

KESAN TERAPI KOGNITIF TINGKAH LAKU STANDARD DAN BRIEF TERHADAP RESILIENSI KANAK-KANAK KELUARGA BERISIKO

Liley Afzani Saidi¹ & Mohamad Hashim Othman²

¹Univerisiti Pertahanan Nasional Malaysia (UPNM)

²Univerisiti Sains Malaysia (USM)

Abstrak

Salah satu faktor dalam mempengaruhi resiliensi kanak-kanak adalah keluarga serta persekitaran. Oleh itu, kajian ini bertujuan mengkaji kesan Terapi Tingkah Laku Kognitif Standard CBT(S) dan Terapi Tingkah Laku Kognitif Brief CBT(B) terhadap tahap resiliensi kanak-kanak daripada keluarga berisiko. Sampel yang terdiri daripada 90 orang kanak-kanak telah disaring menggunakan kaedah sampel bertujuan yang melibatkan peringkat umur 11 tahun daripada sembilan buah sekolah di sekitar Pulau Pinang. Kajian ini menggunakan kaedah kuasi eksperimen dengan melibatkan tiga kelompok rawatan iaitu CBT(S), CBT(B) dan kelompok kawalan (KK). Terdapat lima ujian berulang dilaksanakan sepanjang tempoh kajian iaitu ujian pra, pos 1, pos 2, pos 3 dan pos 4 dengan menggunakan alat ukur psikologi The Child & Youth Resilience Measure. Analisis kajian adalah menggunakan kaedah ANOVA dua hala ujian berulang dan hasil dapatan kajian menunjukkan terdapat perbezaan yang signifikan bagi kesan utama kelompok rawatan CBT(S), CBT(B) dan kumpulan kawalan (KK) terhadap skor min resiliensi [$F(2, 28803.533) = 45.029, p < .05$]; kesan utama masa ujian [$F(2.814, 5892.33) = 303.572; p < .05$]; dan masa ujian [$F(5.627, 5892.33) = 138.496; p < .05$]. Secara keseluruhannya, penggunaan teknik CBT(B) menunjukkan keberkesanan yang lebih efektif dalam meningkatkan skor resiliensi dan berbanding CBT(S) sepanjang tempoh kajian dijalankan.

Kata Kunci: Terapi Kognitif Tingkah Laku Brief, Resiliensi, Kanak-Kanak

1.0 Pengenalan

Resiliensi merupakan satu bentuk pemahaman yang luas untuk dibincangkan. Secara umumnya, resiliensi adalah kemampuan dalam bentuk sistem yang dinamik yang berlaku kesan daripada cabaran yang dihadapi oleh seseorang individu (Sabrina, 2013). Resiliensi atau daya tahan juga sering dikaitkan dengan kebolehan individu untuk menangani sesuatu masalah serta meningkatkan kemampuan diri untuk bertahan dalam kesukaran yang dialami. Oleh itu, kajian-kajian lepas menunjukkan bahawa, pembentukan resiliensi atau daya tahan ini berlaku sejak kanak-kanak lagi melalui institusi keluarga dan masyarakat di sekeliling mereka.

Proses yang menghubungkan anak-anak dan juga keluarga dalam membentuk resiliensi adalah melalui konsep gaya keibubapaan yang pada akhirnya mempengaruhi tahap resiliensi anak-anak. Menurut Masten dan Palmer (2002) menjelaskan kebanyakan kes yang melibatkan isu kekeluargaan adalah merujuk kepada gaya keibubapaan yang akhirnya membentuk resiliensi anak. Interaksi yang berlaku antara ibu bapa dan anak-anak merupakan punca utama kepada dalam pembentukan resiliensi anak-anak dan proses itu berkait dengan gaya keibubapaan yang berfungsi secara menyeluruh dalam perkembangan anak-anak termasuk dari peralihan budaya dan perkembangan sosial anak-anak (Becvar, 2013; Bornstein, 2015).

Dalam kerangka konsep yang menghubungkan antara resiliensi dan juga konsep keibubapaan dalam keluarga, proses tersebut berlaku secara tidak langsung dalam hubungan ibu bapa dan anak. Merujuk kepada teori perhubungan, ibu bapa memainkan peranan yang sangat penting dalam proses pembentukan resiliensi pada perkembangan awal kanak-kanak (Bowlby, 2008). Kajian menunjukkan bahawa kualiti perhubungan antara ibu bapa serta pengaruh sekeliling yang positif memberikan kesan kepada kualiti resiliensi kanak-kanak. Kajian juga menyokong bahawa hubungan ibu bapa yang positif serta sihat membantu mempromosikan perkembangan positif kanak-kanak. Ibu bapa dalam konteks ini seharusnya berfungsi sebagai pelindung kepada kanak-kanak dari masalah tekanan yang boleh menyumbang kepada perkembangan kanak-kanak dari aspek emosi dan kompetensi sosial (Blair & Raver, 2016).

2.0 Terapi Kognitif Tingkah Laku

Pendekatan Terapi Kognitif Tingkah Laku (CBT) dipelopori oleh seorang ahli psikologi iaitu Aaron T. Beck dan Albert Ellies (Corey, 2009). Dalam perkembangan konsep tersebut beberapa aliran yang berasal daripada konsep tingkah laku telah mula berkembang seperti Terapi Tingkah Laku dan Terapi Kognitif. Menurut Gowers dan Green (2009) menjelaskan bahawa bentuk pemikiran seseorang individu adalah berkait rapat dengan kepercayaan yang dimiliki olehnya. Oleh itu Corey (2009) menjelaskan bahawa pengalaman ini akan membentuk kepercayaan yang menjadi bentuk pemikiran automatik dalam set pemikiran kesan dari pengalaman yang dilalui. Dalam konteks terapi tingkah laku kognitif, proses pemikiran ini sekaligus akan memberikan kesan kepada emosi dan tingkah laku individu. Oleh itu, penekanan dalam pendekatan ini adalah membaiki set pemikiran atau kognitif individu untuk memastikan emosi dan tingkah laku seseorang tersebut lebih positif. Menjadi tanggungjawab individu untuk memahami bahawa setiap pemikiran dan tingkah laku individu merupakan tanggungjawab diri sendiri dan setiap individu berpotensi untuk menjadi rasional atau tidak rasional dengan tindakannya.

Kekuatan terapi kognitif tingkah laku menjelaskan mengenai kefungsi individu dalam menerima diri sendiri selain membentuk struktur pemikiran yang baru dalam menangani masalah atau isu yang dihadapi. Dalam konteks psikologi individu, bentuk pemikiran ini memberi kesan secara tidak langsung kepada diri seseorang individu. Kesan ini akan mempengaruhi kehidupan, kesihatan serta hubungan dengan diri dan keadaan sekeliling individu. Oleh itu, set pemikiran yang negatif akan mengganggu rutin kehidupan seharian sekaligus menyebabkan individu terdedah dengan masalah tekanan, kemurungan, dan kebimbangan. Ketiga-tiga masalah ini selalu dikaitkan dengan kemampuan terapi tingkah laku kognitif dalam menangani isu berkaitan kesihatan mental. Walaupun begitu, proses pemikiran berhubung secara langsung dengan pengalaman peribadi individu dan bagaimana seseorang mentafsir sesuatu hal yang berlaku. Maka pendekatan ini percaya bahawa masalah yang

dihadapi oleh individu adalah berasaskan kepada aspek sosial, biologi dan pengaruh gangguan yang dilalui sepanjang hidup.

Selain faktor pengalaman yang dilalui oleh seseorang individu yang menyebabkan seseorang tidak rasional, faktor berkaitan dengan hubungan individu dengan persekitaran turut menyumbang kepada seseorang individu tidak rasional. Hubungan dengan individu ini termasuklah hubungan antara ahli keluarga, rakan sebaya dan masyarakat di sekeliling turut mempengaruhi persepsi dan pandangan individu. Pengaruh interaksi dan pandangan sosial ini akhirnya akan membentuk pengalaman melalui penerimaan atau penolakan dalam bentuk kata-kata negatif atau bentuk positif. Konsep CBT turut melihat bagaimana individu mempunyai daya tahan terhadap pengaruh luaran yang akhirnya memberi kesan terhadap emosi seseorang individu. Jesteru itu, konsep berkaitan daya tahan amat signifikan dalam menangani perkara ini supaya persepsi luaran tidak menjadi pengaruh dalam membentuk konsep diri yang akhirnya mengganggu pemikiran kognitif individu. Selain itu, hubungan dari aspek lokus kawalan dan dalaman individu juga dipengaruhi oleh gaya berfikir dalam menghubungkan pengalaman sosial yang dimiliki. Menurut Lam (2008) menjelaskan bahawa penting dalam pengubahsuaian bentuk pemikiran atau pengstruktur semula pemikiran kerana itu adalah fokus kepada perubahan tingkah laku yang akan dilakukan. Pengstruktur kognitif dalam konteks ini adalah berkait secara langsung dengan aspek pemikiran, emosi dan tingkah laku yang menyebabkan fisiologi individu akan turut terganggu dan berubah (Branch & Wilson, 2007). Oleh itu, dalam situasi ini, pengstruktur kognitif adalah berkait secara langsung dengan pembentukan tingkah laku yang baru kepada individu atau klien dalam proses rawatan intervensi.

3. 0 Metodologi Kajian

Kajian ini menggunakan kaedah kajian kuantitatif dengan menggunakan teknik kuasi eksperimen. Kajian eksperimen juga merupakan kajian empirikal yang memerlukan satu kaedah yang khusus bergantung kepada persoalan yang dikemukakan pada awal kajian dan ini merupakan kaedah saintifik bertujuan menjelaskan, meneka dan mengawal phenomena. Sehubungan itu, pengkaji perlu menguji hipotesis yang dipersoalkan dalam kajian yang dijalankan (Chua, 2011). Walaupun begitu, pembahagian secara rawak perlu disebar dengan samarata dimana ciri-ciri yang dipilih mempunyai kesamarataan, setanding dan seimbang. Oleh itu, kajian eksperimen boleh dibahagikan kepada ujian pasca, pra pasca, empat kelompok Solomon, penukar gantian dan faktorial (Chua, 2011).

Penggunaan reka bentuk faktorial 3 x 5 pengukuran berulang yang melibatkan dua jenis kelompok rawatan iaitu kelompok yang menggunakan pendekatan CBT (S) mewakili Terapi Kognitif Tingkah Laku *Standard* dan CBT (B) mewakili Terapi Kognitif Tingkah Laku *Brief* serta kelompok kawalan (KK). Reka bentuk faktorial merupakan eksperimen yang dilakukan untuk menilai faktor yang mengakibatkan perubahan berlaku terhadap variabel bersandar iaitu faktor ini boleh dinilai melalui variabel bebas yang mewujudkan hubungan antara sebab dan akibat dalam sesebuah kajian (Chua, 2011). Menerusi kajian ini yang menggunakan kaedah faktorial 3 x 5 iaitu menggunakan kaedah rawatan Terapi Tingkah Laku Kognitif [CBT(S)], Terapi Tingkah Laku Kognitif Brief [CBT(B)] dan kelompok kawalan [(KK)] serta lima peringkat pengukuran. Semua kelompok akan diberikan lima peringkat pengukuran berulang iaitu ujian pra, ujian pos 1, ujian pos 2, ujian pos 3, dan ujian pos 4. Tujuan lima peringkat pengukuran ini dilakukan adalah untuk mengetahui tahap perubahan variabel meliputi aspek

resiliensi dan lokus kawalan murid-murid daripada keluarga berisiko. Bagi alat kajian yang digunakan dalam kajian ini adalah melibatkan penggunaan *The Child and Youth Resilience Measure* (CYRM) *Child Version* bagi mengukur tahap resiliensi.

4. Sampel Kajian

Sampel kajian ini terdiri daripada kanak-kanak yang berusia 11 tahun iaitu dari sembilan buah di sekitar kawasan Pulau Pinang. Pemilihan sampel di sekolah melibatkan kerjasama daripada pihak sekolah bagi membantu pengkaji untuk mengenalpasti sampel yang bersesuaian dan menepati ciri-ciri yang telah ditetapkan oleh pengkaji. Syarat pemilihan sampel kajian adalah seperti berikut;

- i. Sampel kajian haruslah mempunyai latar belakang dari kelompok yang mempunyai masalah disiplin atau tingkahlaku di sekolah (Contoh; ponteng, bergaduh merokok atau lain-lain kes salah laku di sekolah) atau;
- ii. Sampel kajian terdiri daripada keluarga bercerai, ibu bapa tidak berkerja atau menganggur, atau;
- iii. Salah seorang daripada ahli keluarga terlibat dengan kegiatan jenayah seperti dadah, mencuri atau masalah sosial dalam masyarakat (Contoh; menghidu gam, rempit dll) atau;
- iv. Keluarga sampel tinggal di tempat-tempat yang mempunyai banyak gejala sosial seperti contoh kes pecah rumah, mencuri, rempit, hidu gam dll atau;
- v. Sampel tinggal dalam kawasan rumah yang kurang selesa seperti kekurangan bilik, ruangan yang sempit serta terhad serta tinggal dalam satu rumah yang mempunyai lebih dari satu keluarga dan;
- vi. Mempunyai skor min Resiliensi rendah berdasarkan ujian skala *The Child & Youth Resilience Measure*.

5.0 Analisis Kajian

Kajian ini melibatkan 90 orang kanak-kanak daripada keluarga berisiko yang telah disaring daripada sembilan buah sekolah yang melibatkan tiga kelompok rawatan iaitu melibatkan kelompok rawatan CBT(S), CBT(B) dan kelompok kawalan. Setiap kelompok rawatan melibatkan 30 orang kanak-kanak sekolah rendah yang berumur 11 tahun. Semua sampel kanak-kanak yang terlibat adalah terdiri daripada pelajar sekolah rendah sekitar Pulau Pinang.

a) Demografi Responden

Bagi kelompok rawatan CBT(S), sampel kanak-kanak lelaki dan perempuan adalah masing-masing 15 orang (50%), kelompok rawatan CBT(B) menunjukkan sampel kanak-kanak lelaki adalah seramai 22 orang (70.33%) berbanding sampel kanak-kanak perempuan 8 orang (20.66%). Bagi kelompok kawalan, sampel kanak-kanak lelaki adalah 12 orang (40%) berbanding sampel kanak-kanak perempuan 18 orang (60%).

b) Kesan Utama Antara Kelompok Rawatan

Analisis ANOVA dua hala berulang bagi kelompok rawatan CBT(S), CBT(B) dan kumpulan kawalan (KK) dan hasil terdapat perbezaan yang signifikan antara kelompok rawatan iaitu [$F(2, 28803.533) = 45.029, p < .05$] dengan kesan saiz (*size effect*) sebanyak 0.50.

Jadual 1.1 Keputusan Ujian ANOVA Dua Hala CBT(S), CBT(B) dan Kelompok Kawalan (KK)

<i>Source</i>	<i>Type III Sum of Squares</i>	<i>df</i>	<i>Mean Square</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>	<i>Partial Eta Squared</i>
<i>Intercept</i>	4279177.60	1	4279177.60	12925.09	0.01	.993
Kelompok	29816.05	2	14908.02	45.02	0.01	.509
<i>Error</i>	28803.53	87	331.07			

Kesan saiz merupakan satu satu ukuran bagi kekuatan kesan suatu rawatan yang signifikan. Kebiasanya saiz kesan diukur bebandingkan kepada kuasa dua eta separa separa (*partial eta square*). Klasifikasi yang diberikan oleh Cohen tentang saiz kesan adalah; (i) saiz kesan yang kecil dengan nilai 0.02; (ii) saiz kesan sederhana dengan nilai adalah 0.15; (iii) saiz kesan besar dengan nilai 0.35. Merujuk kepada hipotesis nol yang telah dibina iaitu [H_0^1 : Tidak terdapat perbezaan skor min resiliensi yang signifikan antara intervensi kelompok rawatan CBT (S), kelompok rawatan CBT(B) dan kelompok kawalan (KK)] adalah ditolak dan berdasarkan kepada ujian *post-hoc* yang dilakukan melalui Bonferroni bertujuan untuk melihat perbandingan antara min skor antara dua kelompok. Hasil menunjukkan terdapat perbezaan yang signifikan antara kelompok rawatan

Jadual 1.2 Ujian Post-hoc Bonferroni Antara Kelompok Rawatan CBT(S), CBT(B) dan Kelompok Kawalan (KK)

(I) Kelompok Rawatan	(J) Kelompok Rawatan	<i>Mean Difference (I-J)</i>	<i>Std. Error</i>	<i>Sig.</i>
CBT (S)	CBT (B)	3.3400	2.10103	.347
	Kelompok Kawalan (KK)	18.6933*	2.10103	.000
CBT (B)	CBT (S)	-3.3400	2.10103	.347
	Kelompok Kawalan (KK)	15.3533*	2.10103	.000
Kelompok Kawalan (KK)	CBT (S)	-18.6933*	2.10103	.000
	CBT (B)	-15.3533*	2.10103	.000

Merujuk kepada jadual 1.2 menunjukkan terdapat perbezaan skor min yang signifikan antara kelompok CBT(S) dengan kelompok kawalan (KK) [perbezaan min=18.69; $p < .05$]. Analisis juga menunjukkan bahawa terdapat perbezaan skor min yang signifikan antara kelompok rawatan CBT(B) dan kelompok kawalan (KK) dan kelompok dan kelompok rawatan CBT(B) tidak menunjukkan perbezaan min yang signifikan perbezaan min=3.34; $p = .347$. Analisis ANOVA dua hala berulang menunjukkan keputusan kesan utama masa ujian dan kesan interaksi antara masa

ujian dan kelompok rawatan. Merujuk kepada Jadual 1.3 menunjukkan ujian *Levene* yang dilakukan oleh pengkaji bagi mengkaji kesamaan varians mengikut masa ujian terhadap skor resiliensi.

Jadual 1.3 Hasil Keputusan *Levene* Bagi Kesamaan Varians

Masa Ujian	F	df1	df2	Sig.
Pra	.259	2	87	.773
Pos 1	.684	2	87	.507
Pos 2	2.000	2	87	.142
Pos 3	1.887	2	87	.158
Pos 4	1.376	2	87	.258

Selain itu, analisis ujian *Mauchly* bagi *Sphericity* adalah signifikan dan pembetulan darjah kebebasan menggunakan nilai *Epsilon Huynh-Feldt* dilaksanakan. Hasil keputusan ujian *Mauchly* adalah signifikan, ralat kovarians variabel bersandar merentasi variabel bebas adalah tidak sama. Terdapat perbezaan terlalu besar dan tidak memenuhi syarat *Sphericity*. Merujuk Jadual 1.4 adalah keputusan untuk kesan utama masa ujian dan kesan interaksi masa ujian untuk kelompok rawatan.

Jadual 1.4 Ujian ANOVA Dua Hala Kesan Utama Masa Dan Kesan Interaksi

Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Ujian	Sphericity Assumed	20560.32	4	5140.08	303.57	.00	0.77
	Greenhouse-Geisser	20560.32	2.65	7732.38	303.57	.00	0.77
	Huynh-Feldt	20560.32	2.81	7307.25	303.57	.00	0.77
	Lower-bound	20560.32	1.00	20560.32	303.57	.00	0.77
Ujian* Kelompok	Sphericity Assumed	18760.14	8	2345.01	138.49	.00	0.76
	Greenhouse-Geisser	18760.14	5.31	3527.68	138.49	.00	0.76
	Huynh-Feldt	18760.14	5.62	3333.73	138.49	.00	0.76
	Lower-bound	18760.14	2.00	9380.07	138.49	.00	0.76
Error (Ujian)	Sphericity Assumed	5892.33	348	16.93			
	Greenhouse-Geisser	5892.33	231.33	25.47			
	Huynh-Feldt	5892.33	244.70	24.07			
	Lower-bound	5892.33	87.00	67.72			

Merujuk kepada Jadual 1.4, dengan mengenalpasti nilai *df* dan menggunakan nilai *Huynh-Feldt* menunjukkan bahawa terdapat perbezaan yang signifikan antara min skor resiliensi antara masa ujian [$F(2.814, 5892.33) = 303.572$; $p < .05$] dengan kesan saiz yang besar iaitu 0.77.

Sehubungan dengan itu, bagi kesan interaksi antara masa ujian dengan kelompok rawatan menunjukkan perbezaan yang signifikan bagi skor resiliensi antara masa ujian [$F(5.627, 5892.33) = 138.496$; $p < .05$] dengan saiz yang besar iaitu 0.76. Oleh itu, hipotesis nol yang dibina iaitu H_{02} [Tidak terdapat perbezaan skor resiliensi yang signifikan antara masa ujian pra, pos 1, pos 2, pos 3 dan pos 4] dan H_{03} [Tidak terdapat kesan interaksi kelompok rawatan dan masa ujian yang signifikan bagi skor resiliensi] adalah ditolak.

Penggunaan ujian *Post-Hoc* turut digunakan dengan menggunakan kaedah *Bonferroni* bagi melihat perbandingan min masa ujian Pra, Pos 1, Pos 2, Pos 3 dan Pos 4 yang menunjukkan kepada perbezaan yang signifikan. Maklumat tersebut ditunjukkan melalui Jadual 1.5 di bawah.

Jadual 1.5 Ujian *Post-hoc Bonferroni* Antara Masa Ujian Pra, Pos 1, Pos 2, Pos 3 dan Pos 4

(I) Ujian	(J) Ujian	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
Pra	Pos 1	-4.522*	.629	.000
	Pos 2	-10.644*	1.204	.000
	Pos 3	-15.033*	1.726	.000
	Pos 4	-18.544*	1.985	.000
Pos 1	Pra	4.522*	.629	.000
	Pos 2	-6.122*	.765	.000
	Pos 3	-10.511*	1.303	.000
	Pos 4	-14.022*	1.551	.000
Pos 2	Pra	10.644*	1.204	.000
	Pos 1	6.122*	.765	.000
	Pos 3	-4.389*	.763	.000
	Pos 4	-7.900*	1.023	.000
Pos 3	Pra	15.033*	1.726	.000
	Pos 1	10.511*	1.303	.000
	Pos 2	4.389*	.763	.000
	Pos 4	-3.511*	.555	.000
Pos 4	Pra	18.544*	1.985	.000
	Pos 1	14.022*	1.551	.000
	Pos 2	7.900*	1.023	.000
	Pos 3	3.511*	.555	.000

Seterusnya adalah dengan menggunakan kaedah dan prosedur *Post-Hoc Bonferroni* dilaksanakan bagi melihat perbandingan min antara masa ujian pra, ujian pos 1, ujian pos 2, ujian pos 3 dan ujian pos 4 yang menunjukkan perbezaan yang signifikan. Berdasarkan kepada Jadual 1.5 menunjukkan perbezaan skor min yang signifikan antara masa ujian pra, dan pos 1 [perbezaan min=4.52; p<.05], pra dan pos 2 [perbezaan min=18.54; p<.05], pra dengan pos 3 [perbezaan min= 15.03; p<.05], pra dan pos 4 [perbezaan min= 5.76; p<.05]. Perbezaan yang signifikan ditunjukkan antara masa ujian pos 1 dan ujian pos 2 [perbezaan min= 6.12; p<.05], pos 1 dan pos 3 [perbezaan min= 10.51;p<.05], ujian pos 1 dan ujian pos 4 [perbezaan min= 14.02;p<.05], ujian pos 2 dan ujian pos 3 [perbezaan min= 4.38; p<.05], ujian pos 2 dan ujian pos 4 [perbezaan min= 7.90; p<.05] , ujian pos 3 dan ujian pos 4 [perbezaan min= 3.51; p<.05]. Oleh itu, secara keseluruhannya perbandingan min antara masa ujian pra, pos 1, pos 2, pos 3 dan pos 4 adalah signifikan.

6.0 Cadangan dan Penutup

Pendekatan *brief* CBT yang padat serta berfokus dalam setiap sesi memerlukan guru bimbingan membantu sampel kajian mengenalpasti isu atau masalah yang dihadapi oleh sampel kajian untuk disesuaikan berdasarkan objektif pelaksanaan kajian. Proses bagi membentuk keserasian antara guru bimbingan dan juga sampel kajian perlu untuk memastikan sampel kajian yang terlibat sebagai ahli kelompok sentiasa bersedia serta selesa sepanjang tempoh kajian. Selain itu, kelompok CBT(B) mampu untuk melakukan penyesuaian lebih cepat dan ini dapat dibuktikan oleh kemampuan guru bimbingan memastikan objektif dalam

setiap sesi mencapai matlamat yang ditetapkan. Oleh itu penting peringkat pengstrukturian di awal sesi seperti penetapan matlamat, persediaan sesi seperti rumusan sesi yang sebelum, juga memainkan peranan dalam kejayaan sesuatu sesi (Mearns & Cooper, 2005). Faktor perbezaan skor bagi setiap ujian penilaian bagi kelompok rawatan CBT(S) dan CBT(B) turut dipengaruhi oleh faktor motivasi sampel kajian. Motivasi dalam konteks ini merujuk kepada ransangan luaran dengan matlamat untuk mengerakkan sampel kajian untuk terlibat dalam aktiviti yang pada akhirnya memberi faedah di akhir kajian ini. Motivasi ini dirangsang seperti dalam bentuk pujian, penghargaan serta bahasa badan yang memberi sokongan kepada sampel agar mereka akan lebih bersemangat. Oleh itu, penting motivasi dalam kalangan sampel kajian untuk meningkat setiap kali pelaksanaan sesi dalam tempoh kajian. Keadaan ini terbukti berkesan untuk memberi keselesaan kepada sampel kajian untuk terus berada dan kekal dalam tempoh kajian.

RUJUKAN

- Blair, C., & Raver, C. C. (2016). Poverty, Stress, and Brain Development: New Directions for Prevention and Intervention. *Academic pediatrics*, 16(3 Suppl), S30–S36.
<https://doi.org/10.1016/j.acap.2016.01.010>
- Sabrina. A C. (2013). Concepts and approaches to resilience in a variety of governance and regulatory domains. *Environ Syst Decis* 35, 183–184.
<https://doi.org/10.1007/s10669-015-9553-6>
- Masten, A. S., & Barnes, A. J. (2018). Resilience in Children: Developmental Perspectives. *Children (Basel, Switzerland)*, 5(7), 98.
<https://doi.org/10.3390/children5070098>
- Jensen, T. M., Lippold, M. A., Mills-Koonce, R., & Fosco, G. M. (2018). Stepfamily Relationship Quality and Children's Internalizing and Externalizing Problems. *Family Process*, 57(2), 477–495.
<https://doi.org/10.1111/famp.12284>
- Corey, G. (2009). *Theories and Practices of Counseling and Psychotherapy*. Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole.
- Simon Gowers & Lynne Green .(2009). *Eating Disorders: Cognitive Behaviour Therapy with Children and Young People* Routledge: London, pp. 190.
- Butler, A., Chapman, J., Foreman, E., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17–31.
- Mearns, D. and Cooper, M. (2005) *Working At Relational Depth in Counselling and Psychotherapy*. London: Sage Publications

Chua, Y. P. (2011). *Kaedah Penyelidikan*. Selangor: McGraw Hill (Malaysia) Sdn. Bhd.

Gowers, S.G., & Green, L. (2009). *Eating Disorders: Cognitive Behaviour Therapy with Children and Young People* (1st ed.). Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9780203876718>

Shaver, P. R., & Fraley, R. C. (2008). Attachment, loss, and grief: Bowlby's views and current controversies. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 48–77). The Guilford Press.