

**KESAN TERAPI BERMAIN PASIR
DAN MELUKIS TERHADAP KERISAUAN DAN ESTIM
KENDIRI MURID**

RUSLI BIN BUSU

UNIVERSITI SAINS MALAYSIA

2011

**KESAN TERAPI BERMAIN PASIR
DAN MELUKIS TERHADAP KERISAUAN DAN ESTIM
KENDIRI MURID**

oleh

RUSLI BIN BUSU

**Tesis yang diserahkan
untuk memenuhi keperluan bagi ijazah
Doktor Falsafah**

Januari 2011

PENGHARGAAN

Bersyukur kehadiran Allah S.W.T kerana dengan limpah serta keizinanNya membolehkan saya menyiapkan tesis ini bagi memenuhi keperluan ijazah Doktor Falsafah (Ph.D).

Setinggi penghargaan dan ucapan terima kasih ditujukan khas buat penyelia utama saya iaitu Dr Haji Mohamad Hashim Bin Othman, penyelia bersama saya iaitu Professor Madya Dr. Hairul Nizam Bin Ismail di atas segala tunjuk ajar, bimbingan dan teguran sepanjang penulisan tesis sehingga sempurna. Penghargaan dan ucapan terima kasih juga ditujukan buat bekas penyelia utama saya iaitu Professor Dr. See Ching Mey turut memberi bimbingan dan tunjuk ajar dalam penyelidikan pada peringkat permulaan.

Penghargaan dan ucapan terima kasih turut ditujukan kepada Dekan Pusat Pengajian Ilmu Pendidikan, Professor Dr. Abdul Rashid bin Mohamed, Timbalan Dekan dan semua pensyarah daripada Pusat Pengajian Ilmu Pendidikan yang telah memberi sokongan dan dorongan serta ruang kepada saya bagi menyiapkan penulisan tesis ini.

Terima kasih juga saya ingin ucapkan kepada dua orang rakan saya dari Institut Perguruan Ipoh Baru, Dr. Kartini dan Dr. Meor Ahmad Termizi yang membantu saya memecahkan kebuntuan dalam penganalisan data dan pentafsiran statistik. Saya mengambil kesempatan juga mengucapkan penghargaan kepada Kementerian Pelajaran Malaysia, Jabatan Pelajaran Negeri Perak dan Pejabat Pelajaran Daerah yang telah memberi kebenaran melaksanakan kajian ini. Kajian ini melibatkan pihak sekolah, guru besar, guru bimbingan dan murid. Segala kerjasama dan sokongan menjayakan kajian ini amat dihargai. Ucapan terima kasih kepada pengetua dan rakan-rakan guru yang banyak membantu serta memahami situasi saya untuk menyiapkan penulisan tesis ini.

Akhir sekali setinggi penghargaan dan jutaan terima kasih tidak terhingga kepada isteri tercinta, Nor Zalina Bt Zalazilah banyak membantu dalam penulisan tesis ini. Anak-anak tersayang Arina Rus Zahira, Nadiyah Rus Liyana, Muhammad Nur Afiq, Amalia Rus Qistina, Muhammad Ikmal Nur Hakim dan Anis Zafirah Rus Humaira atas sokongan, dorongan, pengorbanan dan membantu secara tidak langsung membakar semangat saya untuk menyiapkan tesis dan akhirnya mendapat Doktor Falsafah. Akhirnya saya ingin melihat pencapaian saya akan dijejaki oleh mereka.

Sekian,

Rusli Bin Busu
2011

	Ujian Pos4 Bagi Skala Kerisauan Dalam Kelompok	32
1.8.1(b)	Persoalan Kajian Antara Skor Ujian Skala Kerisauan Antara Kelompok Bermain Pasir, Kelompok Terapi Melukis Dan Kelompok Kawalan	32
1.8.1(c)	Persoalan Kajian Antara Skor Ujian Pra, Ujian Pos1, Ujian Pos2, Ujian Pos3, Ujian Pos4 Skala Estim Kendiri Dalam Kelompok	33
1.8.1(d)	Persoalan Kajian Antara Skor Ujian Skala Estim Kendiri Antara Kelompok Bermain Pasir, Kelompok Terapi Melukis Dan Kelompok Kawalan	34
1.8.2	Persoalan Kajian Kualitatif	34
1.8.2(a)	Guru Bimbingan Dan Kaunseling (GBK)	34
1.8.2(b)	Persoalan Kajian Kelompok Bermain Pasir (KBP) Dan Kelompok Terapi Melukis (TM)	36
1.9	Tujuan Kajian	38
1.9.1	Tujuan Kajian Kuantitatif	38
1.9.1(a)	Tujuan Kajian Antara Skor Ujian Pra, Ujian	

	Pos1, Ujian Pos2, Ujian Pos3, Ujian Pos4 Bagi Skala Kerisauan Dalam Kelompok	38
1.9.1(b)	Tujuan Kajian Antara Skor Ujian Skala Kerisauan Antara Kelompok Bermain Pasir, Kelompok Terapi Melukis Dan Kelompok Kawalan	38
1.9.1(c)	Tujuan Kajian Antara Skor Ujian Pra, Ujian Pos1, Ujian Pos2, Ujian Pos3, Ujian Pos4 Skala Estim Kendiri Dalam Kelompok	39
1.9.1(d)	Tujuan Kajian Antara Skor Ujian Skala Estim Kendiri, Antara Kelompok Bermain Pasir, Kelompok Terapi Melukis Dan Kelompok Kawalan	40
1.9.2	Tujuan Kajian Kualitatif	41
1.9.2(a)	Guru Bimbingan Dan Kaunseling (GBK)	41
1.9.2(b)	Kelompok Bermain Pasir (KBP) Dan Kelompok Terapi Melukis (TM)	42
1.10	Hipotesis Kajian	44
1.10.1(a)	Hipotesis Kajian Antara Skor Ujian Pra, Ujian Pos1, Ujian Pos2, Ujian Pos3, Ujian Pos4 Bagi Skala Kerisauan Dalam	

	Kelompok	44
1.10.1(b)	Hipotesis Kajian Antara Skor Ujian Skala Kerisauan Antara Kelompok Bermain Pasir, Kelompok Terapi Melukis Dan Kelompok Kawalan	45
1.10.1(c)	Hipotesis Kajian Antara Skor Ujian Pra, Ujian Pos1, Ujian Pos2, Ujian Pos3, Ujian Pos4 Skala Estim Kendiri Dalam Kelompok	46
1.10.1(d)	Hipotesis Kajian Antara Skor Ujian Skala Kerisauan Antara Kelompok Bermain Pasir, Kelompok Terapi Melukis Dan Kelompok Kawalan	46
1.11	Kepentingan Kajian	47
1.12	Batasan Kajian	49
1.13	Definisi Konsep	51
1.13.1	Guru Bimbingan Dan Kaunseling Sepenuh Masa	52
1.13.2	Klien	52
1.13.3	Teknik Terapi Bermain	53
1.13.4	Teknik Bermain Pasir	53
1.13.5	Teknik Melukis	54
1.13.6	Hubungan Terapeutik	54

1.13.7	Proses Kaunseling	55
1.13.8	Kerisauan	55
1.13.9	Estim Kendiri	55
1.14	Kerangka Konsep Kajian	56
1.15	Kerangka Teoritikal Kajian	58

BAB 2: TINJAUAN LITERATUR

2.0	Pengenalan	62
2.1	Terapi Bermain	66
2.2	Sejarah Terapi Bermain	70
2.3	Gabungan Teori-Teori Terapi Bermain Dan Kaunseling	74
2.3.1	Terapi Bermain Pemusatan Kanak-Kanak	74
2.3.2	Terapi Bermain Analitikal Jungian	77
2.3.3	Terapi Bermain Tingkah Laku Kognitif	78
2.3.4	Terapi Bermain Adlerian	79
2.3.5	Terapi Bermain Psikoanalitik	79
2.4	Pendekatan-Pendekatan Yang Digunakan Dalam Terapi Bermain	80
2.4.1	Terapi Bermain Dyad	81
2.4.2	Terapi Bermain Kumpulan	81
2.4.3	Terapi Bermain Filial	81
2.4.4	Terapi Bermain Keluarga	82
2.5	Proses Terapi Bermain	82
2.5.1	Proses Terapi Bermain Tidak Direktif	83

2.5.2	Proses Terapi Bermain Direktif	84
2.6	Tahap-Tahap Proses Dalam Terapi Bermain	85
2.6.1	Tahap Pertama Membina Hubungan Dan Menilai	86
2.6.2	Tahap Kedua Penerokaan	86
2.6.3	Tahap Ketiga Tema Perkembangan Dan Kesedaran	86
2.6.4	Tahap Keempat Bebas Dan Autonomi	87
2.6.5	Tahap Kelima Penamatan	87
2.7	Peranan Kaunselor Terapi Bermain	87
2.7.1	Aspek-Aspek Umum Peranan Kaunselor Terapi Bermain	88
2.7.2	Peranan Kaunselor Memilih Teori Secara Khusus	89
2.7.3	Khusus Kepada Terapi Bermain Pemusatan Kanak-Kanak	89
2.7.4	Khusus Kepada Terapi Bermain Analitikal Jungian	90
2.7.5	Khusus Kepada Terapi Bermain Adlerian	90
2.7.6	Khusus Kepada Terapi Bermain Tingkah Laku Kognitif	91
2.8	Kemahiran Kemahiran Asas Dalam Terapi Bermain	92
2.8.1	Kemahiran Asas Terapi Bermain Bukan Lisan	92
2.8.2	Kemahiran Asas Terapi Bermain Lisan	93
	2.8.2(a) Penyampaian	93
	2.8.2(b) Kemahiran Mengesan Tingkah Laku	93

2.8.2(c)	Kemahiran Menyatakan Semula Isi Kandungan	94
2.8.2(d)	Kemahiran Membuat Refleksi Perasaan	94
2.8.2(e)	Menetapkan Limitasi	94
2.8.2(f)	Mengembalikan Tanggungjawab Dan Membuat Keputusan	95
2.8.2(g)	Kreativiti Dan Kespontanan	95
2.8.2(h)	Memberi Penghargaan Dan Galakan	95
2.8.2(i)	Membina Perhubungan	95
2.9	Teknik-Teknik Asas Terapi Bermain	96
2.10	Teknik Melukis Berdasarkan Pemahaman Teori	98
2.11	Teknik Bermain Pasir Berdasarkan Pemahaman Teori	99
2.12	Kaunseling Sekolah Kebangsaan	99
2.13	Program Kaunseling Yang Menyeluruh Di Sekolah Kebangsaan	101
2.13.1	Kurikulum Bimbingan	101
2.13.2	Perkhidmatan Responsif	102
2.13.3	Perancangan Individu	102
2.13.4	Sistem Sokongan	103
2.14	Keberkesanan Terapi Bermain Di Sekolah Kebangsaan	103
2.15	Rasional Penggunaan Terapi Bermain Di Sekolah Kebangsaan	105
2.16	Pandangan Kanak-Kanak Terhadap Keberkesanan	

Terapi Bermain	106
2.17 Rumusan	109
BAB 3: METODOLOGI KAJIAN	
3.0 Pendahuluan	112
3.1 Reka Bentuk Kajian	112
3.1.1 Pendekatan Kuantitatif	112
3.1.2 Pendekatan Kualitatif	113
3.1.3 Gabungan Pendekatan Kajian Kuantitatif Dan Kualitatif	116
3.2 Subjek Kajian	119
3.2.1 Lokasi Subjek Kajian	120
3.2.2 Kriteria Pemilihan Subjek Kajian	120
3.2.3 Prosedur Pemilihan Subjek Kajian	120
3.3 Variabel	124
3.4 Alat Pengukuran	124
3.4.1 The State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC)	124
3.4.1(a) Kebolehpercayaan Instrumen STAIC (A -State)	125
3.4.1(b) Prosedur Pengiraan Skor STAIC (A - State)	126
3.4.2 Inventori Estim Kendiri	128

3.4.2(a) Kebolehpercayaan Estim Kendiri	
Coopersmith	130
3.5 Pembinaan Modul	131
3.6 Prosedur Melaksanakan Kajian	132
3.6.1 Modul Sesi Terapi Bermain	134
3.7 Pengawalan Variabel Ekstranus	135
3.7.1 Mengawal Interaksi Di Antara Subjek Kajian	136
3.7.2 Waktu Perjumpaan	137
3.7.3 Pemilihan Dan Peranan Guru Bimbingan Dan Kaunseling (GBK)	137
3.7.4 Peranan Pengkaji	138
3.7.5 Fizikal Tempat Kajian	138
3.7.6 Pengedaran Alat Pengukuran	138
3.7.7 Pengecualian Daripada Mengikuti Program Bimbingan Dan Kaunseling Di Sekolah	139
3.7.8 Kerahsiaan Mengenai Kajian	140
3.8 Analisis Data	140
3.8.1 Analisis Data Kuantitatif	140
3.8.2 Analisis Data Kualitatif	141
3.9 Rumusan	144
BAB 4: DAPATAN KAJIAN	
4.0 Pengenalan	145

4.1	Hasil Analisis Kuantitatif	145
4.2	Demografi Subjek Kajian	146
4.3	Hasil Analisis Kuantitatif	147
4.3.1	Analisis Bagi Skor Kerisauan Dalam Kelompok Bermain Pasir	147
4.3.2	Analisis Bagi Skor Kerisauan Dalam Kelompok Melukis	149
4.3.3	Analisis Bagi Skor Kerisauan Dalam Kelompok Kawalan	150
4.3.4	Analisis Bagi Ujian Pra Skor Kerisauan Antara Kelompok Bermain Pasir, Kelompok Terapi Melukis Dan Kelompok Kawalan	152
4.3.5	Analisis Bagi Ujian Pos1 Skor Kerisauan Antara Kelompok bermain Pasir, Kelompok Terapi Melukis Dan Kelompok Kawalan	153
4.3.6	Analisis Bagi Ujian Pos2 Skor Kerisauan Antara Kelompok Bermain Pasir, Kelompok Terapi Melukis Dan Kelompok Kawalan	155
4.3.7	Analisis Bagi Ujian Pos3 Skor Kerisauan Antara Kelompok Bermain Pasir, Kelompok Terapi Melukis Dan Kelompok Kawalan	157
4.3.8	Analisis Bagi Ujian Pos4 Skor Kerisauan Antara Kelompok Bermain Pasir, Kelompok Terapi Melukis	

	Dan Kelompok Kawalan	158
4.3.9	Analisis Bagi Skor Estim Kendiri Dalam Kelompok Bermain Pasir	160
4.3.10	Analisis Bagi Skor Estim Kendiri Dalam Kelompok Melukis.	162
4.3.11	Analisis Bagi Skor Estim Kendiri Dalam Kelompok Kawalan	163
4.3.12	Analisis Bagi Ujian Pra Skor Estim Kendiri Antara Kelompok Bermain Pasir, Kelompok Terapi Melukis Dan Kelompok Kawalan	165
4.3.13	Analisis Bagi Ujian Pos1 Skor Estim Kendiri Antara Kelompok Bermain Pasir, Kelompok Terapi Melukis Dan Kelompok Kawalan	166
4.3.14	Analisis Bagi Ujian Pos2 Skor Estim Kendiri Antara Kelompok Bermain Pasir, Kelompok Terapi Melukis Dan Kelompok Kawalan	168
4.3.15	Analisis Bagi Ujian Pos3 Skor Estim Kendiri Antara Kelompok Bermain Pasir, Kelompok Terapi Melukis Dan Kelompok Kawalan	170
4.3.16	Analisis Bagi Ujian Pos4 Skor Estim Kendiri Antara Kelompok Bermain Pasir, Kelompok Terapi Melukis Dan Kelompok Kawalan	171
4.4	Hasil Analisis Kualitatif	174

4.4.1(a)	Guru Bimbingan Dan Kaunseling (GBK)	175
4.4.1(b)	Subjek	190
4.4.1(c)	Kelompok Kawalan	213
4.5	Rumusan	215

BAB 5: PERBINCANGAN DAN RUMUSAN

5.0	Pengenalan	217
5.1	Perbincangan Hasil Dapatan Kajian	218
5.2	Faktor Penyebab Kerisauan Dan Hubungannya Dengan Estim Kendiri Subjek	220
5.3	Kualiti GBK Mengendalikan Teknik Bermain Pasir Dan Teknik Melukis	221
5.4	Kesan Teknik Bermain Pasir Dan Teknik Melukis Mengurangkan Kerisauan Dan Meningkatkan Estim Kendiri Subjek	225
5.5	Kesan Teknik Bermain Pasir Terhadap Kerisauan Dan Estim Kendiri Subjek	227
5.6	Kesan Teknik Melukis Terhadap Kerisauan Dan Estim Kendiri Subjek	231
5.7	Kesan Hubungan Terapeutik Dalam Terapi Bermain	234
5.8	Kesan Ekspresi Emosi Dalam Terapi Bermain	237
5.9	Kesan Permainan Kreatif Dalam Terapi Bermain	238
5.10	Sumbangan Kajian Terhadap Perkembangan Ilmu	240
5.11	Keberkesanan Sesi Kaunseling Terapi Bermain	240

5.12	Implikasi Kajian	242
5.13	Cadangan Penyelidikan Lanjutan	245
5.14	Kesimpulan	247
	BIBLIOGRAFI	249
	LAMPIRAN	

SENARAI JADUAL

	HALAMAN
Jadual 3.1	Pembahagian Item Kerisauan Dan Tidak Kerisauan Bagi Inventori STAIC (A-State) 127
Jadual 3.2	Kunci Skor STAIC (A-State) 127
Jadual 3.3	Jumlah Skor (Scoring Weight) STAIC FORM C 1 128
Jadual 3.4	Pembahagian Item Positif Dan Negatif Bagi Inventori Penghargaan Kendiri Coopersmith 129
Jadual 3.5	Item-Item Dalam Sub Skala Penghargaan Kendiri Coopersmith 130
Jadual 4.1	Agihan Subjek Dalam Kelompok Rawatan Mengikut Jantina 146
Jadual 4.2	Keputusan Ujian Friedman Pengukuran Berulangan Skor Kerisauan Dalam Kelompok Bermain Pasir. 147
Jadual 4.3	Keputusan Ujian Perbandingan Pelbagai (<i>multiple comparisons</i>) Ujian Wilcoxon T Bagi Skor Kerisauan Dalam Kelompok Bermain Pasir 148
Jadual 4.4	Keputusan Ujian Friedman Pengukuran Berulangan Skor Kerisauan Dalam Kelompok Melukis 149
Jadual 4.5	Keputusan Ujian Perbandingan Pelbagai (<i>multiple comparisons</i>) Ujian Wilcoxon T Bagi Skor Kerisauan Dalam Kelompok Melukis 149

Jadual 4.6	Keputusan Ujian Friedman Pengukuran Berulangan Skor Kerisauan Dalam Kelompok Kawalan	150
Jadual 4.7	Keputusan Ujian Perbandingan Pelbagai (<i>multiple comparisons</i>) Ujian Wilcoxon T Bagi Skor Kerisauan Dalam Kelompok Melukis	151
Jadual 4.8	Keputusan Ujian Friedman Pengukuran Berulangan Skor Kerisauan Antara Kelompok Bermain Pasir, Kelompok Terapi Melukis Dan Kelompok Kawalan	152
Jadual 4.9	Keputusan Ujian Perbandingan Pelbagai (<i>multiple comparisons</i>) Ujian Wilcoxon T Bagi Ujian Pra Skor Kerisauan Antara Kelompok Bermain Pasir, Kelompok Terapi Melukis Dan Kelompok Kawalan	153
Jadual 4.10	Keputusan Ujian Friedman Pengukuran Berulangan Skor Ujian Pos1 Bagi Skor Kerisauan Antara Kelompok Bermain Pasir, Kelompok Terapi Melukis Dan Kelompok Kawalan	154
Jadual 4.11	Keputusan Ujian Perbandingan Pelbagai (<i>multiple comparisons</i>) Ujian Wilcoxon T Bagi Ujian Pos1 Skor Kerisauan Antara Kelompok Bermain Pasir, Kelompok Terapi Melukis Dan Kelompok Kawalan	154
Jadual 4.12	Keputusan Ujian Friedman Pengukuran Berulangan Skor Ujian Pos2 Bagi Skor Kerisauan Antara Kelompok Bermain Pasir, Kelompok Terapi Melukis Dan	

	Kelompok Kawalan	155
Jadual 4.13	Keputusan Ujian Perbandingan Pelbagai (<i>multiple comparisons</i>) Ujian Wilcoxon T Bagi Ujian Pos2 Skor Kerisauan Antara Kelompok Bermain Pasir, Kelompok Terapi Melukis Dan Kelompok Kawalan	156
Jadual 4.14	Keputusan Ujian Friedman Pengukuran Berulangan Skor Ujian Pos3 Bagi Skor Kerisauan Antara Kelompok Bermain Pasir, Kelompok Terapi Melukis Dan Kelompok Kawalan	157
Jadual 4.15	Keputusan Ujian Perbandingan Pelbagai (<i>multiple comparisons</i>) Ujian Wilcoxon T Bagi Ujian Pos3 Skor Kerisauan Antara Kelompok Bermain Pasir, Kelompok Terapi Melukis Dan Kelompok Kawalan	158
Jadual 4.16	Keputusan Ujian Friedman Pengukuran Berulangan Skor Ujian Pos3 Bagi Skor Kerisauan Antara Kelompok Bermain Pasir, Kelompok Terapi Melukis Dan Kelompok Kawalan	159
Jadual 4.17	Keputusan Ujian Perbandingan Pelbagai (<i>multiple comparisons</i>) Ujian Wilcoxon T Bagi Ujian Pos4 Skor Kerisauan Antara Kelompok Bermain Pasir, Kelompok Terapi Melukis Dan Kelompok Kawalan	159
Jadual 4.18	Keputusan Ujian Friedman Pengukuran Berulangan	

	Skor Estim Kendiri Dalam Kelompok Bermain Pasir	160
Jadual 4.19	Keputusan Ujian Perbandingan Pelbagai (<i>multiple comparisons</i>) Ujian Wilcoxon T Bagi Skor Estim Kendiri Dalam Kelompok Bermain Pasir.	161
Jadual 4.20	Keputusan Ujian Friedman Pengukuran Berulangan Skor Estim Kendiri Dalam Kelompok Melukis	162
Jadual 4.21	Keputusan Ujian Perbandingan Pelbagai (<i>multiple comparisons</i>) Ujian Wilcoxon T Bagi Skor Estim Kendiri Dalam Kelompok Melukis	162
Jadual 4.22	Keputusan Ujian Friedman Pengukuran Berulangan Skor Estim Kendiri Dalam Kelompok Kawalan	163
Jadual 4.23	Keputusan Ujian Perbandingan Pelbagai (<i>multiple comparisons</i>) Ujian Wilcoxon T Bagi Skor Estim Kendiri Dalam Kelompok Kawalan	164
Jadual 4.24	Keputusan Ujian Friedman Pengukuran Berulangan Skor Estim Kendiri Antara Kelompok Bermain Pasir, Kelompok Terapi Melukis Dan Kelompok Kawalan	165
Jadual 4.25	Keputusan Ujian Perbandingan Pelbagai (<i>multiple comparisons</i>) Ujian Wilcoxon T Bagi Ujian Pra Skor Estim Kendiri Antara Kelompok Bermain Pasir, Kelompok Terapi Melukis Dan Kelompok Kawalan	166
Jadual 4.26	Keputusan Ujian Friedman Pengukuran Berulangan	

	Skor Ujian Pos1 Bagi Skor Estim Kendiri Antara Kelompok Bermain Pasir, Kelompok Terapi Melukis Dan Kelompok Kawalan	167
Jadual 4.27	Keputusan Ujian Perbandingan Pelbagai (<i>multiple comparisons</i>) Ujian Wilcoxon T Bagi Ujian Pos1 Skor Kerisauan Antara Kelompok Bermain Pasir, Kelompok Terapi Melukis Dan Kelompok Kawalan	167
Jadual 4.28	Keputusan Ujian Friedman Pengukuran Berulangan Skor Ujian Pos2 Bagi Skor Estim Kendiri Antara Kelompok Bermain Pasir, Kelompok Terapi Melukis Dan Kelompok Kawalan	168
Jadual 4.29	Keputusan Ujian Perbandingan Pelbagai (<i>multiple comparisons</i>) Ujian Wilcoxon T Bagi Ujian Pos2 Skor Estim Kendiri Antara Kelompok Bermain Pasir, Kelompok Terapi Melukis Dan Kelompok Kawalan	169
Jadual 4.30	Keputusan Ujian Friedman Pengukuran Berulangan Skor Ujian Pos3 Bagi Skor Estim Kendiri Antara Kelompok Bermain Pasir, Kelompok Terapi Melukis Dan Kelompok Kawalan	170
Jadual 4.31	Keputusan Ujian Perbandingan Pelbagai (<i>multiple comparisons</i>) Ujian Wilcoxon T Bagi Ujian Pos3 Skor Estim Kendiri Antara Kelompok Bermain Pasir,	

	Kelompok Terapi Melukis Dan Kelompok Kawalan	171
Jadual 4.32	Keputusan Ujian Friedman Pengukuran Berulangan Skor Ujian Pos3 Bagi Skor Estim Kendiri Antara Kelompok Bermain Pasir, Kelompok Terapi Melukis Dan Kelompok Kawalan	172
Jadual 4.33	Keputusan Ujian Perbandingan Pelbagai (<i>multiple comparisons</i>) Ujian Wilcoxon T Bagi Ujian Pos4 Skor Estim Kendiri Antara Kelompok Bermain Pasir, Kelompok Terapi Melukis Dan Kelompok Kawalan	172
Jadual 4.34	Pandangan GBK Tentang Faktor Kerisauan Penyebab Penurunan Estim Kendiri Subjek	175
Jadual 4.35	Kekangan GBK Tentang Masa, Lokasi Bilik Terapi Bermain, Bahan Dan Alat Permainan Dalam Mengendalikan Sesi Terapi Bermain	177
Jadual 4.36	Respons Subjek Kajian Terhadap GBK Di Peringkat Permulaan Sesi	178
Jadual 4.37	Pandangan GBK Tentang Tingkah Laku Subjek Kajian Semasa Mengikuti Sesi Terapi Bermain	180
Jadual 4.38	Bagaimana GBK Mengatasi Masalah Subjek Kajian Yang Tidak Aktif Mengambil Bahagian	181
Jadual 4.39	Simptom Yang Dipamerkan Oleh Subjek Yang Mengalami Kerisauan Yang Tinggi Dan Estim Kendiri Yang Rendah	182

Jadual 4.40	Kemahiran Yang Perlu Ada Pada GBK Dalam Mengendalikan Sesi Terapi Bermain	184
Jadual 4.41	Tiga Jenis Permainan Kreatif Bermain Pasir, Melukis Dan Main Peranan Melalui Proses Kaunseling Terapi Bermain	198
Jadual 4.42	Pandangan Subjek Tentang Ciri Utama Yang Terdapat Melalui Hubungan Terapeutik Seperti Bebas Membuat Pilihan, Berempati/Menerima Dan Bekerjasama Menyelesaikan Masalah	200
Jadual 4.43	Pandangan Subjek Tentang Ekspresi Emosi Seperti Berasa Selamat Dan Menyeronokkan Melalui Proses Kaunseling Terapi Bermain	202
Jadual 4.44	Pandangan Subjek Tentang Proses Kaunseling Terapi Bermain Berhubung Dengan Aspek Kreativiti, Berbual/Bermain, Mendengar, Intervensi Lisan Tradisional, Eksplorasi Alternatif, Mencungkil	206

SENARAI RAJAH

	HALAMAN
Rajah 1.1 Kerangka Konsep Kajian	58
Rajah 1.2 Kerangka Teoritikal Kajian	61
Rajah 2.1 Kerangka Konsep Teori Terapi Bermain	110
Rajah 3.1 Agihan Subjek Kajian Mengikut Sel Dengan Menggunakan Reka Bentuk Kuasi Eksprimental	113
Rajah 3.2 Proses Pelaksanaan Pendekatan Kualitatif	115
Rajah 3.3 Fasa Dalam Gabungan Pendekatan Kuantitatif Dan Kualitatif	117
Rajah 3.4 Prosedur Pemilihan Subjek Kajian Dalam Kalangan Murid-Murid Sekolah Kebangsaan	123
Rajah 3.5 Pelaksanaan Sesi Kaunseling Terapi Bermain	133
Rajah 3.6 Kawalan Variabel Ekstranus	136

SENARAI SINGKATAN

KW	: Kelompok Kawalan
TM	: Terapi Melukis
KBP	: Kelompok Bermain Pasir
STAIC	: State Trait Anxiety Inventory for Children
n	: Bilangan
L	: Lelaki
P	: Perempuan
df	: Darjah Kebebasan
<	: Kurang Daripada
p	: Kebarangkalian
r	: Pekali Korelasi
z	: Nilai z
(P)	: Pengkaji
(S)	: Subjek
SPSS	: Statistical Packages for the Social Science
m.s	: Muka Surat
<u>SD</u>	: Standard Deviation
APA	: American Psychiatric Association
BAPT	: British Association of Play Therapist
GBK	: Guru Bimbingan Dan Kaunseling

KESAN TERAPI BERMAIN PASIR DAN MELUKIS TERHADAP KERISAUAN DAN ESTIM KENDIRI MURID

ABSTRAK

Kajian ini bertujuan untuk mengenal pasti kesan terapi bermain pasir dan melukis terhadap kerisauan dan estim sendiri murid. Subjek kajian terdiri murid sekolah kebangsaan tahun lima (n=18) dari tiga buah sekolah dan GBK (n=2). Kaedah persampelan bertujuan digunakan bagi tujuan pemilihan subjek kajian. Subjek kajian dibahagikan dalam tiga kelompok iaitu; kelompok bermain pasir (n=6), kelompok melukis (n=6) dan kelompok kawalan (n=6). Sebanyak lima sesi dijalankan ke atas kelompok bermain pasir dan kelompok melukis. Setiap pertemuan sesi dalam kelompok mengambil masa selama 60 minit. Dua instrumen digunakan untuk mengumpul data kuantitatif iaitu *STAIC (A-State) (State-Trait Anxiety Inventory for Children)* dan *Estim Kendiri Stanley Coopersmith*. Analisis data kuantitatif digunakan statistik *Nonparametric Wilcox-Test* dan *Friedman-Test*, sementara transkripsi temu bual digunakan untuk menganalisis data kualitatif. Kajian menunjukkan terdapat penurunan kerisauan dan peningkatan estim sendiri subjek kajian dalam terapi bermain pasir dan melukis. Dapatan kajian ini menunjukkan bahawa kaedah dan teknik ini sesuai digunakan kepada murid sekolah kebangsaan.

EFFECTS OF SAND PLAY AND ART THERAPY ON STUDENTS' ANXIETY AND SELF ESTEEM

ABSTRACT

This study aimed to determine the effects of sand play therapy and art therapy on students' anxiety and self-esteem. Subjects were chosen among year five primary school students (n = 18) from three schools and two Guidance and Counselling teachers. Purposive sampling method was used for the selection of subjects. The subjects were divided into three groups, namely group sand play (n = 6), art therapy (n = 6) and control group (n = 6). A total of five sessions were conducted on sand play and art therapy groups. Each group took 60 minutes for each session. The two instruments used to collect quantitative data were STAIC (A-State) (State-trait Anxiety Inventory for Children) and Stanley Coopersmith Self Esteem Inventory. Nonparametric Test and the Friedman-Wilcox-Test were used to analyze the quantitative data, while the transcription of the interviews were used to analyze qualitative data. The analysis showed a decrease in anxiety level and an increase in self esteem level among the subjects in sand play and art therapy. The findings of this study showed that sand play and art therapy techniques are suitable for primary school pupils.

BAB 1

PENGENALAN

1.0 Pendahuluan

Perkembangan ekspresi emosi dan komunikasi kanak-kanak merupakan sesuatu yang penting dalam kehidupan mereka. Merujuk Kamus Dewan (2005) emosi merujuk pada perasaan jiwa yang kuat seperti sedih, gembira, takut, bimbang dan sebagainya. Secara umum emosi bermaksud perasaan. Manusia adalah golongan benda hidup yang mempunyai perasaan yang tinggi dan paling halus. Menurut Kasmini (1998) perasaan atau emosi ini mempunyai tiga komponen iaitu;

- (i) Perasaan dalaman tertentu - Ini dialami dan dirasai secara subjektif seperti rasa takut, suka, duka, marah dan benci.
- (ii) Corak rangsangan fisiologi - Ini termasuk semua perubahan fisiologi dalam badan yang berlaku dalam setiap keadaan emosi seperti berasa jantung berdebar apabila berada dalam keadaan takut dan perut berasa tidak selesa apabila dalam keadaan cemas.
- (iii) Corak penonjolan perasaan secara terbuka (overt) - Komponen ini merangkumi gerak geri badan dan perubahan pada air muka apabila timbulnya pelbagai perasaan dalaman. Seseorang akan bergerak dengan perlahan dan menundukkan kepala apabila berada dalam keadaan sedih atau mata kelihatan terbeliak dan kening berkerut apabila

dalam keadaan takut.

Didapati ramai kalangan kanak-kanak mengalami kesukaran dalam membuat penyesuaian emosi dalam kehidupan mereka. Kesihatan mental yang baik semasa alam kanak-kanak menentukan kesihatan mental yang stabil sepanjang alam dewasa. Namun demikian, ibu bapa memandang hal ini merupakan isu-isu di pinggiran sahaja. Ramai di antaranya tidak dikesan dan tidak menerima rawatan. *World Health Organization* (WHO) menganggarkan 20% dari kanak-kanak ini mempunyai masalah kesihatan mental daripada 39% populasi kanak dalam dunia. Kanak-kanak yang mengalami masalah kesihatan mental mempunyai risiko yang tinggi untuk tercicir dari alam persekolahan dan mengalami masalah untuk menguruskan kehidupan mereka. Lazimnya perkembangan ini akan menunjukkan petanda seperti peningkatan kerisauan dan penurunan estim sendiri.

Peningkatan kerisauan dan penurunan estim sendiri boleh mengakibatkan kanak-kanak mengalami penderitaan kesihatan mental. Bagi mengawal penderitaan ini terapi bermain merupakan satu teknik yang sangat berkesan diaplikasikan kepada kanak-kanak. Menurut Vygotsky (dalam Mei-Hsiang Tsai, 2009:23) menyatakan bahawa kanak-kanak meneroka dunia mereka melalui bermain:

“In play a child is always above his average age, above his daily behavior; in play it is as though he were a head taller than himself. As in the focus of a magnifying glass, play contains all developmental tendencies in a condensed form; in play it is as though the child were trying to jump above the level of his normal behavior.”

Selain mendatangkan keseronokan dan kepuasan, terapi bermain dapat membantu kanak-kanak mengatasi pengalaman-pengalaman yang menyedihkan atau gangguan tertentu untuk memulakan suatu kehidupan yang lebih baik. Oleh itu bagi menangani masalah ini, pihak Kementerian Pelajaran Malaysia yang bertanggungjawab terhadap perkhidmatan bimbingan dan kaunseling disemua sekolah kebangsaan dan menengah perlu peka dengan masalah ini supaya dapat memberi perkhidmatan yang terbaik dan tepat pada sasarannya. Dari semasa ke semasa diharapkan secara profesional perkhidmatan bimbingan dan kaunseling berperanan membantu untuk memenuhi keperluan emosi serta komunikasi kanak-kanak yang semakin meruncing ini.

1.1 Latar Belakang Kajian

Masyarakat Malaysia hari ini semakin sedar untuk menerima dan mengakui kepentingan perkhidmatan bimbingan dan kaunseling bagi membantu manusia menangani pelbagai masalah kehidupan. Sehubungan itu kesedaran tentang kepentingan bimbingan dan kaunseling ini telah dimanifestasikan pada tahun 1996 dengan kelulusan dan perlantikan guru

bimbingan dan kaunseling (GBK) secara berperingkat-peringkat sepertimana yang dijelaskan dalam surat KP(BS-HEP) 8543/60/(91) bertarikh 18 Mac 1996. Merujuk kepada Pekeliling Ikhtisas Guru Kaunseling Sepenuh Masa (1996-2002) serta berdasarkan kepada mesyuarat Jemaah Menteri pada 11 Julai 2001 telah bersetuju untuk mewujudkan jawatan Guru Bimbingan dan Kaunseling (GBK) sepenuh masa untuk sekolah kebangsaan dan menengah. Faktor-faktor yang menyumbang kepada keperluan perkhidmatan bimbingan dan kaunseling di Malaysia disebabkan berlakunya pembangunan yang maju, perubahan sosial, perkembangan teknologi dan perubahan nilai masyarakat yang pesat (Sapora Sipon & Wan Anor Wan Sulaiman, 2002). Terdapat empat orientasi perkhidmatan bimbingan dan kaunseling sekolah di Malaysia iaitu (a) orientasi perkembangan; (b) orientasi pencegahan; (c) orientasi krisis dan (d) orientasi pemulihan.

Kanak-kanak belajar di sekolah kebangsaan berumur antara 7 hingga 12 tahun. Kanak-kanak dalam peringkat umur ini tidak terlepas dari mengalami pelbagai kesukaran dalam kehidupan mereka yang disebabkan oleh faktor sosial dan ekonomi kekeluargaan. Kanak-kanak yang hidup dalam kesukaran sering berada dalam keadaan tidak selamat, tidak tenteram dan tidak disayangi. Keadaan ini membawa kepada kesan yang negatif dan menimbulkan rasa takut, bimbang, terancam, tersisih dan sebagainya. Kesan-kesan ini boleh menyebabkan kanak-kanak bersikap agresif, tidak pandai

berinteraksi, senang dipengaruhi, berasa terasing, sukar memberi tumpuan, suka merosakkan barang, mencederakan binatang dan pelbagai lagi tingkah laku yang boleh mendatangkan kemudaratan pada diri kanak-kanak. Keadaan ini memerlukan satu usaha bagi membantu kanak-kanak yang mengalami kesukaran. Dalam konteks ini GBK di sekolah kebangsaan perlu peka dan sentiasa mencari jalan untuk membantu kanak-kanak sebagai contoh menjalankan sesi kaunseling. Salah satu strategi dalam membantu kanak-kanak seperti ini ialah dengan menggunakan pendekatan terapi bermain.

Menurut Boyd-Webb (dalam Ann Marie Lundberg 2004: 1) menyatakan:

“Play therapy is a psychotherapeutic method, based on psychodynamic and developmental principles, intended to help relieve the emotional distress of young children through a variety of imaginative and expressive play materials such as puppets, dolls, clay board games, art materials, and miniature objects”.

Terapi bermain merupakan satu pendekatan yang sangat penting kepada kanak-kanak kerana terapi bermain boleh membantu mengoptimalkan komunikasi antara kanak-kanak dengan kaunselor (Green, 2005). Menurut Hellendoorn, van der Kooij, & Sutton-Smith (1994);

“Play has often been described as particularly helpful in this area, because of the freedom it provides to express thought and feeling in a child-like way, and to share these with a helpful adult on a cognitive-emotional level the child can grasp”.

Melalui pengaplikasian terapi bermain dalam kaunseling, interaksi antara GBK dengan kanak-kanak dapat dipertingkatkan. Pengaplikasian terapi

bermain memudahkan kanak-kanak untuk berkomunikasi dengan perasaan dan pemikirannya melalui cara yang tidak mengancam. Melalui aktiviti bermain dan komunikasi yang simbolik kanak-kanak dapat menikmati keseronokan dan kepuasan.

1.2 Konsep Bermain

Bermain boleh berlaku dalam pelbagai bentuk, dan boleh diekspresikan dalam pelbagai cara. Oleh kerana terdapat pelbagai bentuk yang membolehkan kanak-kanak bermain, maka terdapat pelbagai perbezaan pendekatan boleh digunakan. Rousseau, 1930 (dalam Landreth, 2002) buku bertajuk '*Emile*' mengesahkan bahawa bermain itu merupakan kenderaan untuk dipelajari dan difahami oleh kanak-kanak. Manakala Froebel, 1903 (dalam Landreth, 2002), bukunya '*The Education of Man*' memberi penekanan terhadap kepentingan simbolisme ketika bermain. Froebel (dalam Landreth, 2002:28) menyatakan;

“play is the highest development in childhood, for it alone is the free expression of what is in the child’s soul...children’s play is not mere sport. It is full of meaning and import.”

Menurut Morrison (1998) bermain itu merupakan proses bermulanya kanak-kanak untuk belajar. Kanak-kanak yang kerap bermain bersama ibu bapa akan mudah bergaul bersama rakan sebayanya. Mereka menjadi lebih cepat untuk menguasai kemahiran sosial (Mize & Abell, 1996). Sementara

Landreth (2002) menyatakan, bermain merupakan perantara yang semula jadi bagi kanak-kanak untuk melakukan ekspresi. Axline (dalam Ryan, 1995) kanak-kanak mampu untuk melakukan ekspresi emosi mereka melalui bermain, kerana bermain merupakan perkembangan yang sesuai dalam diri kanak-kanak untuk penyembuhan. Kanak-kanak dapat menyedari bahawa kuasa untuk membuat pilihan datangnya dari diri mereka sendiri. Axline (dalam Findling, 2004:8) menjelaskan:

“Play”is symbolic of his feeling” and that the therapist must not push the child out of the symbolic representation before the child is ready”.

Pernyataan ini menggambarkan bahawa perlunya perlindungan terhadap perasaan dan pengalaman dalam diri kanak-kanak. Lanjutan dari itu, Erikson dalam Findling (2004) mengiktiraf mengenai kepentingan bermain terhadap perkembangan personaliti kanak-kanak. Beliau berpendapat bermain dapat menggabungkan kualiti ego seperti kepercayaan, autonomi dan identiti dalam suasana kanak-kanak bersosial. Lanjutan dari itu, Erikson (dalam Findling, 2004:7) menjelaskan:

“I propose the theory that child’s play is the infantile form of the human ability to deal with experience by creating model situations and to master reality by experiment and planning.”

Beliau merumuskan bahawa kebolehan kanak-kanak untuk bermain ialah pengalaman yang dialami dan ini merupakan tindakan penyembuhan sendiri yang terbaik kepada kanak-kanak. Erikson juga turut menyokong mengenai teori perkembangannya dengan membuat rumusan bahawa bermain

itu merupakan ekspresi yang bermakna untuk kanak-kanak memahami diri mereka dan juga terhadap orang lain. Bermain merupakan prosedur yang dapat membantu kanak-kanak untuk bersedia melakukan sesuatu yang penting seperti bertutur. Menurut Landreth, Baggelly dan Tyndall (1999) bermain adalah perlu dalam kehidupan kanak-kanak kerana bermain merupakan perantara yang membolehkan kanak-kanak berkomunikasi sepenuhnya dengan membuat reaksi penerokaan pengalaman yang dikehendaki.

Menurut Landreth (2002) bermain merupakan satu pemusatan aktiviti kanak-kanak. Bermain berlaku setiap masa di seluruh tempat di dalam dunia ini. Kanak-kanak tidak perlu dilatih dan dipaksa untuk bermain. Mereka bermain secara spontan dengan menikmati keseronokan secara sukarela dan bermain tidak mempunyai matlamat. Bermain merupakan perantara komunikasi semulajadi bagi kanak-kanak dan digambarkan sebagai ekspresi sendiri, kerana ia membolehkan kanak-kanak melakukan ekspresi pengalaman dalaman mereka secara semulajadi.

Menurut Piaget, 1962 (dalam Landreth, 2002) bermain dapat merapatkan jurang antara pengalaman yang konkrit dan pemikiran yang abstrak. Piaget menjelaskan pertumbuhan dan perkembangan kanak-kanak itu melalui beberapa peringkat. Lanjutan dari itu Piaget, 1962 (dalam Ray, Armstrong, Warren & Balkin, 2005) menyatakan kebolehan kanak-kanak

adalah terhad untuk membuat taakulan tentang perkara yang abstrak pada usia lapan hingga 11 tahun (*tahap konkrit operasional*). Kanak-kanak tidak mampu untuk berkomunikasi secara lisan mengenai perkara yang abstrak ketika mereka mengalami masalah yang menyulitkan seperti berlakunya perceraian ibu bapa. Mereka mengalami kesukaran untuk melakukan ekspresi emosi yang rumit seperti rasa geram dan ini merupakan pemahaman yang abstrak bagi mereka untuk memahami emosi tersebut. Melalui bermain sajalah kanak-kanak dapat dibantu untuk menyalurkan pengalamannya, perasaannya, keinginan atau hasrat dalaman, kerisauan, tekanan dan sebagainya. Kanak-kanak akan belajar berkomunikasi melalui pengalaman yang konkrit. Oleh itu bermain merupakan perantaraan yang sesuai bagi mencapai komunikasi bersama kanak-kanak. Bagi memenuhi keperluan kanak-kanak ini terapi bermain dibentuk dan perkembangannya mula mendapat perhatian di sekolah kebangsaan.

1.3 Perkembangan Terapi Bermain

Sebagaimana yang diketahui umum di negara Barat terapi bermain telah mula berkembang dan mendapat perhatian apabila terbentuknya program bimbingan dan kaunseling di sekolah rendah pada tahun 1960. Pada tahun 1960-an terapi bermain telah didominasi oleh pengamal-pengamal swasta yang memfokus kepada kanak-kanak salah penyesuaian. Perkembangan program bimbingan dan kaunseling di sekolah-sekolah rendah dari semasa ke

semasa, pendidik-pendidik kaunseling seperti Alexander, 1964 (dalam Donald E. Mc, 2000) telah menjelaskan pengalaman dan pendapat mereka mengenai terapi bermain. Mereka telah berusaha dengan menggalakkan penggunaan terapi bermain di sekolah-sekolah rendah dengan tujuan supaya dapat membantu khususnya keperluan perkembangan kanak-kanak. Sehubungan dengan galakan ini telah menimbulkan persoalan iaitu adakah kaunselor sekolah rendah perlu menggunakan terapi bermain ketika berkomunikasi dengan kanak-kanak? Landreth dan Bratton (2000) menyarankan kaunselor sekolah rendah menggunakan terapi bermain untuk membantu kanak-kanak bagi membolehkan mereka mengekspresikan perasaan dan berkomunikasi. Tujuannya supaya kanak-kanak berasa mereka diterima dan difahami. Kaedah yang digunakan ahli terapi ini sebagai kuasa penyembuh bagi membantu kanak-kanak dalam menyelesaikan masalah psikologikal.

Sehubungan itu kaunselor sekolah rendah perlulah dibekalkan dengan latihan khusus dan pengetahuan yang sesuai. Latihan dan pengetahuan berkaitan dengan terapi bermain merupakan persediaan bagi membolehkan kaunselor menghadapi kanak-kanak di sekolah rendah kelak (Hoise & Mackey, 1985). Menurut Erdman dan Lampe (1996) kaunselor sekolah rendah perlulah mengambil perhatian tentang ciri-ciri khusus kanak-kanak seperti kognitif, emosi, fizikal dan psikologikal. Kaunselor perlu memahami konsep dan masalah dari perspektif kanak-kanak dan cara bagaimana membuat intervensi

pada tahap pemahaman kanak-kanak. Bagi memenuhi keperluan ini kaunselor dikehendaki membuat modifikasi asas kaunseling yang mereka sudah amalkan dan seterusnya mengadaptasikan kepada klien kanak-kanak. Oleh itu langkah-langkah yang perlu diambil oleh kaunselor sekolah rendah antaranya ialah mewujudkan suasana fizikal dan psikologikal yang selesa terhadap perspektif kanak-kanak, membentuk kepercayaan dalam membina hubungan, mengekalkan sikap membantu dan sikap bertanya. Menurut Ivey (1994) kaunselor perlu membuat adaptasi dengan menggunakan kemahiran komunikasi seperti membuat refleksi terhadap ekspresi ketika bermain. Langkah ini dilakukan dengan mengesan tingkah laku dan emosi kanak-kanak melalui bermain. Selain dari itu, kaunselor perlu membuat refleksi maksud dan perasaan, membuat interpretasi dan menggunakan metafora dengan bermain, bercerita dan melukis. Langkah ini adalah untuk menyesuaikan dengan keperluan kaunseling kanak-kanak.

Selaras dengan ciri-ciri kaunseling kanak-kanak tersebut, perkembangan terapi bermain di Malaysia telah diperkenalkan dalam proses mula merekrut ahli dan membentuk badan penasihat. Objektif terapi bermain ialah seperti menyediakan infrastruktur yang profesional dan berkhidmat secara terapeutik bersama kanak-kanak. Pada tahun 2000, Ng Kee Seng telah menubuhkan AGAPE dengan memperkenalkan Terapi Bermain Pemusatan Kanak-Kanak dari Amerika. Beliau telah menubuhkan pusat perkhidmatan terapi bermain

yang pertama di Malaysia. Sejak tahun 2001 pengamal-pengamal terapi bermain dari Amerika dan Taiwan seperti Dr. Linda Homeyer, Dr. Daniel Sweeney dan Dr. Kao telah bekerjasama, menganjurkan latihan dan kursus di AGAPE. Tujuan mereka ialah memberi pendedahan dan pemahaman terapi bermain kepada masyarakat awam di Malaysia. Bermula dari itu terapi bermain telah mula berkembang bagi membantu untuk pertumbuhan dan perkembangan kanak-kanak, ibu bapa dan guru. Hampir lapan tahun kanak-kanak telah didedahkan dengan perkhidmatan terapi bermain dan jumlah bilangannya telah meningkat dari setahun ke setahun. Perkembangan ini adalah disebabkan pesatnya perubahan sosial kanak-kanak dan cabaran keluarga yang dinamik. Terapi bermain sesuai dan boleh dijalankan di negara ini seperti di taman didikan kanak-kanak, sekolah kebangsaan, pusat kanak-kanak terencat akal, pusat komuniti, wad kanak-kanak dan di institut pendidikan. Usia yang sesuai bagi kanak-kanak ialah melebihi empat tahun ke atas (Allison, 1999).

Perkembangan terapi bermain di Malaysia merupakan paradigma baru. Paradigma terapi bermain yang baru ini akan membantu GBK untuk berhubung secara lebih efektif melalui bermain yang merupakan bahasa kanak-kanak. Oleh yang demikian, terapi bermain ini dianggap relevan dan sesuai diaplikasikan semasa menjalankan proses kaunseling bersama kanak-kanak di sekolah kebangsaan. Latihan-latihan dan pengetahuan terapi bermain perlulah

diberikan kepada GBK sekolah kebangsaan di negara ini supaya dapat memantapkan lagi keyakinan dan kepercayaan mereka semasa menjalani proses kaunseling bersama murid. Langkah ini bertujuan supaya terapi bermain dapat membantu mengalihkan pandangan GBK dengan lebih produktif.

1.4 Kerisauan

Kerisauan boleh menyebabkan gangguan mental yang sering berlaku kepada kanak-kanak (Ford, Goodman & Meltzer, 2003). Anggaran 10% hingga 21% kerisauan memberi kesan kepada kanak-kanak (Anderson, Williams, McGee & Suva, 1987). Petanda-petanda kerisauan ialah seperti berlakunya peningkatan kemuraman, penurunan estim sendiri, kesukaran memfokus serta bermasalah untuk mewujudkan perhubungan dan bersosial bersama rakan sebaya (Costello, Mustillo, Erkanil, Keeler, & Angold, 2003). Fenomena ini sering berlaku kepada kanak-kanak dan juga orang dewasa. Mereka tidak berupaya untuk berhubung dengan diri sendiri, persekitaran sosial dan fizikal.

Menurut Freud dalam Spielberger (1983) kerisauan merupakan keadaan emosi yang tidak menyenangkan dan merupakan pengalaman yang sejagat. Lanjutan dari itu Freud (dalam Okun, 1997) menyatakan kerisauan merupakan tanda penderitaan yang utama berpunca dari bawah sedar. Kerisauan

menyebabkan emosi yang tertahan timbul dari konflik asas iaitu id, ego dan superego. Freud menyarankan tiga jenis kerisauan yang wujud dalam diri seseorang iaitu;

- (i) Kerisauan realistik: Kerisauan realistik berlaku apabila terdapat ancaman-ancaman sebenar dihadapi seseorang dengan situasi atau keadaan yang berbahaya. Kerisauan juga boleh bertindak sebagai suatu rangsangan yang beraksi untuk mengurangkan ancaman itu dan aksi seperti ini akan mengurangkan kerisauan. Jikalau tindak balas tidak diambil maka kerisauan akan meningkat dan ini akan mencederakan individu berkenaan.
- (ii) Kerisauan neurotik: Kerisauan neurotik berlaku apabila impuls *id* mengancam untuk lepas keluar dan ini menyebabkan dirinya dihukum kelak. Individu berkenaan takut akan hilang kawalan dan terjerumus ke dalam masalah. Sudah tentu perasaan takut ini tidaklah semuanya disedari, dan individu berkenaan cenderung untuk mengalami kerisauan tanpa berupaya untuk memperihalkan puncanya. Perasaan-perasaan cemas yang am dan sekatan kehampaan sering berlaku.
- (iii) Kerisauan moral: Kerisauan moral pula berlaku akibat pengaruh superego iaitu apabila seseorang itu berfikir, berasa atau melakukan sesuatu yang bercanggah dengan nilai-nilai atau standard-standard moral yang telah diterimanya.

Superego berupaya menghasilkan perasaan rasa bersalah, malu dan perasaan rendah diri apabila seseorang itu tersilap dalam pengendalian tingkah laku atau memikirkan sesuatu, melibatkan kepada hukuman dalam hati nurani sendiri.

Menurut Spielberger (1983) kerisauan wujud sebagai masalah utama dan tema yang paling mempengaruhi dalam kehidupan yang moden ini, manakala Twenge (2000) menyatakan dalam kehidupan yang moden pada hari ini didapati berlakunya peningkatan perceraian dalam kalangan ibu bapa, wujudnya ancaman-ancaman dari pihak pegganas, berlakunya pemindahan dalam keluarga disebabkan pengambilan untuk berkerja, maka didapati tahap kerisauan telah meningkat dalam kalangan kanak-kanak dan juga orang dewasa. Hampir empat puluh tahun yang lalu melalui kajian meta analisis menunjukkan tahap kerisauan ini meningkat, tetapi tidak dapat membuat kepastian bahawa keadaan seperti perubahan sosial, kejadian semasa seperti ancaman-ancaman oleh pihak pegganas dan bencana alam merupakan punca sebenar yang mempengaruhi kerisauan.

Bagi murid-murid sekolah kesan kerisauan ini telah menunjukkan petanda pada fizikal mereka, seperti berlakunya sesak nafas, kelembapan di tapak tangan, peningkatan kelajuan degupan jantung, mengalami masalah ketika tidur, kejang otot dan menggeletar (American Psychiatric Association,

1994). Usia dan jantina adalah faktor yang boleh dikaitkan dengan kerisauan normal berlaku kepada kanak-kanak. Dari tinjauan literatur menyenaraikan antara petanda-petanda umum kerisauan kepada kanak-kanak berlaku pada usia yang muda berkaitan dengan kerisauan seperti berpisah, manakala bagi kanak-kanak yang dewasa seperti masalah sosial dan ketakutan umum (Ford, Goodman & Meltzer, 2003). Tinjauan terhadap jantina pula menunjukkan bahawa kanak-kanak perempuan mengalami satu setengah hingga dua kali ganda gangguan kerisauan berbanding kanak-kanak lelaki (Breton, Bergeron, Valla, Berthiaume, Gaudet, & Lambert, 1999). Setiap individu itu adalah berbeza dan unik, maka kesan kerisauan yang dialami terhadap individu itu tidak sama. Sebagai contoh terdapat individu yang mengidap penyakit lumpuh dan ada individu yang berfungsi normal akibat kesan kerisauan. Bagi kanak-kanak telah menjadi satu perkara biasa kepada mereka apabila mereka mengalami pengalaman kerisauan ketika berhadapan dengan situasi yang baru atau pengalaman yang pertama kali dalam hidup mereka. Mereka akan mengalami pelbagai ketakutan ketika pada tahap umur yang berbeza-beza. Bayi yang berumur empat hingga 12 bulan mereka akan mengalami kerisauan terhadap individu yang belum pernah mereka kenal. Kejadian ini disusuli pula dengan perkembangan kerisauan kerana berpisah dari ibu bapa apabila mereka masuk ke alam persekolahan. Kanak-kanak yang masih bertakut dan kanak-kanak prasekolah yang berusia antara dua hingga enam tahun, mereka akan berasa risau mengenai perkara yang berkaitan dengan makhluk

fantasi dan raksasa. Kanak-kanak yang berusia antara tujuh hingga 11 tahun mereka pula akan mengalami kerisauan berkaitan dengan situasi sebenar yang akan berlaku dalam diri mereka (Castellanos & Hunter, 2000).

Kanak-kanak juga berasa risau terhadap peristiwa buruk yang mungkin berlaku kepada ibu bapa mereka. Peristiwa buruk ini seperti kemalangan ketika memandu, jatuh sakit secara mengejut dan penculikan. Kanak-kanak menggambarkan dengan membuat andaian bahawa tidak akan lagi bertemu dengan ibu bapa mereka (American Psychiatric Association, 1994). Kekerapan kerisauan yang berlaku di sekolah dapat dilihat ialah ketika kanak-kanak mula berpisah dari ibu bapa pada hari pertama ke sekolah. Kanak-kanak akan menderita seperti menangis, berperangai buruk atau mengalami tanda-tanda sakit kepala, muntah dan sakit perut. Kerisauan berpisah ini merupakan impak yang rapat dengan fungsi keluarga, perhubungan dan ini boleh membataskan interaksi sosial kanak-kanak.

Kerisauan umum merupakan ciri-ciri kerisauan berlebihan yang merentasi bidang kehidupan (American Psychiatric Association, 1994). Kerisauan ini merangkumi perkara-perkara seperti penglibatan kanak-kanak dengan sekolah, situasi baru yang dialami kanak-kanak, masalah kesihatan dan isu keluarga atau sosial. Kanak-kanak agak sukar untuk mengawal kerisauan ini dan mengalami tanda-tanda somatik selama lebih dari enam

bulan. Tanda-tanda somatik ini seperti tekanan otot, gangguan tidur, kesulitan membuat konsentrasi dan merasa gelisah (American Psychiatric Association, 1994). Menurut Kendall dan Pimentel (2003) kerisauan umum menyebabkan kanak-kanak menjadi tidak tenang atau bersikap untuk berdiam diri.

Deffenbacher (1992) menjelaskan bahawa kerisauan sebagai pengalaman individu yang berada dalam keadaan beremosi yang tidak digemari dan bertindak untuk menghindarkan, menghapuskan atau mengawal punca kerisauan tersebut. Kerisauan mewujudkan perasaan yang subjektif akibat dari tekanan dan ketakutan, mengurangkan daya kognitif untuk berfikir dan menampilkan tingkah laku. Selain dari itu kerisauan boleh meningkatkan persepsi yang bahaya dan berisiko, meningkatkan rangsangan psikologikal atau bertindak untuk mengelak. Menurut Deffenbacher kerisauan seseorang individu terbahagi kepada tiga bidang;

(i) Bidang afektif psikologikal

Seseorang yang mengalami perasaan kerisauan yang subjektif, kebangkitan deria autonomi yang memuncak dan kebangkitan simpati dalam diri.

(ii) Bidang persepsi kognitif

Seseorang yang mengalami perubahan perhatiannya dalam melaksanakan proses informasi kognitif dan deria persepsi yang berputar belit.

(iii) Bidang tingkah laku somatik

Seseorang yang mengalami perbezaan sistem otot yang tidak sengaja dan tingkah laku yang terbuka.

Ketiga-tiga bidang tersebut boleh membawa kesan kepada seseorang yang mengalami masalah berkaitan dengan psikologikal, kognitif dan tingkah laku. Perkara ini boleh menyebabkan wujudnya kerisauan dalam dirinya. Menurut Nicolotti, el-Sheikh dan Whitson (2003) bahawa kanak-kanak yang mengalami peningkatan kerisauan dalam diri sering menunjukkan estim sendiri yang rendah.

1.5 Estim Kendiri

Estim sendiri merupakan nilai yang diberikan oleh seseorang individu terhadap dirinya sendiri berhubung dengan kebolehan diri, tingkah laku dan perwatakan diri (Woolfolk, 2001). Kanak-kanak yang mengalami estim sendiri yang tinggi mereka mempunyai ciri-ciri kebolehan yang besar untuk menjadi kreatif, berperanan aktif dalam kumpulan sosial, tidak berasa ragu-ragu, risau dan tidak mempunyai sikap berbelah bagi. Kanak-kanak mempunyai sikap yang realistik untuk mencapai matlamat personal. Dalam bidang akademik, hubungan rakan sebaya dan fizikal, mereka mudah untuk menerima dan bersikap positif walaupun terdapat perbezaan kebolehan antara satu dengan lain (Geldard & Geldard, 2002). Bagi kanak-kanak yang mengalami masalah

perceraian ibu bapa merupakan faktor yang boleh membawa kesan yang negatif terhadap estim sendiri (Bynum & Durm, 1996).

Kanak-kanak yang mengalami suasana perceraian ibu bapa akan mengalami peningkatan kerisauan, tingkah laku yang bermasalah, peningkatan kemuraman, mempamerkan kemahiran yang rendah dan kurang untuk mewujudkan perhubungan rakan sebaya. Selain itu faktor meminum minuman keras seperti alkohol oleh ibu bapa juga boleh mengakibatkan kanak-kanak mengalami estim sendiri yang rendah. Keadaan ini menyebabkan ibu bapa tidak dapat menumpukan perhatian sepenuhnya terhadap anak-anak di rumah dan juga kurang masa untuk berinteraksi bersama anak-anak. Menurut Baumeister, Campbell, Krueger dan Vohs (2004) mereka mempercayai bahawa pencapaian akademik kanak-kanak di peringkat awal sekolah adalah disebabkan wujudnya perhubungan yang rapat antara estim sendiri dengan pencapaian akademik murid sekolah. White dan Allers, 1994 (dalam Berkowitz, 2005) bersependapat dengan Eggen dan Kauchak (2001) bahawa estim sendiri yang tinggi merupakan suatu entiti yang diperlukan. Estim sendiri dapat membantu bagi melahirkan keperibadian yang sejahtera dan merupakan syarat untuk mencapai kejayaan dalam bidang akademik. Jika dibandingkan estim sendiri jantina pula, estim sendiri murid perempuan lebih rendah berbanding murid lelaki (Bryan & Petrangelo, 1989; Pryon, 1994). Menurut Michie, Glachan dan Bray (2001) perbezaan estim sendiri bagi seseorang murid itu boleh

memberi kesan kepada kesihatan mental, kesejahteraan psikologi dan tingkah laku interpersonal. Lantaran dari kesan ini, terapi bermain dengan sokongan teori-teori kaunseling merupakan pendekatan dan strategi yang penting bagi membantu kanak-kanak.

Menurut Kottman (2003) kaunselor-kaunselor mestilah berpegang kepada orientasi teori yang bersesuaian dengan personaliti dan pandangan mereka berhubung dengan perkembangan kejayaan terapi bermain. Schaefer (2003) menyatakan;

“One of the strengths of play therapy is the diversity of theoretical approaches that are currently being applied in clinical practice with children, adolescents, and adults. This diversity is a reflection of the fact that is a multitude of therapeutic change mechanisms inherent in play. Among the more well-known therapeutic factors of play are its communication, relationship-enhancement, ego-boosting, and self-actualizing powers”.

Menurut Schaefer (2003) terapi bermain merupakan satu keistimewaan yang melibatkan kaunseling dengan menerapkan teori-teori dan intervensi berkaitan dengan psikoterapi orang dewasa (*adult psychotherapy*). Terdapat beberapa teori yang digunakan bersama terapi bermain dalam kaunseling.

1.6 Penggunaan Teori Dalam Terapi Bermain

Terdapat beberapa teori yang digunakan dalam terapi bermain berdasarkan Teori Gestalt, Teori Jungian dan Teori Freudian. Dalam kajian ini, teori pemusatan klien digunakan sebagai penyokong teori kepada teknik terapi

bermain pasir dan teknik melukis. Teori pemusatan klien ini mempunyai konsep seperti meningkatkan empati, terima tanpa syarat, menerima dengan mewujudkan suasana yang terapeutik terhadap kanak-kanak. Kanak-kanak dapat mengekspresikan pengalaman mereka dalam suasana yang bebas dengan menggunakan alat permainan. Alat permainan ini merupakan perkataan, manakala bermain pula merupakan bahasa kepada kanak-kanak. Menurut Sweeney dan Landreth (2003) terapi bermain pemusatan kanak-kanak adalah dari asas teori pemusatan klien oleh Carl Roger's model yang dibentuk pada tahun 1951. Penekanan dibuat terhadap hubungan antara kanak-kanak dengan kaunselor yang merupakan pemangkin penyembuhan (Landreth & Sweeney, 1999). Kaunselor membuat respons berempati terhadap ekspresi emosi dan pemilihan kanak-kanak semasa bermain melalui komunikasi tanpa lisan. Melalui hubungan ini kaunselor membantu kanak-kanak untuk mengenal pasti, menerima dan membentuk cara mengekspresikan perasaan ke arah kesempurnaan sendiri (Landreth, 2002). Menurut Landreth (2002) terapi bermain pemusatan kanak-kanak mengandaikan bahawa kanak-kanak merupakan sumber informasi yang terbaik bagi diri mereka. Kanak-kanak boleh mengarah diri untuk pertumbuhan yang sempurna.

Menurut Bratton dan Landreth (1995) sikap kaunselor yang prihatin, berempati, mesra dan memahami serta tumpuannya kepada kekuatan dan refleksi perasaan kanak-kanak dapat memudahkan kanak-kanak membuat

eksplorasi sendiri. Perkembangan dan hubungan yang terapeutik pada pemulaannya tidak mampu menurunkan kadar kerisauan kanak-kanak, tetapi lama kelamaan keadaan akan menjadi lebih baik bagi mengurangkan kerisauan. Berdasarkan kepada teori Jungian dalam Green (2005) pula menyatakan bahawa kanak-kanak yang terlibat dalam kaunseling seni seperti melukis akan mula untuk memahami dengan lebih baik proses bawah sedar mereka. Menurut Allan (1988) Jungian percaya apabila keadaan bawah sedar bertukar kepada keadaan sedar, penyembuhan psikik dan kekuatan ego akan berlaku. Melalui melukis, penggunaan bahan seperti kertas lukisan, pensel warna, dan cat membolehkan kanak-kanak bebas membentuk perkara-perkara yang berlaku tentang kehidupannya dan dapat melakukan ekspresi dengan selesa (Furth, 1988). Kanak-kanak boleh melukis secara spontan dengan membuat pemilihan tajuk, ini akan meningkatkan lagi pengawalan sendiri (Allan, 1988).

Steinhardt (2000) menyatakan bermain pasir merupakan aktiviti yang mengintergrasikan kanak-kanak bermain dengan pasir dan berpeluang untuk membuat pemilihan terhadap objek-objek miniatur. Bermain pasir dapat mewujudkan suasana yang tenteram, maka ini memudahkan kanak-kanak untuk memberi tumpuan dan melegakan mereka (Allan, 1988; Carmichael, 1991). Dalam suasana yang tenteram dapat membantu kanak-kanak yang mengalami kerisauan seperti mengurangkan tekanan. Bermain pasir

merupakan teknik yang sesuai kepada kanak-kanak yang pemalu dan cenderung untuk menarik diri. Teknik ini sesuai kerana tidak memerlukan penggunaan lisan keterlaluan. Melalui kaedah pemerhatian dan aktiviti bimbingan dalam bilik darjah pula dapat membantu kaunselor untuk menjalankan beberapa sesi terapi bermain.

Kajian yang dijalankan adalah berfokus kepada kemahiran asas teknik-teknik terapi bermain seperti teknik bermain pasir dan teknik melukis serta proses terapi bermain kemahiran kaunseling kanak-kanak berasaskan sokongan teori pemusatan klien. GBK akan mengendalikan sesi terapi bermain bersama murid yang mengalami masalah kerisauan dan estim sendiri. Sehubungan dengan itu kajian ini diharapkan memberi sumbangan secara tidak langsung kepada pengurangan kerisauan murid dan peningkatan estim sendiri murid di sekolah tersebut.

1.7 Pernyataan Masalah

Pemikiran, emosi dan tingkah laku murid-murid di peringkat sekolah kebangsaan tidak boleh disamakan dengan murid-murid di sekolah menengah. Daya kognitif murid-murid di peringkat sekolah kebangsaan untuk menaakul perkara yang abstrak amatlah sukar. Murid-murid dalam peringkat umur sebegini masih belum memahami atau menaakul tentang perkara-perkara yang abstrak. Pelbagai peristiwa yang boleh berlaku terhadap murid-murid sekolah

kebangsaan antaranya kehilangan orang yang disayangi (manusia atau haiwan), perpisahan ibu bapa, perceraian, penderaan emosi, fizikal, trauma, penyakit kronik, kanser dan sebagainya. Peristiwa-peristiwa seperti ini akan memberikan kesan yang amat mendalam pada emosi murid-murid. Menurut Kasmini (1998) manusia adalah golongan benda hidup yang mempunyai perasaan yang tinggi dan paling halus. Perasaan atau emosi ini mempunyai tiga komponen: (i) Perasaan dalaman tertentu: ini dialami dan dirasai secara subjektif seperti rasa takut, suka, duka, marah dan benci, (ii) Corak rangsangan fisiologi: ini termasuk semua perubahan fisiologi dalam badan yang berlaku dalam setiap keadaan emosi seperti berasa jantung berdebar apabila berada dalam keadaan takut dan perut berasa tidak selesa apabila dalam keadaan cemas dan (iii) Corak penonjolan perasaan secara terbuka (*overt*): komponen ini merangkumi gerak geri badan dan perubahan pada air muka apabila timbulnya pelbagai perasaan dalaman. Seseorang akan bergerak dengan perlahan dan menundukkan kepala apabila berada dalam keadaan sedih atau mata kelihatan terbeliak dan kening berkerut apabila dalam keadaan takut.

Lanjutan dari itu Kasmini (1998) menyatakan setiap emosi pula mempunyai perbezaan mengikut peringkat kekuatannya. Perasaan takut jika disusun peringkat kekuatannya daripada peringkat yang rendah kepada yang tertinggi sekali adalah seperti berikut:

- (i) Peringkat kekuatan takut: Rasa resah tegang aprehensif menggeletar