiran dalam proses menolong berkelompok untuk membantu satu kumpulan individu yang saling bergantung untuk mencapai tujuan bersama dalam isu seperti intrapersonal, interpersonal, atau pekerjaan. Matlamat kaunseling kelompok boleh merangkumi pelaksanaan tugas yang berkaitan dengan pekerjaan, pendidikan, perkembangan diri, penyelesaian masalah peribadi dan interpersonal, atau pemulihan gangguan mental dan emosi.

Hal ini menunjukkan bahawa kaunseling kelompok merupakan satu wadah perhubungan menolong yang berfungsi dalam proses pembangunan dan perkembangan individu melalui interaksi yang wujud di dalam kelompok itu sendiri. Suasana dan interaksi awal yang tercipta ini, seperti yang dinyatakan oleh Zuraidah (2004), sebagai 'group feeling' atau perasaan kelompok yang kelihatan dalam kalangan ahli. Perasaan mesra perlu disemai seawal mungkin bagi memastikan pembentukan semangat kekitaan dalam kalangan ahli kelompok berjalan lancar ke peringkat yang seterusnya dalam kelompok. Usaha memupuk dan membina kejelekitan amat sesuai diaplikasikan dalam sesi kaunseling, terutamanya kaunseling





kelompok kerana kaunseling itu sendiri dapat dinyatakan sebagai usaha untuk memahami 'nilai bersama' selain dari memberi atau menerima nasihat Feltham (1995) dan Strong (2005).

1.11.2.2 Definisi Operasional

Kaunseling kelompok dalam kajian ini telah di pecahkan kepada tiga kelompok iaitu kelompok A yang diwakili oleh murid lelaki, kelompok B diwakili oleh murid perempuan dan kelompok C diwakili oleh murid lelaki dan perempuan. Pecahan kelompok ini berdasarkan kepada jenis sekolah. Setiap ahli kelompok yang terlibat untuk kelompok ini adalah seramai 10 hingga 11 orang. Dalam kelompok ini, pengkaji menjadi fasilitator bagi ketiga-tiga kelompok yang dijalankan, setiap kelompok melalui proses yang sama.

1.12 Kaunseling Kelompok Terapi Tingkah Laku - Berfokuskan Trauma

1.12.1 Definisi Konsep

Kaunseling kelompok Terapi Kognitif Tingkah Laku – Berfokuskan Trauma (KKTKT-BT) ialah terapi diberikan kepada ahli kelompok yang mempunyai masalah kesihatan mental antaranya kemurungan, kegelisahan, panik, *agoraphobia*, fobia sosial, bulimia, gangguan obsesif kompulsif, PTSD, psikosis, kemarahan, HIV, masalah keluarga, disfungsi seksual, dan masalah peribadi. Terapi Kognitif Tingkah





Laku - Berfokuskan Trauma (TKT-BT) juga sangat sesuai diberikan kepada klien yang baharu sahaja mengalami peristiwa traumatik (Paintain & Cassidy, 2018).

Terapi ini boleh dilakukan dalam bentuk teknik pendedahan, pembinaan semula kognitif, dan pengurusan kebimbangan. Teknik pendedahan ialah Teknik Terapi Kognitif Tingkah Laku (TKT) yang paling berjaya dalam menangani PTSD. Teknik ini memerlukan seseorang berhadapan secara langsung dengan trauma dan ketakutan mereka melalui imaginasi (Lopes et al., 2014). Teknik pendedahan sering digunakan dalam penggabungan teknik TKT-BT dalam merawat PTSD (Paintain & Cassidy, 2018). Teknik ini mengajak klien untuk membayangkan dan menghadapi trauma yang dialami. Hal ini bertujuan untuk mengembalikan perasaan cemas dan diharapkan dapat membiasakan diri dengan keadaan trauma yang dihadapi selepas kejadian traumatik (Paintain & Cassidy, 2018).

TKT-BT ialah model rawatan pendek (biasanya 12 hingga 20 sesi) yang menggabungkan intervensi dan teknik kognitif, tingkah laku, terapi keluarga, dan prinsip humanistik. Terapi ini dibuat dan dikembangkan oleh Judith A. Cohen, Anthony P. Mannarino dan Esther Deblinger pada akhir tahun 1990 an. TKT-BT bertujuan untuk mengatasi kesukaran dan kognitif yang maladaptif berkaitan dengan peristiwa trauma dan pertama kali digunakan terhadap kanak-kanak dan remaja (Morgan-Mullane, 2018). Komponen TKT-BT merangkumi psikopendidikan, relaksasi, penyelesaian masalah sosial, pembinaan semula kognitif, pendedahan kehidupan sebenar, dan pengembangan naratif trauma (Joiner & Buttell, 2018). TKT-BT biasanya hanya tertumpu pada usaha untuk mengatasi kebimbangan, namun TKT-BT mempunyai empat komponen wajib yang lebih kompleks, iaitu psikopendidikan,





pengurusan kebimbangan, pendedahan secara *in vivo* (nyata) dan khayalan, serta komponen terakhir, iaitu penyusunan semula kognitif (Bisson et al., 2013). Beberapa kajian meta-analitik menunjukkan bahawa TKT-BT berkesan dalam merawat PTSD berbanding dengan kaedah psikologi yang lain (Ehlers, 2013).

1.12.1.1 Definisi Operasional

Kaunseling Kelompok Terapi Kognitif Tingkah Laku – Berfokuskan Trauma (KKTKT-BT) dalam kajian ini merujuk kepada intervensi yang dijalankan untuk merawat murid mangsa buli yang mengalami kemurungan, kebimbangan dan stres. Intervensi ini dijalankan ke atas 32 orang murid mangsa buli dari tiga buah sekolah menengah yang dipilih oleh pengkaji. Murid mangsa buli yang dipilih untuk mengikuti intervensi berdasarkan skor kemurungan, kebimbangan dan stres yang sederhana yang diperoleh dari soal selidik DASS 42. Aktiviti di dalam modul ini dilaksanakan berdasarkan komponen TKT-BT iaitu PRACTICE yang dipecahkan kepada P : (*Psychoeducation*) Psikopendidikan, R : (*Relaxation Skills*) Kemahiran Relaksasi, A : (*Affective Modulation Skills*) Kemahiran Modul Afektif, C : (*Cognitive Coping Processing*) Proses menangani Kognitif, T: (*Trauma Narrative*) Naratif Trauma, I : (*In-Vivo Mastery Of Trauma Reminders*) Penguasaan In-Vivo terhadap ingatan trauma, C : (*Conjoint Child-Parent Sessions*) Sesi gabungan ibu bapa anak, E : (*Enhancing future safety and Development*) Mengalakkan Keselamatan Masa Hadapan dan Perkembangan. Bagi individu yang terlibat di dalam sesi ini ibu bapa dan individu tersebut diberi sedikit pencerahan berkenaan TKT-TF sebelum memulakan sesi. Etika kerahsian sepanjang perkongsian di tekankan di dalam





kelompok. Sesi yang akan dilaksanakan sebanyak 9 sesi namun bergantung kepada keparahan dan keadaan individu.

Pada peringkat perkembangan sesi, komponen TKT-BT telah digunakan dalam merangka perjalanan sesi. Pertama komponen P (Psychoeducation) telah digunakan dalam aktiviti kenali buli. Kedua komponen R (Relaxtion) telah digunakan dalam aktiviti relaksasi dan damai. Kemudian bagi komponen A (Affective Modulation Skills) telah digunakan dalam aktiviti survival kit manakala bagi C (Cognitive Coping Processing) digunakan dalam aktiviti triangle, kemudian T (Trauma Narative) digunakan dalam aktiviti 'show your feeling'. Kemudian bagi komponen I (In-Vivo Mastery Of Trauma Reminders) digunakan pada aktiviti kisah hidupku, simpton dan diriku berharga. Seterusnya bagi komponen C (Conjoint Sessions) pula aktiviti yang dijalankan adalah sistem sokongan, peti kecemasan. Komponen terakhir adalah E (Enchancing Future Safety Development) digunakan pada aktiviti future

1.12.2 Trauma

1.12.2.1 Definisi Konsep

Menurut *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5, 2013) trauma didefinisikan sebagai pendedahan kepada peristiwa sebenar atau ancaman kematian atau kecenderungan serius /tenat atau pencerobohan seksual di mana ketakutan, perasaan ngeri atau tidak berjaya menguasai (klien/mangsa). Keadaan ini





boleh berlaku sama ada melalui satu kejadian traumatik atau beberapa kejadian traumatik yang berulang. *American Psychological Association* (2014), pula mendefinisikan trauma sebagai respon emosi terhadap peristiwa yang sangat dasyat seperti kemalangan, perkosaan, atau bencana semulajadi. Sebaik sahaja peristiwa dasyat berlaku, kejutan dan penafian adalah respon tipikal. Reaksi yang ditunjukkan dalam jangka masa panjang termasuklah emosi yang tidak dapat diramal, *flashback*, hubungan interpersonal yang tegang dan simptom fizikal seperti sakit kepala atau loya. Walaupun perasaan dan emosi ini adalah normal tetapi bagi sesetengah individu mengalami kesukaran meneruskan kehidupan.

Shapiro (1999), mendefinisikan trauma sebagai pengalaman hidup yang mengganggu keseimbangan biokimia dari sistem pengolahan maklumat psikologi otak. Gangguan keseimbangan biokimia ini menghalang pemprosesan maklumat adaptif sehingga persepsi, emosi, keyakinan dan makna yang diperolehi dari pengalaman tersebut "terkunci" dalam sistem saraf. Jarnawi (2007), menyatakan bahawa trauma merupakan gangguan psikologi yang sangat berbahaya dan mampu merosakkan keseimbangan kehidupan manusia. Cavanagh dalam *Mental Health Channel* (2004), menyatakan tentang pengertian trauma sebagai suatu peristiwa luar biasa yang menimbulkan luka dan perasaan sakit. Namun demikian, ia kerap juga diertikan sebagai suatu luka atau perasaan sakit yang tenat akibat sesuatu kejadian luar biasa yang menimpa seseorang secara langsung atau tidak langsung, sama ada luka fizikal mahupun luka psikis atau kombinasi antara kedua-duanya.





Berat atau ringan suatu peristiwa akan dirasakan oleh setiap orang secara berbeza sehingga pengaruh daripada peristiwa tersebut terhadap tingkah laku juga menjadi berbeza antara satu sama lain. Oleh itu, trauma merupakan luka yang dialami oleh seseorang akibat suatu peristiwa yang tidak dijangka dan sangat menakutkan, seperti ancaman pembunuhan, kemalangan, bencana alam, perang, dan kejadian-kejadian yang boleh membuat mangsa berasa ketakutan, kebimbangan yang melampau, tertekan dan murung. Peristiwa tersebut boleh menimpa sesiapa sahaja di dalam dunia ini baik yang berumur sifar tahun sehingga warga emas. Tambahan pula apabila tidak dikawal dengan baik akan menyebabkan gangguan fizikal dan juga psikis. Webb (2004), menyenaraikan trauma seperti berikut:

- i. Trauma ditakrifkan sebagai kesakitan yang dialami oleh seseorang yang boleh memberi kesan kepada fizikal dan psikologi seseorang sehingga membawa kesan kepada kehidupan seperti menurunnya tahap produktiviti dan aktiviti keseharian.
- ii. Trauma berlaku disebabkan oleh peristiwa pahit sama ada fizikal dan mental yang menyebabkan kerosakan serta merta kepada tubuh atau kejutan pada minda.
- iii. Trauma berlaku kerana terdapat kebimbangan melampau atau kebimbangan traumatik oleh kesan fizikal dan psikologikal yang boleh menyebabkan gangguan emosi dicetuskan oleh peristiwa pahit akut.
- iv. Trauma ialah peningkatan gejala tekanan (stres) yang menyebabkan gangguan emosi kepada kanak-kanak atau murid sekolah sehingga berlakunya perubahan tingkah laku, emosi dan pemikiran.





- v. Trauma juga dikatakan sebagai kecederaan tubuh yang disebabkan oleh tenaga fizikal dari luar seperti tembakan, kebakaran, kemalangan, tikaman senjata tajam, luka akibat bergaduh, dirogol, kecuaiian teknologi dan sebagainya.

Cavanagh (1982), mengelompokkan trauma berdasarkan kejadian traumatik iaitu: trauma situasional, perkembangan, intrapsikis dan eksistensial. Senarai trauma tersebut adalah seperti berikut:

- i. Trauma situasional ialah trauma yang disebabkan oleh situasi seperti bencana alam, perang, kemalangan kenderaan, kebakaran, rompakan, perkosaan, perceraian, kehilangan pekerjaan, ditinggal mati oleh orang yang dicintai, gagal dalam perniagaan dan sebagainya.
- ii. Trauma perkembangan ialah trauma dan stres yang terjadi pada setiap tahap perkembangan, seperti penolakan dari teman sebaya, kelahiran yang tidak diingini, peristiwa yang berhubung dengan kekasih, berkeluarga, dan sebagainya.
- iii. Trauma intrapsikis ialah trauma yang disebabkan kejadian dalaman seseorang yang memunculkan perasaan cemas sangat kuat seperti perasaan homoseksual, benci kepada orang yang seharusnya dicintai, dan sebagainya.
- iv. Trauma eksistensial iaitu trauma yang diakibatkan kerana kurang berjaya dalam hidup.

Yehuda (2002), menyatakan bahawa terdapat ciri-ciri tertentu seperti telah mengalami peristiwa traumatik apabila seseorang itu berada dalam ketakutan, tidak berdaya, suasana seram yang mengakibatkan tindak balas kepada ancaman kecederaan dan kematian. Mereka yang terdedah kepada peristiwa-peristiwa





traumatik yang membawa kepada kemurungan, gangguan panik, gangguan kebimbangan, dan penderaan berisiko mengalami PTSD berbanding dengan mereka yang tidak mengalami peristiwa traumatik. Selain itu, mereka yang mengalami peristiwa traumatik juga berisiko mengalami gejala somatik dan penyakit fizikal, seperti hipertensi, asma, dan sindrom kesakitan kronik.

1.12.2.2 Definisi Operasional

Dalam kajian ini, trauma merujuk kepada peristiwa traumatik iaitu buli yang menyebabkan responden iaitu murid mangsa buli mengalami simptom seperti kemurungan, kebimbangan dan stres. Responden kajian ini ada yang berulang kali dibuli dan diganggu oleh kejadian buli yang tidak menyenangkan seperti dipulau, dibuli secara fizikal, secara verbal dan secara hubungan. Hal ini mengganggu pemikiran responden sehingga memerlukan intervensi untuk dibantu.

1.12.3 Kemurungan

1.12.3.1 Definisi Konsep

Kemurungan (*Depression*) adalah gangguan perasaan seseorang yang menyebabkan seseorang itu merasa sedih yang berpanjangan, keletihan dan ketiadaan tenaga, cepat marah serta hilang minat dalam aktiviti harian. Ia berlarutan sekurang-kurangnya dalam masa dua minggu (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -*





DSM-5, 2013). Menurut kriteria yang digariskan dalam DSM-5, individu yang menghadapi kemurungan biasanya akan mempunyai beberapa simptom seperti hilang minat pada sesuatu perkara yang disukai sebelum ini, mood yang tertekan, perubahan pola makan dan tidur ketara, rasa letih atau tidak bersemangat, rasa diri tidak berharga, kesukaran menfokus, pemikiran berulang-ulang terhadap kematian, dan pemikiran untuk membunuh diri.

Menurut Noser dan Ziegler-Hill (2014) pula, kemurungan adalah penyakit mental yang melibatkan fizikal, perasaan dan fikiran serta cirinya bukan bersifat sementara dan bukan juga sesuatu yang boleh ditamatkan atau dihilangkan dengan keinginan semata-mata. Menurut mereka lagi, individu yang mengalami kemurungan tenat tidak dapat dipulihkan dengan sendiri kecuali mendapat bantuan daripada psikiatris. Sekiranya kemurungan tidak dapat dirawat dengan baik, ia boleh berpanjangan sehingga ke beberapa bulan atau tahun dan boleh menyebabkan penyakit fizikal serta boleh membawa kepada tingah laku bunuh diri.

Pertubuhan Kesihatan Sedunia (WHO, 2012) telah mengenal pasti kemurungan sebagai penyakit keempat terbesar yang menyumbang kepada masalah kesihatan manusia di seluruh dunia. Menurut Patten (1991), kemurungan merujuk kepada perasaan sedih yang berpanjangan dan pada masa yang sama mempunyai perasaan rendah diri dan kerap menyalahkan diri sendiri. Perasaan ini dialami individu pada sepanjang hari dan boleh berlarutan untuk tempoh masa yang panjang. Perasaan sedih ini berbeza dengan perasaan sedih biasa yang dialami disebabkan sesuatu peristiwa yang kemudian perasaan sedih tersebut akan hilang setelah beberapa hari (Beck, 1979).





Ramai individu yang mengalami gejala kemurungan dan tidak mampu untuk memahami situasi yang berlaku pada diri mereka yang melibatkan fizikal dan emosi (Ensel & Lin, 1991). Perubahan yang berlaku terhadap mereka melibatkan fizikal dan emosi. Secara umumnya, simptom kemurungan ialah muram, resah, rasa rendah diri, keliru, kehilangan tenaga, perubahan selera makan, perubahan tidur, dan perasaan ingin membunuh diri (Blazer, 2003). Secara fizikal individu yang mengalami kemurungan boleh dilihat melalui perwatakan seperti tidak boleh berjenaka, sering berputus asa, sering menyalahkan diri sendiri, mudah menangis, tidak bersemangat, tidak berminat melakukan aktiviti sosial yang biasa dilakukan, mengasingkan diri, bercakap dan berjalan dengan perlahan seolah keletihan, dan sering bercakap tentang kematian (MacHale, 2002).



Individu yang murung cenderung mengasingkan diri dari berjumpa orang lain termasuk keluarga dan saudara sendiri (Barg et al., 2006). Individu juga menjadi mudah marah atau sering marah hampir sepanjang hari dan berlarutan sekurang-kurangnya dua minggu (Riley et al., 1989). Selain itu, individu yang mempunyai keyakinan diri yang rendah juga boleh mengakibatkan kemurungan (Leary et al., 1995). Hal ini disebabkan individu menyalahkan diri sendiri atas setiap perkara yang berlaku. Individu yang menunjukkan simptom kemurungan semasa remaja mempunyai kecenderungan untuk menjadi individu dewasa yang murung (Pine et al., 1999).

Individu yang kemurungan turut mengalami kecelaruan tidur sama ada kurang tidur, tidak tidur langsung atau terlebih tidur (Vandeputte & Weerd, 2003). Kemurungan juga menyebabkan individu turut mengalami kecelaruan pemakanan





yang mengakibatkan penurunan atau kenaikan berat badan yang drastik (Casper, 1998). Dari segi sendiri, individu mempunyai perasaan bersalah yang keterlaluan atau merasakan diri sebagai tidak berguna (Brown & Barlow, 2011).

1.12.3.2 Definisi Operasional

Dalam kajian ini kemurungan merujuk kepada ciri-ciri kemurungan yang ada pada responden yang dipilih berdasarkan skor ujian DASS 42. Kemurungan dalam kajian ini adalah gejala yang wujud pada murid mangsa buli yang mengalami perasaan sedih yang tinggi, kesepian, kesunyian dan jiwa kosong serta kerap memikirkan peristiwa atau kejadian buli yang dialami oleh mangsa. Selain itu, kemurungan terhadap mangsa buli ini juga akan menyebabkan mangsa buli mengalami masalah tidur, cepat letih, lesu, tidak bermaya, tidak ingin bersosial dan dari segi pencapaian akademik pula akan menyebabkan penurunan. Dalam konteks kajian ini kemurungan diukur berdasarkan soal selidik DASS 42 dan murid yang mendapat skor sederhana diambil sebagai responden dalam kajian ini. Pengkaji memilih murid yang mendapat skor sederhana bagi kemurungan, kebimbangan dan stres kerana murid yang mendapat skor sederhana dapat berkongsi dengan baik antara satu sama lain, dan sebagai strategi saringan (*screening*) peringkat awal. Hal ini selaras dengan kaunseling kelompok yang memerlukan klien berkongsi di dalam sesi kaunseling kelompok. Jika pengkaji memilih skor yang tinggi adalah tidak sesuai kerana murid yang berada pada skor kemurungan yang tinggi memerlukan rawatan yang khusus.





1.12.4 Kebimbangan

1.12.4.1 Definisi Konsep

Menurut DSM-5 (2013), kebimbangan (*anxiety*) adalah satu gangguan ketakutan dan kebimbangan yang berlebihan. Ketakutan dan kebimbangan adalah dua perkara yang berbeza. Ketakutan merujuk kepada satu tindak balas emosi terhadap satu ancaman yang sebenar dan ketakutan lebih menjurus kepada penilaian kognitif seseorang terhadap rangsangan ancaman yang diterima. Manakala, kebimbangan merupakan satu perasaan terhadap ancaman pada masa hadapan dan melibatkan emosi yang muncul hasil dari reaksi kepada penilaian yang dibuat terhadap masa hadapan.



Secara amnya, kebimbangan adalah perasaan gelisah atau gugup terhadap sesuatu hasil yang tidak pasti. Simptom umum kebimbangan termasuklah perasaan panik, ketakutan, kegelisahan, masalah tidur, masalah terhadap tangan atau kaki yang selalu sejuk atau berpeluh, sesak nafas, hati berdebar-debar, ketidakupayaan untuk kembali tenang, mulut menjadi kering, hilang rasa, loya, ketegangan otot dan pening (Mogan, 2015).

Selain itu, Barlow et al., (2003) mendefinisikan kebimbangan sebagai keadaan yang terdiri daripada dua emosi iaitu bimbang dan takut (*anxiety and fear*). Kebimbangan merujuk kepada keadaan emosi seseorang yang berorientasikan masa hadapan yang dipengaruhi oleh emosi negatif, mempamerkan tanda-tanda ketegangan pada badan dan perasaan bimbang yang kronik. Manakala, takut merujuk pula kepada tindak balas segera apabila berhadapan dengan bahaya. Kecenderungan yang kuat





untuk bertindak melarikan diri (*strong escape action tendencies*) dari keadaan yang dihadapi boleh membawa kepada kefungsi yang maladaptif kepada individu.

Lazimnya, kebimbangan boleh mendatangkan kesan yang buruk kepada individu. Individu yang mengalami tahap kemurungan yang tinggi boleh menjejaskan dirinya sehingga membawa kepada kemurungan, sedih yang berpanjangan, gagal meneruskan kehidupan, letih dan lesu, rendah diri, tidak percaya kepada kebolehan diri (Noyes & Hoehn-Saric, 1998).

Menurut Corey (2000), kebimbangan diistilah sebagai suatu situasi yang negatif yang dialami oleh individu yang disertai dengan beberapa perasaan negatif yang lain seperti gentar, runsing, takut, seram, cemas, risau, bimbang, khuatir, dan disertai dengan perasaan negatif yang lain. Ia biasanya berlaku tanpa sebab-musabab yang jelas dan individu tersebut sendiri sukar memahaminya. Perasaan gementar, tegang, menggigil, rasa takut yang amat sangat, serangan panik, dan takut sesuatu yang buruk bakal berlaku. Simptom kebimbangan adalah mood dan perasaan yang sentiasa dalam keadaan cemas, ketakutan, keletihan dan penolakkan pada sesuatu perkara (Beck & Emery, 1985).

1.12.4.2 Definisi Operasional

Dalam kajian ini kebimbangan merujuk kepada ciri-ciri kebimbangan yang ada pada responden yang dipilih berdasarkan skor ujian DASS 42. Responden memperoleh skor sederhana dalam ujian DASS 42. Kebimbangan dalam kajian ini adalah gejala





yang dialami oleh responden kajian seperti gentar, runsing, takut ke sekolah, seram, cemas, risau, bimbang, khuatir, dan disertai dengan perasaan negatif yang lain.

1.12.5 Stres

1.12.5.1 Definisi Konsep

Menurut Hans (1974), stres ialah tindak balas badan yang tidak spesifik oleh tubuh terhadap apa-apa rangsangan atau permintaan. Selye (1907-1982), menyatakan bahawa stres adalah dianggap sebagai ‘tidak khusus’ kerana tindak balas stres boleh memberi pelbagai jenis stres yang lain dan oleh yang demikian, beliau memfokuskan stres kepada aspek stres dalaman sahaja. Pernyataan ini menjelaskan bahawa stres adalah tindak balas terhadap keadaan yang mengancam kemampuan seseorang untuk menanganinya.

Menurut Selye (1976), perkataan stres sebenarnya berasal daripada perkataan *eustres* yang membawa maksud dapat menyesuaikan diri atau stres yang membina. Ia juga berasal daripada perkataan *distres* yang bermaksud tidak dapat menyesuaikan diri ataupun dapat merosakkan diri. Oleh itu, stres adalah situasi yang ada kalanya boleh mengganggu ataupun membina kehidupan seharian.

Menurut Hanani dan Piskin (2020), stres merangkumi tekanan, beban, konflik, keletihan, ketegangan, panik, perasaan gemuruh, kebimbangan, kemurungan dan hilang daya upaya. Gejala stres ini terhasil apabila seseorang itu berasa yang





keperluan melebihi daripada keupayaan atau sumber yang ada pada dirinya sehingga menyebabkan gangguan pemikiran. Portal MyHEALTH Kementerian Kesihatan Malaysia, merujuk stres kepada kategori masalah kesihatan mental. Stres boleh berlaku kepada sesiapa sahaja termasuk kanak-kanak, remaja, golongan dewasa dan warga emas. Bagi kanak-kanak dan remaja, tindak balas yang negatif terhadap stres akan berlaku apabila seseorang itu mengalami stres yang keterlaluan dan sudah tidak mampu untuk berhadapan dengan stres (Nurashikin, 2011). Stres daripada sudut bahasa pula membawa maksud tekanan fitrah kehidupan (Mohd Taib & Hamdan, 2006).

1.12.5.2 Definisi Operasional



Dalam kajian ini stres merujuk kepada ciri-ciri stres yang ada pada responden yang dipilih berdasarkan skor ujian DASS 42. Responden memperoleh skor sederhana dalam ujian DASS 42. Stres dalam kajian ini adalah gejala yang dialami oleh responden kajian seperti ketegangan, panik dan perasaan gemuruh. Stres ini terjadi apabila mangsa sering dibuli sehingga menyebabkan mangsa buli mengalami tekanan dan mempunyai idea untuk bunuh diri. Dalam kajian ini stres yang dialami oleh mangsa buli perlu di rawat agar perkembangan diri dan kehidupan mangsa buli bertambah baik.



1.12.6 Mangsa Buli

1.12.6.1 Definisi Konsep

Mangsa buli didefinisikan sebagai individu yang lemah dan menjadi sasaran kepada pembuli untuk melakukan tingkah laku buli. Mangsa buli tidak dapat mempertahankan diri dan membiarkan pelakuan buli berlaku ke atas dirinya (Azizi et al., 2007). Selain itu, perlakuan buli merupakan satu bentuk interaksi sosial di mana individu yang lebih dominan (pembuli) menunjukkan tingkah laku agresif yang cenderung menyebabkan ketidakselesaan kepada individu yang kurang dominan atau lemah iaitu mangsa buli (Azizi et al., 2007). Isu ketidakmampuan mangsa buli adalah berkait rapat dengan ketidakupayaan atau kekurangan mereka dari aspek fizikal dan psikologi, penyisihan sosial, keseorangan, rasa tidak selamat dan penghargaan sendiri yang lemah. Oleh yang demikian, jika pembuli dikategorikan sebagai individu yang berkuasa maka mangsa buli pula dikategorikan sebagai individu yang tidak berdaya atau tidak berkuasa (Azizi et al., 2007).

Menurut Salmivalli (2001), mangsa adalah individu yang menjadi sasaran terhadap tingkah laku yang agresif. Olweus (1995), pula mendapati mangsa buli selalunya akan mengalami keresahan dan sering berasa tidak selamat. Selain itu, mangsa yang dibuli menghadapi masalah harga diri yang rendah, bersikap pasif dan mempunyai tahap fizikal lemah berbanding pembuli.



Menurut Mahadi (2007) pula, mangsa buli mempunyai ciri-ciri seperti kekuatan fizikal yang lemah, bertubuh kecil, mungkin mempunyai kecacatan, memiliki wajah yang hodoh, tahap umur yang lebih muda, pendiam, disayangi oleh guru, bersikap pasif, tahap sendiri yang rendah dan ciri-ciri tersebut yang mendorong pembuli membuli. Selain itu, menurut Undheim et al., (2016), mangsa buli akan mengalami tekanan emosi atau masalah emosi, daya tahan yang rendah dalam menghadapi tekanan dan keadaan ini menyebabkan mangsa buli mudah mengalami kemurungan dan juga tekanan. Noran Fauziah (2004), menyatakan bahawa mangsa buli menjadi seorang yang beremosi sehingga menjejaskan hubungan dengan orang lain dan keluarga.



1.12.6.2 Definisi Operasional

Murid mangsa buli dalam kajian ini adalah murid yang dikenalpasti mempunyai simptom trauma akibat dibuli berdasarkan skor kemurungan, kebimbangan dan stres yang sederhana dalam soal selidik DASS 42. Responden yang terlibat terdiri daripada murid tingkatan dua yang berumur 14 tahun dari tiga buah sekolah di negeri Selangor. Skor DASS 42 sederhana dipilih kerana intervensi melalui kaunseling kelompok memerlukan ahli kelompok mempunyai tahap kecekapan kognitif yang diperlukan untuk perkongsian antara satu ahli dengan ahli kelompok yang lain. Skor DASS 42 sederhana yang menunjukkan responden mempunyai tahap kesihatan mental yang sederhana dari segi kefungsiannya.





Pengkaji tidak memilih mangsa buli untuk skor yang rendah kerana risiko untuk berhadapan dengan kemurungan, kebimbangan dan stres adalah kecil dan tidak berpanjangan. Oleh itu, mangsa boleh dibantu dengan bimbingan atau psikopendidikan. Pengkaji tidak pula, memilih mangsa yang mendapat skor tinggi kerana intervensi KKTKT-BT yang dijalankan lebih berbentuk pencegahan awal, sedangkan mangsa yang mendapat skor tinggi memerlukan intervensi yang khusus seperti kaunseling individu, kaunseling trauma atau krisis.

Murid mangsa buli yang terlibat dalam konteks kajian ini adalah mereka yang pernah dibuli seperti buli siber, buli hubungan dan buli verbal. Mereka ini menunjukkan sikap suka menyendiri dan tidak mempunyai rakan untuk melindungi atau berkongsi masalah kerana mereka selalu disisihkan oleh rakan sebaya dan oleh itu, mengambil keputusan untuk menyendiri. Murid yang sering menjadi mangsa buli juga lazimnya menonjolkan ciri-ciri tingkah laku dalaman seperti bersikap pasif, sensitif, pendiam, lemah dan tidak bertindak balas sekiranya diserang atau diganggu oleh pembuli.

1.13 Rumusan

Perbincangan bab pengenalan merangkumi pernyataan tentang latar belakang kajian, pernyataan masalah kajian, objektif kajian, persoalan kajian, kepentingan kajian, batasan kajian, kerangka konseptual kajian dan definisi operasional. Kajian ini dijalankan bertujuan mengenal pasti kesan modul KKTKT-BT terhadap kemurungan, kebimbangan dan stres dalam kalangan murid mangsa buli. Penghasilan kajian ini





memberi sumbangan kepada amalan bimbingan, dan kaunseling, teoritikal serta masyarakat. Kewujudan masyarakat yang mempunyai kesedaran emosi yang baik mampu melahirkan bangsa, agama dan negara yang maju dan progresif.

