

**KESAN TERAPI BERMAIN DULANG PASIR
TERHADAP KONSEP KENDIRI DAN
KEBIMBANGAN KANAK-KANAK YANG
MENGALAMI PENDERAAN**

ZAHARI BIN MOHD SARJI

UNIVERSITI SAINS MALAYSIA

2020

**KESAN TERAPI BERMAIN DULANG PASIR
TERHADAP KONSEP KENDIRI DAN
KEBIMBANGAN KANAK-KANAK YANG
MENGALAMI PENDERAAN**

oleh

ZAHARI BIN MOHD SARJI

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

Februari 2020

PENGHARGAAN

Dengan nama Allah yang maha pemurah lagi maha mengasihani. Segala puji pujian bagi Allah S.W.T., dengan keizinan-Nya membolehkan saya menyiapkan tesis ini bagi memenuhi keperluan Ijazah Doktor Falsafah (PhD), Universiti Sains Malaysia (USM). Dengan kesempatan ini, saya merakamkan setinggi-tinggi penghargaan dan ucapan terima kasih kepada penyelia utama Prof. Madya Dr. Hj. Mohamad Hashim b. Hj. Othman dan penyelia bersama Prof. Dr. Nordin b. Abdul Razak atas sokongan mereka dalam membantu menerusi bimbingan, pengawasan dan bantuan yang tidak ternilai sepanjang peringkat penyediaan tesis ini. Tanggung jawab yang tinggi yang dicurahkan tidak dapat dinilai, hanya Allah S.W. T. sahaja yang dapat membalasnya. Ucapan terima kasih yang istimewa kepada ibu tersayang yang sentiasa mendoakan kejayaan saya. Terima kasih juga kepada isteri yang menjadi tulang belakang serta sabar dan setia bersama sepanjang penyediaan pengajian sarjana kedoktoran ini. Tidak ketinggalan juga kepada anak dan menantu yang banyak memberi sokongan dalam penyediaan tesis ini. Saya juga ingin merakamkan ucapan terima kasih untuk semua yang telah memberi sokongan dan bantuan dalam kerja-kerja lapangan yang telah diberikan. Tidak ketinggalan juga saya ucapkan terima kasih kepada staf Pusat Pengajian Ilmu Pendidikan, USM membantu dalam penyediaan terakhir tesis ini.

JADUAL KANDUNGAN

PENGHARGAAN	ii
JADUAL KANDUNGAN	iii
SENARAI JADUAL ..	x
SENARAI RAJAH...	xv
SENARAI SINGKATAN	xvii
ABSTRAK....	xviii
ABSTRACT ..	xx
BAB 1 PENGENALAN	1
1.1 Pendahuluan	1
1.2 Latar Belakang	3
1.2.1 Terapi bermain.....	6
1.2.2 Terapi bermain dulang pasir (StPT)	7
1.3 Pernyataan Masalah Kajian	10
1.3.1 Konsep Kendiri Kanak-kanak Mangsa Penderaan	11
1.3.2 Kebimbangan Kanak-kanak Mangsa Penderaan	13
1.3.3 Rawatan	15
1.4 Tujuan dan Objektif Kajian.....	16
1.5 Persoalan Kajian.....	17
1.6 Hipotesis Kajian	22
1.7 Signifikan Kajian.....	27
1.7.1 Jabatan Kebajikan Masyarakat	27
1.7.2 Kementerian Kesihatan Malaysia	28
1.7.3 Kaunselor	28
1.7.4 Bahan Kajian Literatur	28

1.8	Kerangka Konsep Kajian	29
1.9	Definisi Konseptual dan Operasional.....	30
1.9.1	Kanak-kanak	30
1.9.2	Penderaan.....	31
1.9.3	Bermain.....	31
1.9.4	Terapi kognitif tingkah laku (CBT).....	31
1.9.5	Konsep sendiri.....	32
1.9.6	Kebimbangan.....	32
1.10	Limitasi Kajian.....	33
1.11	Rumusan.....	33
BAB 2	TINJAUAN LITERATUR	34
2.1	Pengenalan	34
2.2	Penderaan Kanak-kanak Di Malaysia	34
2.3	Kajian Literatur Terapi Kognitif Tingkah Laku (CBT) ..	36
2.3.1	Terapi bermain kognitif tingkah laku CBPT).....	40
2.4	Kajian Literatur Konsep Kendiri.....	46
2.5	Kajian Literatur Kebimbangan.....	52
2.6	Kajian Literatur Terapi Bermain (PT).....	55
2.7	Kajian Literatur Terapi Bermain Dulang Pasir (StPT).....	59
2.8	Kajian Literatur Terapi Kognitif Tingkah Laku (CBT) Terhadap Konsep Kendiri Kanak-kanak.	63
2.9	Kajian Literatur Terapi Kognitif Tingkah Laku (CBT) Terhadap Kebimbangan Kanak-kanak..	67
2.10	Kajian Literatur Kanak-kanak Lelaki dan Perempuan.	72
2.11	Rumusan.....	77

BAB 3	METODOLOGI KAJIAN	79
3.1	Pengenalan	79
3.2	Reka Bentuk Kajian	79
3.2.1	Proses pengukuran dan rawatan.....	80
3.2.2	Kaedah kuantitatif.....	82
3.2.3	Kaedah kualitatif... ..	82
3.3	Variabel Kajian	83
3.4	Responden Kajian	83
3.4.1	Pemilihan responden	84
3.4.2	Saiz sampel	85
3.4.3	Responden kajian kes	87
3.5	Instrumen Kajian	87
3.5.1	Terjemahan instrumen	87
3.5.2	Instrumen <i>The Piers-Harris Children's Self-Concept Scale 2nd Edition (PHCSCS-2)</i>	88
3.5.3	Kesahan dan kebolehpercayaan instrumen <i>The Piers-Harris Children's Self Concept Scale 2nd.Edition (PHCSCS-2</i>	90
3.5.4	Instrumen <i>The State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC)</i>	91
3.5.5	Kesahan dan kebolehpercayaan instrumen <i>The State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC)</i>	93
3.6	Kajian Rintis Instrumen Kajian.....	94
3.7	Kaedah Analisis Data	95
3.7.1	Data kuantitatif	96
3.7.1(a)	Ujian Friedman.....	96
3.7.1(b)	Ujian Wilcoxon.....	97
3.7.1(c)	Ujian Mann-Whitney U.....	97

3.8	Analisis Data Kajian Kes	102
3.8.1	Prosedur pengumpulan data kajian kes.....	105
3.8.2	Prosedur pengumpulan data luar seting.....	108
3.9	Proses Pembinaan Modul	110
3.10	Modul Permainan Dulang Pasir	113
3.10.1	Kandungan sesi modul.....	113
3.10.2	Kesahan dan kebolehpercayaan modul.....	117
3.11	Prosedur Rawatan.....	120
3.12	Latihan Kepada Kaunselor	124
3.13	Rumusan.....	124
BAB 4	KEPUTUSAN ANALISIS DATA	126
4.1	Pendahuluan	126
4.2	Demografi Sampel Kajian.....	126
4.3	Perbandingan Skor Konsep Kendiri Bagi Responden Lelaki Dalam Kumpulan Rawatan Merentas Empat Masa Selang Ujian	128
4.3.1	Analisis deskriptif skor konsep kendiri bagi responden lelaki dalam kumpulan rawatan merentas empat masa selang ujian	129
4.4	Perbandingan Skor Konsep Kendiri Bagi Responden Perempuan Dalam Kumpulan Rawatan Merentas Empat Masa Selang Ujian	131
4.4.1	Analisis deskriptif skor konsep kendiri bagi responden perempuan dalam kumpulan rawatan merentas empat masa selang ujian	132
4.5	Perbandingan Skor Konsep Kendiri Bagi Responden Lelaki dan Perempuan Dalam Kumpulan Rawatan Merentas Empat Masa Selang Ujian.....	134
4.5.1	Analisis deskriptif skor konsep kendiri bagi responden lelaki dan perempuan dalam kumpulan rawatan merentas empat masa selang ujian.....	135
4.6	Perbandingan Skor Konsep Kendiri Bagi Responden Lelaki Kumpulan Rawatan dan Kawalan Merentas Empat Masa Selang Ujian.....	138

4.6.1	Analisis deskriptif skor konsep sendiri responden lelaki dalam kumpulan rawatan dan kawalan merentas empat masa selang ujian	138
4.7	Perbandingan Skor Konsep Kendiri Bagi Responden Perempuan Dalam Kumpulan Rawatan dan Kawalan Merentas Empat Masa Selang Ujian.....	142
4.7.1	Analisis deskriptif konsep sendiri bagi responden perempuan dalam kumpulan rawatan dan kawalan merentas empat masa selang ujian.....	142
4.8	Perbandingan Skor Konsep Kendiri Bagi Semua Responden Kumpulan Dalam Rawatan Dan Kawalan Pada Setiap Masa Selang Ujian	146
4.8.1	Analisis deskriptif skor konsep sendiri bagi semua responden dalam kumpulan rawatan dan kawalan merentas empat masa selang ujian	146
4.9	Perbandingan Skor Kebimbangan Bagi Responden Lelaki Dalam Kumpulan Rawatan Merentas Empat Masa Selang Ujian	150
4.9.1	Analisis deskriptif skor kebimbangan bagi responden lelaki dalam kumpulan rawatan merentas empat masa selang ujian	150
4.10	Perbandingan Skor Kebimbangan Bagi Responden Perempuan Dalam Kumpulan Rawatan Merentas Empat Masa Selang Ujian	153
4.10.1	Analisis deskriptif skor kebimbangan bagi responden perempuan dalam kumpulan rawatan merentas empat masa selang ujian	153
4.11	Perbandingan Skor Kebimbangan Bagi Responden Lelaki dan Perempuan Dalam Kumpulan Rawatan Merentas Empat Masa Selang Ujian.....	156
4.11.1	Analisis deskriptif skor kebimbangan bagi responden lelaki dan perempuan dalam kumpulan rawatan merentas empat masa selang ujian.....	156
4.12	Perbandingan Skor Kebimbangan Bagi Responden Lelaki Dalam Kumpulan Rawatan dan Kawalan Merentas Empat Masa Selang Ujian.	159
4.12.1	Analisis deskriptif skor kebimbangan bagi responden lelaki dalam kumpulan rawatan dan kawalan merentas empat masa selang ujian	159
4.13.	Perbandingan Skor Kebimbangan Bagi Responden Perempuan Dalam Kumpulan Rawatan dan Kawalan Merentas Empat Masa Selang Ujian.....	162

4.13.1	Analisis deskriptif skor kebimbangan bagi responden perempuan dalam kumpulan rawatan dan kawalan merentas empat masa selang ujian	164
4.14	Perbandingan Skor Kebimbangan Antara Kumpulan Rawatan dan Kawalan Merentas Empat Masa Selang Ujian.....	168
4.14.1	Analisis deskriptif skor kebimbangan antara kumpulan rawatan dan kawalan merentas empat masa selang ujian	168
4.15	Rumusan Analisis Kuantitatif	172
4.16	Analisis Kajian Kes	172
4.16.1	Pengenalan	172
4.16.1(a)	Aktiviti permainan pertama.....	173
4.16.1(b)	Aktiviti permainan kedua.....	176
4.16.1(c)	Aktiviti permainan ketiga.....	180
4.16.1(d)	Aktiviti permainan keempat.....	184
4.16.1(e)	Aktiviti permainan kelima.....	187
4.17	Tema.....	191
4.18	Rumusan Kajian Kes	194
4.19	Gabungan Data	196
4.20	Rumusan.....	199
BAB 5	PERBINCANGAN DAN RUMUSAN	200
5.1	Pendahuluan	200
5.2	Persoalan Kajian 1.....	201
5.3	Persoalan Kajian 2.....	205
5.4	Persoalan Kajian 3.....	209
5.5	Persoalan Kajian 4.....	212
5.6	Persoalan Kajian 5.....	214
5.7	Persoalan Kajian 6	217
5.8	Persoalan Kajian 7.....	217
5.9	Persoalan Kajian 8.....	220

5.10	Persoalan Kajian 9.....	225
5.11	Persoalan Kajian 10.....	227
5.12	Persoalan Kajian 11.....	230
5.13	Persoalan Kajian 12.....	232
5.14	Perbincangan Hasil Kajian Kes Bagi Menyokong Dapatan Kuantitatif.....	235
5.15	Perbincangan Keputusan Sumber Sokongan Luar Seting.....	237
5.16	Limitasi dan Arah Kajian Selanjutnya	238
5.17	Rumusan	239
	RUJUKAN.....	241
	LAMPIRAN.....	268
	LAMPIRAN A: INSTRUMEN KAJIAN	
	LAMPIRAN B: MODUL RAWATAN PERMAINAN DULANG PASIR	
	LAMPIRAN C: SURAT KELULUSAN MEMBUAT KAJIAN	
	LAMPIRAN D: DATA MENTAH CVI - 4 ORANG PENILAI	
	LAMPIRAN E: BORANG PEMERHATIAN INDIVIDU PERMAINAN DULANG PASIR	

SENARAI JADUAL

Muka Surat

Jadual 1.1	Statistik penderaan kanak-kanak di Malaysia mengikut tahun.....	11
Jadual 2.1	Ciri-ciri CBPT.	41
Jadual 3.1	Pengukuran dan rawatan UPra, UPos1, UPos2 & Pos3.	81
Jadual 3.2	Pecahan responden kajian.....	86
Jadual 3.3	Item positif dan negatif instrumen <i>The Piers-Harris Children's Self Concept Scale 2nd. Edition (PHCSCS-2)</i>	89
Jadual 3.4	Skor tafsiran instrumen <i>The Piers-Harris Children's Self Concept Scale 2nd. Edition (PHCSCS-2)</i>	90
Jadual 3.5	Hipotesis kajian.	98
Jadual 3.6	Komen pakar.	119
Jadual 4.1	Demografi responden kajian mengikut jantina, umur dan tahun kanak-kanak di rumah kebajikan kanak-kanak	127
Jadual 4.2	Perbandingan min pangkatan dan median skor konsep sendiri bagi responden lelaki dalam kumpulan rawatan merentas empat masa selang ujian.....	129
Jadual 4.3	Keputusan ujian Friedman skor konsep sendiri bagi responden lelaki dalam kumpulan rawatan merentas empat masa selang ujian	130
Jadual 4.4	Keputusan ujian Wilcoxon bagi skor konsep sendiri bagi responden lelaki dalam kumpulan rawatan merentas empat masa selang ujian.....	131
Jadual 4.5	Perbandingan min pangkatan dan median skor konsep sendiri bagi responden perempuan dalam kumpulan rawatan merentas empat masa selang ujian.....	132
Jadual 4.6	Keputusan ujian Friedman bagi skor konsep sendiri bagi responden perempuan dalam kumpulan rawatan merentas empat masa selang ujian.....	133
Jadual 4.7	Keputusan ujian Wilcoxon bagi skor konsep sendiri bagi responden perempuan dalam kumpulan rawatan merentas empat masa selang	134
Jadual 4.8	Perbandingan min pangkatan dan median skor konsep sendiri bagi responden dalam kumpulan rawatan merentas empat masa selang ujian.....	135

Jadual 4.9	Keputusan ujian Friedman skor konsep sendiri bagi responden dalam kumpulan rawatan merentas empat masa selang ujian.....	137
Jadual 4.10	Keputusan ujian Wilcoxon skor konsep sendiri bagi responden dalam kumpulan rawatan merentas empat masa selang ujian.....	137
Jadual 4.11	Perbandingan min pangkatan dan median skor konsep sendiri bagi responden lelaki dalam kumpulan rawatan dan kawalan merentas empat masa selang ujian.....	138
Jadual 4.12	Keputusan ujian Mann-Whitney U skor konsep sendiri bagi responden lelaki dalam kumpulan rawatan dan kawalan untuk ujian pra.....	140
Jadual 4.13	Keputusan ujian Mann-Whitney U skor konsep sendiri bagi responden lelaki dalam kumpulan rawatan dan kawalan untuk ujian pos 1	140
Jadual 4.14	Keputusan ujian Mann-Whitney U skor konsep sendiri bagi responden lelaki dalam kumpulan rawatan dan kawalan untuk ujian pos 2	141
Jadual 4.15	Keputusan ujian Mann-Whitney U skor konsep sendiri bagi responden lelaki dalam kumpulan rawatan dan kawalan untuk ujian pos 3	141
Jadual 4.16	Perbandingan min pangkatan dan median skor konsep sendiri bagi responden perempuan dalam kumpulan rawatan dan kawalan merentas empat masa selang ujian.....	142
Jadual 4.17	Keputusan ujian Mann-Whitney U skor konsep sendiri bagi responden perempuan dalam kumpulan rawatan dan kawalan untuk ujian pra.....	144
Jadual 4.18	Keputusan ujian Mann-Whitney U skor konsep sendiri bagi responden perempuan dalam kumpulan rawatan dan kawalan untuk ujian pos 1	144
Jadual 4.19	Keputusan ujian Mann-Whitney U skor konsep sendiri bagi responden perempuan dalam kumpulan rawatan dan kawalan untuk ujian pos 2	145
Jadual 4.20	Keputusan ujian Mann-Whitney U skor konsep sendiri bagi responden perempuan dalam kumpulan rawatan dan kawalan untuk ujian pos 3	148
Jadual 4.21	Perbandingan min pangkatan dan median skor konsep sendiri bagi semua responden rawatan dan kawalan untuk empat masa selang ujian	146
Jadual 4.22	Keputusan ujian Mann-Whitney U skor konsep sendiri dalam kumpulan rawatan dan kawalan untuk ujian pra.....	148

Jadual 4.23	Keputusan ujian Mann-Whitney U skor konsep sendiri dalam kumpulan rawatan dan kawalan untuk ujian pos 1	148
Jadual 4.24	Keputusan ujian Mann-Whitney U skor konsep sendiri antara kumpulan rawatan dan kawalan untuk ujian pos 2	149
Jadual 4.25	Keputusan ujian Mann-Whitney U skor konsep sendiri antara kumpulan rawatan dan kawalan untuk ujian pos 3.....	149
Jadual 4.26	Perbandingan min pangkatan dan median kebimbangan bagi responden lelaki dalam kumpulan rawatan merentas empat masa selang ujian.....	150
Jadual 4.27	Keputusan ujian Friedman bagi skor kebimbangan bagi responden lelaki dalam kumpulan rawatan merentas empat masa selang ujian.....	152
Jadual 4.28	Keputusan ujian Wilcoxon bagi skor kebimbangan bagi responden lelaki dalam kumpulan rawatan merentas empat masa selang ujian.....	152
Jadual 4.29	Perbandingan min pangkatan dan median skor kebimbangan bagi responden perempuan dalam kumpulan rawatan merentas empat masa selang ujian.....	153
Jadual 4.30	Keputusan ujian Friedman bagi skor kebimbangan bagi responden perempuan dalam kumpulan rawatan merentas empat masa selang ujian.....	155
Jadual 4.31	Keputusan ujian Wilcoxon bagi skor kebimbangan bagi responden perempuan dalam kumpulan rawatan merentas empat masa selang ujian.....	155
Jadual 4.32	Perbandingan min pangkatan dan median skor kebimbangan bagi responden dalam kumpulan rawatan merentas empat masa selang ujian.....	156
Jadual 4.33	Keputusan ujian Friedman skor kebimbangan bagi responden dalam kumpulan rawatan merentas empat masa selang ujian	158
Jadual 4.34	Keputusan ujian Wilcoxon skor kebimbangan bagi responden lelaki dan perempuan dalam kumpulan rawatan merentas empat masa selang ujian.....	159
Jadual 4.35	Perbandingan min pangkatan dan median skor kebimbangan bagi responden lelaki dalam kumpulan rawatan dan kawalan untuk setiap masa selang ujian	160
Jadual 4.36	Keputusan ujian Mann-Whitney U skor kebimbangan bagi responden lelaki dalam kumpulan rawatan dan kawalan untuk ujian pra	162

Jadual 4.37	Keputusan ujian Mann-Whitney U skor kebimbangan bagi responden lelaki dalam kumpulan rawatan dan kawalan untuk ujian pos1.....	162
Jadual 4.38	Keputusan ujian Mann-Whitney U skor kebimbangan bagi responden lelaki dalam kumpulan rawatan dan kawalan untuk ujian pos 2.....	163
Jadual 4.39	Keputusan ujian Mann-Whitney U Skor Kebimbangan Bagi Responden Lelaki Dalam Kumpulan Rawatan dan Kawalan Untuk Ujian Pos 3	163
Jadual 4.40	Perbandingan pangkatan dan median skor kebimbangan bagi responden perempuan dalam kumpulan rawatan dan kawalan untuk setiap masa selang ujian	164
Jadual 4.41	Keputusan ujian Mann-Whitney U skor kebimbangan bagi responden perempuan dalam kumpulan rawatan dan kawalan untuk ujian pra.....	166
Jadual 4.42	Keputusan ujian Mann-Whitney U skor kebimbangan bagi responden perempuan dalam kumpulan rawatan dan kawalan untuk ujian pos 1	166
Jadual 4.43	Keputusan ujian Mann-Whitney U skor kebimbangan bagi responden perempuan dalam kumpulan rawatan dan kawalan untuk ujian pos 2	167
Jadual 4.44	Keputusan ujian Mann-Whitney U skor kebimbangan bagi responden perempuan dalam kumpulan rawatan dan kawalan untuk ujian pos 3	167
Jadual 4.45	Perbandingan min pangkatan dan median skor kebimbangan antara kumpulan rawatan dan kawalan untuk setiap masa selang ujian	168
Jadual 4.46	Keputusan ujian Mann-Whitney u skor kebimbangan bagi kumpulan rawatan dan kawalan untuk ujian pra	170
Jadual 4.47	Keputusan ujian Mann-Whitney U skor kebimbangan bagi kumpulan rawatan dan kawalan untuk ujian pos 1.....	170
Jadual 4.48	Keputusan ujian Mann-Whitney U skor kebimbangan bagi kumpulan rawatan dan kawalan untuk ujian pos 2.....	171
Jadual 4.49	Keputusan ujian Mann-Whitney U skor kebimbangan bagi kumpulan rawatan dan kawalan untuk ujian pos 3.....	171
Jadual 4.50	Tema pertama permainan Aminah	176
Jadual 4.51	Tema kedua permainan Aminah.....	180
Jadual 4.52	Tema ketiga permainan Aminah	184

Jadual 4.53	Tema keempat permainan Aminah.....	187
Jadual 4.54	Tema kelima permainan Aminah	190
Jadual 4.55	Analisis temu bual berstruktur bersama Aminah di luar seting	195
Jadual 4.56	Analisis maklum balas penjaga Aminah	195
Jadual 4.57	Perkembangan perubahan tingkah laku Aminah sepanjang tujuh sesi StPT	196
Jadual 4.58	Tema-tema permainan dulang pasir Aminah.	198

SENARAI RAJAH

Muka Surat

Rajah 1.1	Kerangka konsep kajian	30
Rajah 3.1	Reka bentuk model II konvergen ujian pra - pos	80
Rajah 3.2	Kaedah kuasi-eksperimen berbilang siri masa	81
Rajah 3.3	Proses kajian kualitatif-kajian kes (Creswell 2014)	104
Rajah 3.4	Proses pembinaan modul pendekatan Russell (1994)	112
Rajah 3.5	Prosedur rawatan dan kawalan.	123
Rajah 4.1	Nilai min pangkatan dan median skor konsep sendiri bagi responden lelaki dalam kumpulan rawatan merentas empat masa selang ujian	130
Rajah 4.2	Nilai min pangkatan dan median skor konsep sendiri bagi responden perempuan dalam kumpulan rawatan merentas empat masa selang ujian	133
Rajah 4.3	Perbandingan min pangkatan dan median skor konsep sendiri bagi responden lelaki dan perempuan dalam kumpulan rawatan	136
Rajah 4.4	Nilai min pangkatan dan median skor konsep sendiri bagi responden lelaki dalam kumpulan rawatan dan kawalan untuk setiap masa selang ujian	139
Rajah 4.5	Nilai min pangkatan dan median skor konsep sendiri bagi responden perempuan dalam kumpulan rawatan dan kawalan merentas setiap masa selang ujian	143
Rajah 4.6	Nilai min pangkatan dan median skor konsep sendiri bagi semua kumpulan merentas setiap masa selang ujian	147
Rajah 4.7	Nilai min pangkatan dan median skor kebimbangan bagi responden lelaki dalam kumpulan rawatan merentas empat masa selang ujian	151
Rajah 4.8	Nilai min pangkatan dan median skor kebimbangan bagi responden perempuan dalam kumpulan rawatan merentas masa selang ujian	154
Rajah 4.9	Nilai min pangkatan dan median skor kebimbangan bagi semua responden dalam kumpulan rawatan merentas empat masa selang ujian	157

Rajah 4.10	Perbezaan nilai min pangkatan dan median skor kebimbangan bagi responden lelaki dalam kumpulan rawatan dan kawalan untuk setiap masa selang ujian	164
Rajah 4.11	Nilai min pangkatan dan median skor kebimbangan bagi responden perempuan dalam kumpulan rawatan merentas empat masa selang ujian.....	165
Rajah 4.12	Nilai min pangkatan dan median skor kebimbangan bagi semua kumpulan merentas empat masa selang ujian	169
Rajah 4.13	Gubahan aktiviti permainan pertama Aminah.....	174
Rajah 4.14	Gubahan aktiviti permainan kedua Aminah	177
Rajah 4.15	Gubahan aktiviti permainan ketiga Aminah.....	181
Rajah 4.16	Gubahan aktiviti permainan keempat Aminah	185
Rajah 4.17	Gubahan aktiviti permainan kelima Aminah.....	188
Rajah 4.18	Skor konsep sendiri dan kebimbangan Aminah.....	197

SENARAI SINGKATAN

CBT	Cognitive Behavioral Therapy
CBPT	Cognitive Behavioral Play Therapy
BT	Behavioral Therapy
SP	Sand Play
StPT	Sandtray Play Therapy
CVI	Content Validity Index
TBK	Terapi Bermain Kumpulan
PT	Play Therapy
KR	Kumpulan Rawatan
KK	Kumpulan Kawalan
JKM	Jabatan Kebajikan Masyarakat
UPra	Ujian Pra
UPos1	Ujian Pos 1
UPos2	Ujian Pos 2
UPos3	Ujian Pos 3

**KESAN TERAPI BERMAIN DULANG PASIR TERHADAP
KONSEP KENDIRI DAN KEBIMBANGAN KANAK-KANAK YANG
MENGALAMI PENDERAAN**

ABSTRAK

Tujuan kajian ini adalah untuk mengkaji keberkesanan terapi permainan dulang pasir (StPT) menggunakan pendekatan Kognitif Tingkah Laku (CBT) terhadap kanak-kanak yang mengalami penderaan. Kajian ini juga bertujuan untuk menjawab soalan penyelidikan hasil kajian kes dapat menyokong keputusan kajian kuantitatif. Kaedah gabungan kuantitatif dan kualitatif – kajian kes digunakan dalam kajian. Data luar seting digunakan bagi menyokong hasil kajian. Kajian kuantitatif adalah sebuah kajian kuasi-eksperimen berbentuk kumpulan rawatan dan kawalan merentas empat masa ujian. Seramai 48 orang kanak-kanak berumur antara 7 hingga 12 tahun yang mengalami penderaan yang ditempatkan di rumah-rumah kanak-kanak kelolaan Jabatan Kebajikan Masyarakat telah dipilih melalui persampelan bertujuan. Dua rumah kanak-kanak, satu di Negeri Perak yang dijadikan tempat kajian eksperimen dan satu di Negeri Pulau Pinang dijadikan tempat kajian kawalan selama tujuh minggu. 12 orang lelaki dan 12 orang perempuan dipilih dari setiap rumah kanak-kanak berkenaan. Responden kajian dalam kumpulan rawatan menerima rawatan StPT. Tiada rawatan disediakan bagi kumpulan kawalan. Dua instrumen kajian digunakan dalam kajian. Instrumen PHCSC-2 untuk mengukur tahap konsep sendiri manakala STAIC mengukur tahap kebimbangan. Data yang dikumpulkan dianalisis dengan menggunakan ujian bukan parametrik *Friedman*, *Wilcoxon Test* dan *Mann-Whitney U*. Hasil analisis statistik menunjukkan tahap konsep sendiri meningkat dan tahap kebimbangan menurun secara signifikan dalam kumpulan

rawatan selepas menerima rawatan. Tiada perbezaan yang signifikan tahap konsep sendiri antara kumpulan rawatan dan kawalan bagi kedua-dua jantina. Manakala analisis mendapati terdapat perbezaan yang signifikan tahap kebimbangan antara kumpulan rawatan dan kawalan bagi kedua-dua jantina. Dapatan kajian kes melalui foto-foto gubahan dulang pasir, temu bual berstruktur dan analisis tema berserta dengan data sokongan luar seting iaitu temu bual berstruktur bersama responden, maklum balas penjaga dan analisis pemerhatian tujuh sesi StPT telah dibandingkan dengan dapatan kuantitatif. Keputusan gabungan ini menunjukkan berlaku perubahan tingkah laku positif terhadap responden dalam StPT. Dirumuskan bahawa StPT telah dapat memberi kesan terhadap kajian iaitu meningkatkan konsep sendiri dan mengatasi masalah kebimbangan.

EFFECTS OF SAND TRAY PLAY THERAPY ON ABUSED CHILDREN'S SELF-CONCEPT AND ANXIETY

ABSTRACT

The purpose of this study is to examine the effectiveness of the sand tray play therapy (StPT) using the Cognitive Behavioral Therapy (CBT) approach to abused children. This study also aims to answer research question whether the case studies can support quantitative research results. Mixed method quantitative and qualitative - case study were used in the study. External data sets were used to support the findings. The quantitative study is a quasi-experimental study in the form of treatment and control groups over a four-time series period. A total of 48 children between the ages of 7 and 12 who suffered abuse housed in the homes of children community run by Jabatan Kebajikan Masyarakat were selected through purposive sampling. Two children's homes, which is in the state of Perak and in the state of Penang as the experimental and control site respectively. 12 boys and 12 girls were selected from each of the children's homes. Respondents in the treatment group received StPT treatment and no treatment for the control group for a period of seven weeks. Two research instruments PHCSC-2 and STAIC were used to measure the level of self-concept and anxiety respectively. The data collected were analyzed using the non-parametric test of Friedman, Wilcoxon test and Mann-Whitney U. The result of statistical analysis showed that the level of self-concept increased and the level of anxiety decreased significantly in the control group after receiving treatment. No significant difference in the level of self-concept between experiment and control group. However there was a significant difference in the level of anxiety between experiment and control group. The finding of the case study and

quantitative were compared. These combined results indicated that there has been a positive change in the attitude towards respondents in the StPT. It is concluded that StPT has been able to impact research by improving self-concept and addressing anxiety issues.

BAB 1

PENGENALAN

1.1 Pendahuluan

Kanak-kanak didefinisikan sebagai seseorang yang di bawah umur 18 tahun seperti yang termaktub dalam Konvensyen Mengenai Hak Kanak-kanak dan Akta Kanak-kanak Tahun 2001. Kanak-kanak merupakan sebahagian daripada masyarakat yang amat penting, yang menjadi aset negara dan penyambung nadi pembangunan negara pada masa hadapan. Pembangunan psikologi yang positif sangat penting dalam memastikan kelangsungan negara mempunyai warga yang sihat demi pembangunan negara. Namun demikian, di dapati kanak-kanak telah dieksploitasi apabila meletusnya revolusi industri pertama di negara Barat sebelum menjelang abad ke-19. Penderaan telah berlaku dalam pelbagai bentuk terhadap kanak-kanak seperti penderaan fizikal, seksual, emosi dan pengabaian. Penderaan tidak kira sama ada dalam bentuk fizikal, emosi, seksual mahupun pengabaian telah memberi kesan yang negatif terhadap perkembangan psikologi dalam kalangan kanak-kanak seperti masalah psikosis dan neurosis apabila umur kanak-kanak makin meningkat dewasa. Masalah penderaan kanak-kanak hanya mendapat perhatian pada akhir abad yang ke-19 apabila didapati peningkatan penderaan dalam kalangan kanak-kanak makin meningkat. Penderaan kanak-kanak boleh berlaku tanpa mengira status sosioekonomi, pendidikan, agama, bangsa dan umur, malah turut berlaku terhadap kanak-kanak kurang upaya. Dasar perlindungan kanak-kanak amat perlu pada masa ini bagi menggalakkan setiap agensi, organisasi dan anggota masyarakat memberi keutamaan kepada perlindungan kanak-kanak sebagai tanggungjawab bersama. Dasar ini adalah selaras dengan falsafah Konvensyen Mengenai Hak Kanak-kanak

(CRC) dan Akta Kanak-kanak 2001 yang juga menekankan prinsip perlindungan kepada kanak-kanak demi kepentingan terbaik mereka. Bagi membolehkan kanak-kanak mencapai tahap kesempurnaan sendiri (Maslow,1943) menjelang kedewasaannya, kanak-kanak perlu melalui proses keperluan berikut iaitu;

- (i) fisiologi,
- (ii) keselamatan,
- (iii) kasih sayang, dan
- (iv) penghargaan.

Kesemua keperluan ini perlu dipenuhi oleh ibu bapa atau penjaga kepada kanak-kanak tersebut. Kejayaan dalam memenuhi kesemua keperluan ini akan dapat memberikan kesan kepada aspek psikologi kanak-kanak dan akan dibawa bersama untuk mengharungi zaman remaja, dewasa dan seterusnya ke zaman tua mereka. Pengalaman yang dilalui ini akan diperturunkan pula kepada generasi di bawah mereka kelak.

Keadaan ini akan dapat melahirkan generasi yang sihat daripada aspek mental, emosi dan mempunyai tingkah laku yang positif. Namun, tidak dapat dinafikan, masih terdapat kanak-kanak yang tidak berpeluang melalui setiap peringkat sepertimana yang diutarakan oleh Maslow (1943). Hak kanak-kanak dicerobohi khusus dalam kalangan mereka yang paling hampir dengan kanak-kanak iaitu; ibu bapa ataupun penjaga kepada kanak-kanak. Penderaan kanak-kanak telah menjadi satu masalah yang berterusan hingga memberi kesan negatif kepada kanak-kanak, keluarga, masyarakat dan negara (Khadijah Alavi & Ann Wan Seng, 2003). Sehubungan itu, perlindungan terhadap kanak-kanak daripada pengabaian, penderaan, keganasan dan eksploitasi merupakan satu aspek penting dan hendaklah

diberi keutamaan. Mereka ini wajar diberikan perlindungan dan penjagaan di samping kasih sayang dan perhatian yang menjadi tunjang utama dalam sesebuah institusi keluarga.

1.2 Latar Belakang Kajian

Penderaan kanak-kanak terus menjadi masalah yang lazim dan kompleks dalam masyarakat hari ini. "Penderaan" dan "pengabaian" merupakan istilah yang sering digunakan silih berganti. Walau bagaimanapun, istilah-istilah ini mewakili dua jenis penganiayaan yang berbeza - penderaan berlaku apabila seseorang bertindak secara agresif terhadap kanak-kanak, manakala pengabaian berlaku apabila seseorang gagal diberi perhatian kepada kanak-kanak, contohnya meninggalkan kanak-kanak di rumah tanpa jagaan (Nor Shafrin Ahmad, 2012).

Terdapat empat kategori utama penderaan kanak-kanak:

- (i) Pengabaian: kegagalan memenuhi keperluan asas kanak-kanak.
- (ii) Penderaan fizikal: menumbuk, memukul, menendang, menggigit, membakar, menggoncang, menikam, mencekik, atau mencederakan kanak-kanak.
- (iii) Penderaan seksual: menyentuh bahagian sulit kanak-kanak, bersetubuh, sumbang muhrim, merogol, meliwat, mendedahkan kemaluan, dan eksploitasi komersil menerusi pelacuran atau produksi bahan-bahan lucah.
- (iv) Penderaan emosi: kritikan berterusan, ugutan, penolakan serta ketiadaan kasih sayang, sokongan atau bimbingan.

Mangsa penderaan kanak-kanak mungkin mengalami gangguan tekanan selepas trauma *post-traumatic stress disorder*" (PTSD) (Howe, 2005) serta memberi

kesan psikologi hingga peringkat dewasa (Fritch, Mishkind, Reger & Gahm, 2010). Penderaan menimbulkan kesan kesihatan mental yang serius kepada mangsa penderaan kanak-kanak. Kanak-kanak mangsa penderaan akan mengalami kemurungan bila tiba usia lewat 20an (DuMont, Widom, & Czaja, 2007), kebimbangan, penagihan dan gangguan personaliti antara kesan daripada penderaan (Spila, Makara, Kozak, & Urbanska, 2008), bertingkah laku agresif (Vandenberg & Marsh, 2009). Kanak-kanak tersebut selalu menyendiri, tidak bermaya untuk belajar dan hidup, dan kelihatan termenung dan selalu berangan dan mencari jalan keluar dengan penglibatan dalam penyalahgunaan dadah, menunjukkan fobia (takut dalam keadaan tertentu) mengalami kesukaran untuk menyesuaikan diri terhadap perubahan di rumah, sekolah, kelihatan murung, dan terlibat dengan salah laku. Usaha dalam memberi rawatan terhadap kanak-kanak yang mengalami penderaan telah dilakukan melalui program yang berstruktur dan juga melalui kaunseling. pelbagai program pemulihan bagi membantu menstabilkan pemikiran, emosi dan tingkah laku kanak-kanak mangsa penderaan. Terdapat dua matlamat yang hendak dicapai melalui program rawatan yang dilaksanakan Pertama; matlamat jangka pendek yang bertujuan: (i) Untuk mewujudkan kepercayaan dan komunikasi berterusan, (ii) Untuk menggalakkan kanak-kanak mendapat kawalan terhadap keadaan sekelilingnya, (iii) Untuk merasa selamat untuk meneroka perkara baru, (iv) Untuk memahami penyebab kerisauan atau ketakutan berkaitan dengan kejadian penderaan, dan (v) Kanak-kanak perlu belajar untuk meneroka, mencuba dan bermain serta merasai kebolehan menguasai persekitaran untuk sembuh. Fasilitator perlu memastikan dari semasa ke semasa bahawa kanak-kanak sedar dan memahami ketakutan dan kerisauan mereka. Kedua merupakan matlamat jangka panjang,

antaranya ialah; (i) Untuk membantu kanak-kanak melalui trauma yang lalu tanpa perasan takut dan bimbang, (ii) Untuk membolehkan mereka melalui cabaran baru seperti tekanan rakan sebaya, identiti dan persepsi tugas, harga diri dan perkembangan moral dan (iii) Jangka masa perawatan bergantung kepada jenis, keterukan dan jangka masa penderaan dan kemahiran kanak-kanak tersebut menangani masalah. Gilbert et al., (2009), menyatakan antara lain tujuan rawatan yang dijalankan adalah bertujuan untuk; (i) menggalakkan kanak-kanak untuk bercakap dan berfikir mengenai penderaan yang dialami tanpa mempunyai rasa malu ataupun takut; (ii) membantu kanak-kanak untuk menyatakan perasaan mengenai penderaan; (iii) mengurangkan gejala tingkah laku dan emosi; (iv) mengubah dan menukar cara pemikiran yang negatif terhadap diri kanak-kanak dan orang lain; (v) membantu kanak-kanak untuk membina hubungan yang sihat; (vi) mengukuhkan kemahiran *coping* kanak-kanak; (viii) meningkatkan kemahiran sosial, dan (viii) memberikan pengetahuan cara untuk melindungi diri.

Namun demikian, kanak-kanak mempunyai limitasi dari aspek kognitif dan mengekspresikan bahasa emosi (Landreth, 2012; Kottman & Meany-Walen, 2016), hasil dari pengalaman traumatik dilalui mereka (Rosanida Anang, 2012). Kanak-kanak mangsa penderaan akan mengakibatkan berlakunya proses perkembangan yang tidak sihat dan kecelaruan sendiri (Khadijah Alavi & Ann Wan Seng, 2003). Rawatan di peringkat awal kanak-kanak adalah amat penting kerana tanpa intervensi tingkah laku tersebut akan sebatikan dalam diri kanak-kanak tersebut (Meany-Walen, Bratton, & Kottman, 2014).

1.2.1 Terapi bermain

Hampir semua teori bermain menganggap bermain secara biologi berguna untuk memudahkan perkembangan organisma manusia. Bermain juga memberikan kanak-kanak peluang untuk dirawat dengan mekanisme *coping* semasa membesar (Niebergall, 2001). Ini bermaksud bermain ataupun terapi bermain boleh digunakan dengan kanak-kanak yang mempunyai masalah berkaitan dengan kebimbangan dikaitkan dengan krisis atau peristiwa traumatik (Johnson, Christie, & Yawkey, 1998). Terapi bermain merupakan salah satu kaedah rawatan untuk membantu anak usia 3 sampai 12 tahun mengekspresikan fikiran, perasaan, atau emosi mereka dengan lebih baik. Kanak-kanak bermain berdasarkan pengalaman dan perasaan mereka berlaku secara semula jadi dalam sesi. Pendekatan terapi bermain dalam sesi kaunseling memberi ruang menghormati dunia kanak-kanak yang lebih bersifat bersendirian dan tidak memberi tekanan kanak-kanak untuk berinteraksi secara dunia orang dewasa. Menurut (Gladding, 2016), terapi bermain adalah merupakan pendekatan kaunseling kreatif dan berperanan terapeutik bagi membolehkan kaunselor berkomunikasi dengan kanak-kanak secara efisien dan memupuk perhubungan dan membina kepercayaan antara kaunselor dengan kanak-kanak sebagai klien.

Terdapat pelbagai pendekatan terapi bermain yang digunakan, yang merangkumi '*Jungian analytical play therapy*', '*psychoanalytical play therapy*', '*cognitive behavioral play therapy*', '*ecosystemic play therapy*', '*phenomenological play therapy*', dan '*prescriptive play therapy*' (Schaefer, 2003). Kesemua pendekatan ini digunakan dalam kaunseling individu, kaunseling kelompok dan kaunseling keluarga (Lev-Wiesel, 2008; Tourigny, Hébert, Daigneault, & Simoneau, 2005).

Dalam terapi bermain terdapat pelbagai jenis peralatan yang digunakan antaranya ialah 'dollhouse', 'dollhouse furniture' dan 'figurines', 'costume jewelry', 'hand puppets', 'crayons', 'Play-Doh', 'play telephones' dan 'sandplay' (Schaefer, 2003).

Ada dua pendekatan yang digunakan dalam terapi bermain:

- (i) Terapi bermain tidak langsung. Terapi ini berdasarkan pada prinsip bahawa anak-anak bisa menyelesaikan masalah mereka sendiri dengan kebebasan bermain, menggunakan instruksi dan pengawasan terbatas.
- (ii) Terapi bermain langsung. Terapi ini menggunakan lebih banyak penglibatan dari terapis untuk membantu mempercepatkan hasil.

1.2.2 Terapi bermain dulang pasir (StPT)

Bermain pasir merupakan kaedah yang paling kerap digunakan oleh ahli terapi dalam membantu kanak-kanak untuk memahami gaya kehidupan, pemikiran, dan perasaan melalui penggunaan miniatur dalam kotak pasir dan diasaskan oleh Lowenfeld (1935). Terapi bermain pasir juga dikenali dengan pelbagai istilah termasuk 'sandplay', 'sandtray', 'sandworlds' dan dunia dulang pasir. Terapi bermain pasir merupakan terapi ekspresif yang fleksibel, boleh digunakan kepada klien pelbagai usia sama ada secara direktif atau bukan direktif (Sweeney & Homeyer, 2009). Menurut Homeyer dan Sweeney (2005) permainan pasir digunakan untuk membantu klien menangani isu-isu mereka melalui kaedah bukan lisan. Sementara menurut Monakes (2011) terapi bermain pasir dapat memudahkan komunikasi daripada segi bahasa dan ungkapan di luar bawah sedar. Rasional penggunaan terapi bermain pasir membolehkan isu-isu *nonverbalized* dapat dizahirkan. Kaunselor telah menggunakan terapi ini untuk pelbagai tujuan terhadap kanak-kanak, remaja, orang dewasa, keluarga dan kelompok (Sangganjanavanich, 2011).

Kepentingan terapi bermain pasir:

- (i) Membantu meningkatkan keupayaan mental, emosi dan kesihatan.
- (ii) Membantu meningkatkan pertuturan dan komunikasi.
- (iii) Merangsang pemikiran kanak-kanak.
- (iv) Mengurangkan tekanan emosi.
- (v) Membantu meningkatkan kemahiran sosial.
- (vi) Mewujudkan suasana pembelajaran yang menyeronokkan.
- (vii) Membantu meningkatkan keupayaan motor halus melalui aktiviti dalam terapi pasir.

Terapi bermain pasir menggunakan bahan-bahan seperti dulang yang berisi pasir sama ada basah atau kering dan beberapa jenis patung miniatur. Dulang pasir dianggap sebagai kanvas di mana klien boleh mewujudkan adegan simbolik, yang menggambarkan aspek kehidupan dalaman dan luaran. Ruang permainan terlindung dapat menyediakan suasana selamat dan kebebasan yang perlu dalam membangunkan pertumbuhan diri (Sweeney & Homeyer, 2009). Dulang pasir diisi dengan pasir. Klien diberi kebebasan memilih patung-patung miniatur untuk diletakkan ke dalam dulang tersebut untuk menghidupkan adegan-adegan dulang pasir. Patung-patung miniatur digunakan sebagai metafora dan secara simbolik mendedahkan kisah atau pengalaman klien. Pasir boleh ditolak jauh dari kawasan di bahagian bawah dulang memberikan gambaran air biru yang boleh dijadikan sungai, tasik atau lautan.

Air boleh digunakan untuk membasahkan pasir supaya ia boleh dibentuk. Patung-patung dan benda-benda kecil disusun di atas rak sedia terbuka. Patung-patung dan benda-benda kecil terdiri daripada haiwan ternakan, haiwan zoo, anak

patung keluarga, tentera, peralatan isi rumah, kenderaan pengangkutan, peralatan seperti pagar, pintu pagar, pokok, bangunan, jambatan serta mainan fantasi termasuk haiwan prasejarah, raksasa dan patung miniatur cerita dongeng. Dalam proses terapi bermain pasir, klien diminta untuk menggunakan patung miniatur untuk menggubah apa sahaja gambaran yang mereka pilih di dalam dulang pasir tersebut. Klien diberitahu gambar akan dirakam apabila aktiviti selesai.

Memandangkan bermain merupakan bahasa dalam kehidupan kanak-kanak ia juga merupakan bahasa dan menyediakan tempat untuk meluahkan emosi untuk kanak-kanak yang sukar untuk berkata-kata. Terapi bermain pasir menyediakan medium yang selamat untuk menyatakan sesuatu. Dalam erti kata lain bermain merupakan bahasa, manakala patung-patung miniatur adalah kata-kata. Menurut Baker dan Gerler (2008) terapi bermain pasir merupakan pendekatan kaunseling yang berkesan untuk menangani pelbagai keperluan kanak-kanak sekolah rendah dan boleh membantu kanak-kanak dalam pertumbuhan dan pembangunan diri mereka (Ray, Armstrong, Warren, & Balkin, 2005). Ciri-ciri terapi pasir membolehkan kanak-kanak berkomunikasi secara bukan verbal semasa berdepan dengan masalah (Homeyer & Sweeney, 2005). Flahive (2005), Flahive dan Ray (2007) dan Shen (2006) telah mendapati terdapat perubahan tingkah laku terhadap pelajar yang mempunyai masalah tingkah laku setelah mengikuti terapi permainan pasir. Manakala kajian oleh Draper, Ritter dan Willingham, (2003) mendapati terapi bermain pasir telah membantu kanak-kanak mengatasi trauma dalam hidup mereka kesan daripada perceraian ibu bapa. Pendekatan terapi bermain pasir telah digunakan secara meluas di negara-negara barat seperti Amerika Syarikat (Draper, Ritter & Willingham, 2003). Terapi bermain pasir ini diterima dan diaplikasikan di klinik-

klinik di beberapa negara (Bradway, 1979). Namun demikian terapi bermain pasir baru mula menampakkan perkembangan di Malaysia dan telah mendapat status sebagai terapi yang mempunyai kekuatan serta merupakan satu kaedah yang berunsur terapeutik (Rusli, 2014).

1.3 Pernyataan Masalah Kajian

Di Malaysia, penderaan kanak-kanak tidak terkecuali dan berterusan berlaku dalam kalangan semua bangsa dan etnik. Secara umumnya dilaporkan kebanyakan kanak-kanak yang terlibat dalam penderaan datang dari bandar-bandar besar seperti, Kuala Lumpur, Selangor dan Pulau Pinang, manakala yang paling kurang di negeri Terengganu, Perlis dan Kelantan (Jabatan Kebajikan Masyarakat, 2017). Kebanyakan jenis penderaan yang berlaku di Malaysia ialah, penderaan seksual, diikuti dengan pengabaian dan fizikal. Mangsa penderaan adalah lebih ramai terdiri daripada kanak-kanak perempuan berbanding dengan kanak-kanak lelaki yang berumur antara 7 hingga 14 tahun (Jabatan Kebajikan Masyarakat, 2017). Terdapat 1010 kes penderaan kanak-kanak telah dilaporkan pada bulan April 2010 yang merangkumi penderaan fizikal, emosi, sumbang mahram dan pembuangan anak. Statistik menunjukkan sebanyak 808 kes penderaan kanak-kanak dilakukan oleh ibu bapa, 23 kes adik beradik, 270 kes oleh rakan lelaki ibu, 26 kes dilakukan oleh jiran, 322 kes oleh saudara mara, 231 kes oleh individu yang dikenali dan 110 kes oleh individu yang tidak dikenali (Masyarakat, 2016). Jadual 1.1 menunjukkan terdapat peningkatan kes penderaan di seluruh negara dari tahun 2013 hingga 2017 berdasarkan laporan JKM (Jabatan Kebajikan Masyarakat, 2017). Walaupun terdapat penurunan dan peningkatan jenis penderaan, namun pada keseluruhannya jumlah kes penderaan meningkat dari tahun ke tahun.

Jadual 1.1

Statistik Penderaan Kanak-Kanak Di Malaysia Mengikut Tahun

Jenis Penderaan	2013	2014	2015	2016	2017
Fizikal	1134	1218	1167	1303	1628
Emosi	56	59	72	98	61
Seksual	1093	985	978	1034	1397
Pengabaian	1769	2035	2236	2547	2410
Jumlah	4052	4297	4453	4982	5496

Sumber: Jabatan Kebajikan Masyarakat (JKM)

Apa yang membimbangkan ialah, jumlah ini tidak termasuk kes-kes yang tidak dilaporkan, yang pergi tidak dapat dikesan oleh pihak berkuasa (Child Rights Coalition Malaysia, 2012). Peningkatan kes ini memberi kesan yang negatif terhadap perkembangan psikologi kanak-kanak daripada aspek pemikiran, emosi dan tingkah laku. Kajian telah mendapati kesan negatif seperti agresif, keganasan, mencederakan diri sendiri, masalah emosi, masalah hubungan interpersonal, gangguan makan, kemurungan, keresahan, gangguan tekanan selepas trauma dan persepsi negatif terhadap diri adalah kesan daripada pengalaman penderaan dan pengabaian (Bae, Solomon, & Gelles, 2007; Lev-Wiesel, 2008; Rorty, Yager, & Rossotto, 1994). Di samping itu kajian telah menunjukkan bahawa penderaan kanak-kanak boleh dikaitkan masalah dalaman seperti ‘*withdrawal*’, kebimbangan, kemurungan, manakala masalah luaran dikaitkan dengan kecelaruan tingkah laku, keganasan, dan delinkuen (Boney-McCoy & Finkelhor, 1995).

1.3.1 Konsep sendiri kanak-kanak mangsa penderaan

Peristiwa penderaan yang dialami oleh kanak-kanak memberi kesan terhadap perkembangan seseorang kanak-kanak (Davidson & Omar, 2014). Menurut Rogers (1961) konsep sendiri adalah terhasil daripada pengalaman traumatik dan

tidak mencapai kepuasan dalam hidup seseorang. Finkelhor dan Browne (1988) menjelaskan *sense of powerlessness* yang mengiringi kanak-kanak mengalami penderaan merupakan komponen penting kepada gangguan sendiri mereka. Apa yang dimaksudkan dengan *sense of powerlessness* oleh Finkelhor dan Browne (1988) merujuk kepada proses di mana kehendak keinginan, dan rasa keupayaan sendiri telah menjadi terencat. Menurut Mullen, Martin, Anderson, Romans dan Herbison, (1996) kanak-kanak yang mempunyai sejarah penderaan, boleh dikaitkan dengan peningkatan kadar masalah psikopatologi, termasuk estim sendiri yang rendah. Lopez dan Heffer (1998) dan Kinard (1980) mendapati kanak-kanak yang menghadapi penderaan fizikal mengalami konsep sendiri negatif yang boleh menjejaskan perkembangan secara positif sehingga dewasa (Black, Dubowitz, & Harrington, 1994; Lopez & Heffer, 1998). Kesan daripada konsep sendiri yang negatif adalah malu, permusuhan, kemarahan, kemurungan, yang berpotensi merosakkan perkembangan sendiri kanak-kanak dan orang lain (Wekerle & Wolfe, 1999). Selain itu, konsep sendiri yang negatif sering dikaitkan dengan gangguan *internalizing disorder*, seperti kebimbangan dan *eating disorder* (Rao & Tamta, 2015), bunuh diri (Harter & Monsour, 1992) dan terlibat dengan alkohol (Swaim & Wayman, 2004). Kenyataan di atas dapat menjelaskan kepentingan konsep sendiri dalam membantu perkembangan kanak-kanak terutama yang mengalami penderaan. Sehubungan dengan itu terdapat justifikasi konsep sendiri dipilih untuk kajian ini. Kepentingan konsep sendiri dalam kajian adalah seperti berikut:

- (i) Perkembangan kanak-kanak harus melalui pengalaman yang sejahtera dan menyenangkan. Literatur di atas menunjukkan bahawa konsep diri mempunyai peranan dalam pembangunan kesihatan mental terutama

dalam perlembangan kanak-kanak yang mengalami penderaan.

- (ii) Peristiwa kehidupan negatif seperti penderaan dan kemudiannya akan mempengaruhi konsep diri seseorang dalam bidang sosial dan interpersonal. Konsep sendiri merupakan aspek penting dalam perkembangan kanak-kanak.
- (iii) Konsep sendiri mempunyai hubungan yang signifikan dengan masalah penderaan kanak-kanak (Brayden, Deitrich-MacLean, Dietrich, Sherrod, & Altemeier, 1995; Briere & Elliott, 1994; D. Finkelhor, 1994).

Dapatan-dapatan kajian dilihat mampu memberi implikasi yang positif terhadap pengembangan rawatan terhadap kanak-kanak yang mengalami penderaan. Malah dapatan juga memberi tambahan maklumat dalam usaha menangani masalah kesan daripada penderaan khususnya konsep sendiri rendah. Walau bagaimanapun, banyak usaha dan kajian yang perlu dilaksanakan bagi mengupas input penting khususnya terhadap pendekatan rawatan kesan penderaan dalam pembangunan psikologi. Oleh itu perlu kajian diadakan dalam membantu kanak-kanak yang mengalami penderaan melalui peningkatan konsep sendiri.

1.3.2 Kebimbangan kanak-kanak mangsa penderaan

Kebimbangan tidak terkecuali berlaku terhadap kanak-kanak yang mengalami penderaan. Kanak-kanak yang mempunyai sejarah penderaan mempunyai perkaitan gejala kebimbangan yang tinggi (Simon & Feiring, 2008). Menurut Siverman dan Treffers (2001) gangguan kebimbangan adalah antara masalah kesihatan mental yang menjejaskan antara 20% ketika dalam kehidupan kanak-kanak (Shaffer et al., 1996), seperti kesan disfunksinya emosi yang dikaitkan

kebimbangan (Soenke, Hahn, Tull, & Gratz, 2010), gangguan tekanan selepas trauma dan gangguan kebimbangan sosial (Bishop, Rosenstein, Bakelaar, & Seedat, 2014). Manakala kajian tempatan terhadap kebimbangan telah dilakukan oleh Wong et al., (2016). Kajian semula sistematik ini melibatkan rujukan pangkalan data, senarai rujukan, sumber internet, dan input daripada pakar kandungan mendedahkan terdapat 42 kajian yang berkaitan gejala yang ada hubungan dengan kebimbangan dan 12 kajian ini secara khusus menilai gangguan kebimbangan. Kajian ini memberi gambaran menyeluruh tentang gangguan kebimbangan di Malaysia.

Brand dan Fox (2008) memperincikan kesan akibat tingkah laku maladaptif hasil dari kebimbangan antaranya ialah:

- (i) Menampakkan tingkah laku penarikan atau terlibat dengan fantasi atau tingkah laku seperti keanakan,
- (ii) Sukar untuk berkawan dengan rakan sebaya,
- (iii) Tidak mahu melakukan aktiviti fizikal dan
- (iv) Terlibat dengan tingkah laku delinkuen.

Selain itu kebimbangan dipercayai boleh memberi kesan terhadap jantung, sistem saraf dan menurunkan fungsi imunisasi (Beesdo, Knappe, & Pine, 2009; Hernandez, Loza, Vargas, & Jara, 2011) Inilah sebabnya mengapa kebimbangan perlu dikesan awal dan sewajarnya diberi rawatan yang sebaiknya (Kiliś-Pstrusińska et al., 2013). Sehubungan dengan itu terdapat justifikasi kebimbangan dipilih untuk kajian ini. Kepentingan kebimbangan dalam kajian adalah seperti berikut:

- (i) Kanak-kanak yang telah mengalami penderaan menunjukkan lebih banyak ketakutan posttraumatik seperti kebimbangan (Briere & Elliott, 1994).

- (ii) Pada tahun 2017, berdasarkan tinjauan Kesihatan dan Morbiditi Negara, didapati bahawa di kalangan remaja berumur 13-17, 18.3 peratus mengalami kemurungan dan 39.7 peratus mengalami kecemasan.
- (iii) Kelaziman gangguan kecemasan tidak difahami di Malaysia. Gangguan kecemasan adalah gangguan kesihatan mental yang biasa dengan impak yang signifikan terhadap individu dan beban di negara ini secara keseluruhan (Wong et al., 2016).

Kajian kebimbangan ini memberi gambaran menyeluruh tentang kelainan gangguan masalah psikologi khususnya terhadap kanak-kanak di Malaysia. Lebih banyak penyelidikan diperlukan untuk membangunkan rawatan yang disahkan untuk kegunaan tempatan dan setanding dengan piawaian antarabangsa (Wong, et al., 2016).

1.3.3 Rawatan

Semua kes penderaan yang dilaporkan adalah di bawah kendalian Jabatan Kebajikan Masyarakat (JKM) untuk diambil tindakan mengikut Pelan Tindakan Perlindungan Kanak-kanak Negara (PTPKN) bawah Dasar Perlindungan Kanak-kanak (DPK). Dasar perlindungan tersebut termasuklah perkhidmatan kaunseling di pusat jaga kanak-kanak. Sehubungan dengan itu perkhidmatan kaunseling adalah untuk memberi sokongan bercorak pencegahan dan perlindungan terutama bagi kanak-kanak yang didera oleh keluarga mereka. JKJ telah mengujudkan program-program tersendiri dalam membantu kanak-kanak yang tinggal di rumah kanak-kanak (Portal Jabatan Kebajikan Masyarakat - 2016), yang memberi fokus terhadap pembangunan kerohanian kanak-kanak di samping sesi kaunseling yang dijalankan.

Pendekatan lain seperti rawatan secara khusus belum diberikan penekanan. Salah satu pendekatan yang dikenal pasti berkesan dalam membantu kanak-kanak ialah penggunaan terapi bermain. Terapi bermain telah luas digunakan di Barat semenjak tahun 1990an mengaplikasikan kaedah psikoterapi perkembangan bagi memenuhi keperluan sosio-emosi kanak-kanak (Mariani Mansor & Asnarulkhadi Abu Samah, 2011). Lanjutan dari itu, menurut Mariani Mansor dan Asnarulkhadi Abu Samah (2011) terapi bermain merupakan satu bentuk kaedah terapeutik yang bertujuan untuk membantu kanak-kanak memahami dan menangani sendiri masalah psikososial yang mereka alami. Melalui terapi bermain membolehkan kanak-kanak meluahkan perasaan dan ketidakpuasan melalui bermain (Axline, 1989; Landreth, 2002). Terapi bermain telah berjaya dilaksanakan dalam pelbagai persekitaran seperti, peringkat umur, jantina, populasi dan dalam pelbagai situasi klinikal dan bukan (Bratton, Ray, Rhine, & Jones, 2005) dalam membentuk tingkah laku, personaliti dan penyesuaian sosial kanak-kanak. Pendekatan terapi bermain ini telah lama dilaksanakan di Barat, namun di Malaysia penggunaannya masih terbatas khusus di pusat pemulihan kanak-kanak. Tidak ada kajian-kajian empirikal yang melaporkan keberkesanan terapi bermain terhadap kanak-kanak mangsa penderaan. Oleh itu, usaha perlu dilakukan dalam mempertingkatkan pendekatan rawatan dalam membantu kanak-kanak mangsa penderaan dengan cara yang lebih objektif.

1.4 Tujuan dan Objektif Kajian

Kajian ini bertujuan untuk mengkaji kesan terapi bermain dulang pasir (StPT) merentas empat masa ujian (UPra, UPos 1 UPos 2 dan UPos 3) terhadap skor konsep sendiri dan kebimbangan kumpulan rawatan terhadap responden lelaki dan perempuan.

Secara terperinci objektif kajian ini adalah seperti berikut:

- (i) Mengkaji kesan terapi bermain dulang pasir (StPT) merentas empat masa selang ujian (UPra, UPos 1 UPos 2 dan UPos 3) terhadap skor konsep sendiri kumpulan rawatan bagi responden lelaki dan perempuan.
- (ii) Mengkaji kesan terapi bermain dulang pasir (StPT) merentas empat masa selang ujian (UPra, UPos 1 UPos 2 dan UPos 3) terhadap skor konsep sendiri kumpulan rawatan dan kawalan bagi responden lelaki dan perempuan.
- (iii) Mengkaji kesan terapi bermain dulang pasir (StPT) merentas empat masa selang ujian (UPra, UPos 1 UPos 2 dan UPos 3) terhadap skor kebimbangan kumpulan rawatan bagi responden lelaki dan perempuan.
- (iv) Mengkaji kesan terapi bermain dulang pasir (StPT) merentas empat masa selang ujian (UPra, UPos 1 UPos 2 dan UPos 3) terhadap skor kebimbangan kumpulan rawatan dan kawalan bagi responden lelaki dan perempuan.
- (v) Mengkaji kesan signifikan dapatan kajian kes terapi bermain dulang pasir (StPT) bagi menyokong dapatan kuantitatif.

1.5 Persoalan Kajian

Persoalan kajian ini dibentuk berdasarkan objektif kajian. Persoalan kajian dibahagikan kepada dua variabel bersandar dan satu kajian kes yang dikaji. Persoalan kajian terdiri daripada 12 persoalan kajian utama, 24 persoalan kajian sekunder dan satu persoalan kajian kualitatif.

Persoalan kajian adalah seperti berikut:

1. Adakah terdapat perbezaan yang signifikan skor konsep sendiri merentas empat masa selang ujian (UPra, UPos 1, UPos 2, & UPos 3) bagi responden lelaki dalam kumpulan rawatan?
2. Adakah terdapat perbezaan yang signifikan skor konsep sendiri merentas empat masa selang ujian (UPra, UPos 1, UPos 2, UPos 3) bagi responden perempuan dalam kumpulan rawatan?
3. Adakah terdapat perbezaan yang signifikan skor konsep sendiri merentas empat masa selang ujian (UPra, UPos 1, UPos 2, & UPos 3) bagi responden lelaki dan perempuan dalam kumpulan rawatan?
4. Adakah terdapat perbezaan yang signifikan skor konsep sendiri merentas empat masa selang ujian (UPra, UPos 1, UPos 2, & UPos) bagi responden lelaki dalam kumpulan rawatan dan kawalan?
 - (i) Adakah terdapat perbezaan yang signifikan skor konsep sendiri bagi responden lelaki dalam kumpulan rawatan dan kawalan untuk ujian pra 1?
 - (ii) Adakah terdapat perbezaan yang signifikan skor konsep sendiri bagi responden lelaki dalam kumpulan rawatan dan kawalan untuk ujian pos 1?
 - (iii) Adakah terdapat perbezaan yang signifikan skor konsep sendiri bagi responden lelaki dalam kumpulan rawatan dan kawalan untuk ujian pos 2?

- (iv) Adakah terdapat perbezaan yang signifikan skor konsep sendiri bagi responden lelaki dalam kumpulan rawatan dan kawalan untuk ujian pos 3?
5. Adakah terdapat perbezaan yang signifikan skor Konsep Kendiri merentas empat masa selang ujian (UPra, UPos 1, UPos 2, & UPos 3) bagi responden perempuan dalam kumpulan rawatan dan kawalan?
- (i) Adakah terdapat perbezaan yang signifikan skor konsep sendiri bagi responden perempuan dalam kumpulan rawatan dan kawalan untuk ujian pra?
 - (ii) Adakah terdapat perbezaan yang signifikan skor konsep sendiri bagi responden perempuan dalam kumpulan rawatan dan kawalan untuk ujian pos 1?
 - (iii) Adakah terdapat perbezaan yang signifikan skor konsep sendiri bagi responden perempuan dalam kumpulan rawatan dan kawalan untuk ujian pos 2?
 - (iv) Adakah terdapat perbezaan yang signifikan skor konsep sendiri bagi responden perempuan dalam kumpulan rawatan dan kawalan untuk ujian pos 3?
6. Adakah terdapat perbezaan yang signifikan skor konsep sendiri merentas empat masa selang ujian (UPra, UPos 1, UPos 2, & UPos 3) bagi semua kumpulan rawatan dan kawalan?
- (i) Adakah terdapat perbezaan yang signifikan skor konsep bagi kumpulan rawatan dan kawalan untuk ujian pra?

- (ii) Adakah terdapat perbezaan yang signifikan skor konsep bagi kumpulan rawatan dan kawalan untuk ujian pos 1?
 - (iii) Adakah terdapat perbezaan yang signifikan skor konsep bagi kumpulan rawatan dan kawalan untuk ujian pos 2?
 - (iv) Adakah terdapat perbezaan yang signifikan skor konsep bagi kumpulan rawatan dan kawalan untuk ujian pos 3?
7. Adakah terdapat perbezaan yang signifikan skor kebimbangan merentas empat masa selang ujian (UPra, UPos 1, UPos 2, & UPos 3) bagi responden lelaki dalam kumpulan rawatan?
8. Adakah terdapat perbezaan yang signifikan skor kebimbangan merentas empat masa selang ujian (UPra, UPos 1, UPos 2, UPos 3) bagi responden perempuan dalam kumpulan rawatan?
9. Adakah terdapat perbezaan yang signifikan skor kebimbangan merentas empat masa selang ujian (UPra, UPos 1, UPos 2, & UPos 3) bagi responden lelaki dan perempuan dalam kumpulan rawatan?
10. Adakah terdapat perbezaan yang signifikan skor kebimbangan merentas empat masa selang ujian (UPra, UPos 1 Upos 2 dan Upos 3) bagi responden lelaki dalam kumpulan rawatan dan kawalan?
- (i) Adakah terdapat perbezaan yang signifikan skor kebimbangan bagi responden lelaki dalam kumpulan rawatan dan kawalan untuk ujian pra?
 - (ii) Adakah terdapat perbezaan yang signifikan skor kebimbangan bagi responden lelaki dalam kumpulan rawatan dan kawalan untuk ujian pos 1?

- (iii) Adakah terdapat perbezaan yang signifikan skor kebimbangan bagi responden lelaki dalam kumpulan rawatan dan kawalan untuk ujian pos 2?
 - (iv) Adakah terdapat perbezaan yang signifikan skor kebimbangan bagi responden lelaki dalam kumpulan rawatan dan kawalan untuk ujian pos 3?
11. Adakah terdapat perbezaan yang signifikan skor kebimbangan merentas empat masa selang ujian (UPra, UPos 1 Upos 2 dan Upos 3) bagi responden perempuan dalam kumpulan rawatan dan kawalan?
- (i) Adakah terdapat perbezaan yang signifikan skor kebimbangan bagi responden perempuan dalam kumpulan rawatan dan kawalan untuk ujian pra?
 - (ii) Adakah terdapat perbezaan yang signifikan skor kebimbangan bagi responden perempuan dalam kumpulan rawatan dan kawalan untuk ujian pos 1?
 - (iii) Adakah terdapat perbezaan yang signifikan skor kebimbangan bagi responden perempuan dalam kumpulan rawatan dan kawalan untuk ujian pos 2?
 - (iv) Adakah terdapat perbezaan yang signifikan skor kebimbangan bagi responden perempuan dalam kumpulan rawatan dan kawalan untuk ujian pos 3?
12. Adakah terdapat perbezaan yang signifikan skor kebimbangan merentas empat masa selang ujian (UPra, UPos 1 Upos 2 dan Upos 3) bagi semua responden kumpulan rawatan dan kawalan?

- (i) Adakah terdapat perbezaan yang signifikan skor kebimbangan antara kumpulan rawatan dan kawalan untuk ujian pra?
 - (ii) Adakah terdapat perbezaan yang signifikan skor kebimbangan antara kumpulan rawatan dan kawalan untuk ujian pos 1?
 - (iii) Adakah terdapat perbezaan yang signifikan skor kebimbangan antara kumpulan rawatan dan kawalan untuk ujian pos 2?
 - (iv) Adakah terdapat perbezaan yang signifikan skor kebimbangan antara kumpulan rawatan dan kawalan untuk ujian pos 3?
13. Adakah terdapat kesan signifikan dapatan kajian kes terapi bermain dulang pasir (StPT) bagi menyokong dapatan kuantitatif.

1.6 Hipotesis Kajian

Hipotesis dibentuk berdasarkan persoalan kajian dengan dua variabel bersandar iaitu; konsep sendiri dan kebimbangan. Pembahagian hipotesis berkenaan adalah seperti berikut:

- (i) Mengkaji kesan terapi bermain dulang pasir (StPT) terhadap perubahan skor konsep sendiri bagi responden lelaki dan perempuan kumpulan rawatan merentas empat masa selang ujian (UPra, UPos 1 Upos 2 dan Upos 3). Hipotesis adalah seperti berikut:

Ho₁: Tidak terdapat perbezaan yang signifikan skor konsep sendiri bagi responden lelaki dalam kumpulan rawatan merentas empat masa selang ujian (UPra, UPos 1, UPos 2, & UPos 3).

Ho₂: Tidak terdapat perbezaan yang signifikan skor konsep sendiri bagi responden perempuan dalam kumpulan rawatan merentas empat masa selang ujian (UPra, UPos 1, UPos 2, UPos 3).

- Ho₃: Tidak terdapat perbezaan yang signifikan skor konsep sendiri bagi responden lelaki dan perempuan dalam kumpulan rawatan merentas empat masa selang ujian (UPra, UPos 1, UPos 2, & UPos 3).
- (ii) Mengkaji kesan terapi bermain dulang pasir (StPT) terhadap perubahan skor konsep sendiri bagi responden lelaki dalam kumpulan rawatan dan kawalan merentas empat masa selang ujian (UPra, UPos 1 Upos 2 dan Upos 3). Hipotesis adalah seperti berikut:
- Ho₄: Tidak terdapat perbezaan yang signifikan skor konsep sendiri bagi responden lelaki dalam kumpulan rawatan dan kawalan untuk ujian pra.
- Ho₅: Tidak terdapat perbezaan yang signifikan skor konsep sendiri bagi responden lelaki dalam kumpulan rawatan dan kawalan untuk ujian pos 1.
- Ho₆: Tidak terdapat perbezaan yang signifikan skor konsep sendiri bagi responden lelaki dalam kumpulan rawatan dan kawalan untuk ujian pos 2.
- Ho₇: Tidak terdapat perbezaan yang signifikan skor konsep sendiri bagi responden lelaki dalam kumpulan rawatan dan kawalan untuk ujian pos 3.
- (iii) Mengkaji kesan terapi bermain dulang pasir (StPT) terhadap perubahan skor konsep sendiri bagi responden perempuan dalam kumpulan rawatan dan kawalan merentas setiap masa selang ujian (UPra, UPos 1 Upos 2 dan Upos 3). Hipotesis adalah seperti berikut:

- Ho₈: Tidak terdapat perbezaan yang signifikan skor konsep sendiri bagi responden perempuan dalam kumpulan rawatan dan kawalan untuk ujian pra.
- Ho₉: Tidak terdapat perbezaan yang signifikan skor konsep sendiri bagi responden perempuan dalam kumpulan rawatan dan kawalan untuk ujian pos 1
- Ho₁₀: Tidak terdapat perbezaan yang signifikan skor konsep sendiri bagi responden perempuan dalam kumpulan rawatan dan kawalan untuk ujian pos 2.
- Ho₁₁: Tidak terdapat perbezaan yang signifikan skor konsep sendiri bagi responden perempuan dalam kumpulan rawatan dan kawalan untuk ujian pos 3.
- (iv) Mengkaji kesan terapi bermain dulang pasir (StPT) terhadap perubahan skor konsep sendiri bagi semua kumpulan rawatan dan kawalan merentas empat masa selang ujian (UPra, UPos 1 Upos 2 dan Upos 3).
Hipotesis adalah seperti berikut:
- Ho₁₂: Tidak terdapat perbezaan yang signifikan skor konsep antara semua kumpulan rawatan dan kawalan untuk ujian pra.
- Ho₁₃: Tidak terdapat perbezaan yang signifikan skor konsep antara semua kumpulan rawatan dan kawalan untuk ujian pos 1.
- Ho₁₄: Tidak terdapat perbezaan yang signifikan skor konsep antara semua kumpulan rawatan dan kawalan untuk ujian pos 2.
- Ho₁₅: Tidak terdapat perbezaan yang signifikan skor konsep antara semua kumpulan rawatan dan kawalan untuk ujian pos 3.