

Kesan Modul MK-CBTH Terhadap Kemurungan Dalam Kalangan Pelajar Sekolah Menengah

Wan Shariza Wan Zainal Abidin dan Mohammad Aziz Shah Mohamed Arip

Abstrak—Kemurungan adalah gangguan mental yang melanda di seluruh dunia dan ianya semakin meningkat. Dianggarkan 23 juta remaja mengalami isu kemurungan oleh World Health Organization pada tahun 2023) Semasa kemurungan, seseorang itu mengalami tekanan perasaan (berasa sedih, mudah marah, kosong) atau hilang keseronokan atau minat dalam melakukan sebarang aktiviti hampir setiap hari sekurang-kurangnya selama dua minggu. Pelbagai inisiatif telah dijalankan dalam menangani masalah kemurungan namun ianya masih meningkat saban tahun. Maka, kajian ini bertujuan menangani isu kemurungan melalui pembinaan modul baru iaitu Modul MK-CBTH atau lebih dikenali sebagai Modul Menangani Kemurungan Berdasarkan *Cognitive Behaviour Therapy for Healing*. Metodologi kajian menggunakan kaedah kuantitatif secara eksperimen kuasi dengan melakukan soal selidik terhadap 132 orang responden berumur 16 tahun yang merupakan pelajar tingkatan empat di dua buah sekolah di daerah Kinta Selatan Perak (Malaysia). Kesemua responden dipilih menggunakan persampelan rawak mudah dan dibahagikan kepada tiga kumpulan iaitu kelompok rawatan kecil (n=33) menerima rawatan menggunakan Modul MK-CBTH dalam kelompok kecil, kelompok rawatan besar menerima rawatan menggunakan Modul MK-CBTH dalam kelompok besar, dan kumpulan kawalan (n=66) tidak menerima apa-apa rawatan. Data dianalisis menggunakan perisian SPSS versi 21.0 di mana analisis MANCOVA dijalankan dengan mengenal pasti perbezaan signifikan terhadap skor min pra ujian dengan skor min post ujian. Inventori yang digunakan dalam mengukur tahap kemurungan ini adalah Inventori DASS-21 (Bahasa Melayu). Hasil dapatan data menunjukkan skor kemurungan bagi kelompok rawatan kecil dan kelompok rawatan besar menurun berbanding skor kemurungan kelompok kawalan di kedua-dua buah sekolah. Ini menunjukkan Modul MK-CBTH dapat mengurangkan tahap kemurungan pelajar sama ada dijalankan dalam kelompok kecil mahupun kelompok besar. Implikasi kajian mendapati Modul MK-CBTH boleh dijadikan intervensi bagi menangani isu kemurungan dalam kalangan pelajar sekolah menengah secara signifikan.

Kata kunci: Kemurungan, Modul MK-CBTH

I. PENGENALAN

Kemurungan adalah gangguan mental yang melanda di seluruh dunia dan dianggarkan 5% orang dewasa mengalami kemurungan oleh World Health Organization (WHO, 2023). Melalui dapatan yang sama pada 2019 yang lalu, seramai 280 juta orang mengalami kemurungan, dimana 23 juta dialami oleh kanak-kanak

dan remaja. Kemurungan adalah berbeza daripada perubahan mood yang biasa dalam kehidupan seharian. Semasa episod kemurungan, seseorang itu mengalami mood tertekan (berasa sedih, mudah marah, kosong) atau hilang keseronokan atau minat dalam sesuatu aktiviti, hampir sepanjang hari, hampir setiap hari, selama sekurang-kurangnya dua minggu. Beberapa simptom lain juga aka nada seperti tumpuan yang lemah, perasaan bersalah yang berlebihan atau harga diri yang rendah, putus asa tentang masa depan, tidur terganggu, perubahan selera makan atau berat badan, berasa sangat letih atau rendah diri dan berfikir tentang kematian atau bunuh diri. Seseorang yang mengalami kemurungan berada pada peningkatan risiko bunuh diri. Namun, melalui rawatan psikologi yang berkesan mampu mengurangkan kadar kemurungan yang terjadi.

Menurut Kesihatan dan Morbiditi Kebangsaan (2015), 29.2% atau 4.2 rakyat Malaysia berusia 16 tahun ke atas mengalami masalah mental. Separuh daripada isu sakit mental bermula seawal 14 tahun dan kebanyakan kes tidak dapat dikesan dan dirawat di peringkat awal. Selain itu, kemurungan merupakan penyakit utama dalam isu kesihatan mental diikuti kebimbangan dan stres (Sulistyorini dan Sabarisman, 2017). Manakala sebanyak 11791 panggilan diterima melibatkan antaranya 50% memerlukan sokongan emosi dan kaunseling (KKM, 2020). Natijahnya kes bunuh diri berlaku dan semakin meningkat pada tahun 2020 dengan seramai 631 kes dan 468 kes 2021 (Polis DiRaja Malaysia, 2021).

Kajian ini bertujuan untuk mengkaji keberkesanan Modul Mengatasi Kemurungan (MK-CBTH) berdasarkan Teori *Cognitive Behavioural Therapy for Healing* (CBT-H) terhadap isu kemurungan (KM) dalam kalangan remaja. MK-CBTH ini dibina bagi membantu para pelajar dalam mengatasi isu kemurungan serta menjadi alternatif kepada guru bimbingan dan kaunseling dalam melaksanakan program bimbingan kesejahteraan mental. Modul MK-CBTH ini dibina berdasarkan intervensi dalam Teori CBT *for Healing* dan berpandukan Model Sidek (2001). Terdapat 3 sub modul yang terkandung dalam modul ini iaitu pengenalan, kemurungan dan penutup.

Teori *Cognitive Behavioural Therapy for Healing* (CBT-H) diasaskan oleh Profesor Doktor Mohammad Aziz Shah Bin Mohamed Arip pada tahun 2017. CBT-H lebih berfokus kepada penyembuhan (*healing*) dari sudut penyampaian maklumat, teknik, kemahiran, dan aplikasi dengan cepat serta mudah dikendalikan semasa sesi kaunseling. Teori ini lebih fokus mengikut kebudayaan dan etnik masyarakat Malaysia. Teoretikal *Cognitive Behavioural Therapy for Healing* (CBT-H) masih berpegang kepada Teori *Cognitive Behavioural Therapy* (CBT) Aaron T. Beck, (1963, 1976) dan gabungan pelbagai tokoh *Cognitive Behavioural*

Wan Shariza Wan Zainal Abidin, Universiti Pendidikan Sultan Idris, (Email: wanshariza11@gmail.com)
Mohammad Aziz Shah Mohamed Arip, Universiti Pendidikan Sultan Idris, (Email: aziz.shah@fpm.upsi.edu.my)

Therapy (CBT) yang lain seperti Ellis, 1962 serta ramai lagi.

Karndi (1990) telah mendefinisikan modul sebagai suatu pakej pengajaran dan pembelajaran atau pukal belajar sendiri yang lengkap mengandungi komponen-komponen pengajaran pembelajaran seperti objektif, bahan dan aktiviti pembelajaran, aktiviti penilaian serta arahan dan tatacara yang sistematik supaya murid-murid dapat mengikut langkah demi langkah menguasai sesuatu unit pembelajaran dan menjadikan pembelajaran boleh dijalankan secara individu, namun demikian, Russell (1974) menegaskan bahawa modul boleh dijalankan secara individu, secara kelompok kecil (4 hingga 6 orang) atau secara kelompok besar (30 orang). Secara keseluruhannya didapati sesebuah modul itu dapat memberi keberkesanan terhadap kelompok sasaran namun, dilihat masih kurangnya modul khas yang menggunakan teori CBT-H dalam menangani kemurungan, kebimbangan dan stres ke atas pelajar sekolah menengah.

Depression Anxiety Stress Scale (DASS) ialah instrumen yang digunakan secara meluas yang dibangunkan oleh Lovibond dan Lovibond (1995) untuk mengukur tahap kebimbangan, kemurungan dan stres. Pada asalnya instrument DASS ini mempunyai 42 item soalan, namun pada tahun yang sama Profesor Peter Lovibond telah membuat pembaharuan dengan menjadikan soalan DASS ini kepada 21 item sahaja. Bagi kajian ini, pengkaji telah menggunakan instrumen DASS-21 yang telah diterjemahkan oleh Profesor Ramlee Musa dengan perolehan kesahan dan kebolehpercayaan yang tinggi. Berikut merupakan jadual DASS-21 versi Bahasa Melayu.

II. PERNYATAAN MASALAH

Masalah kemurungan dalam kalangan pelajar semakin membimbangkan. Pelbagai inisiatif telah dijalankan namun kadar masalah tersebut saban tahun masih meningkat.

JADUAL 1: PERATUSAN KES KEMURUNGAN BERDASARKAN DASS 21.

PERKARA	JANTINA	PERATUSAN
KEMURUNGAN	LELAKI	18.9 %
	PEREMPUAN	17.7%

(NHMS 2018)

Jadual 1 diatas menunjukkan peratusan kes kemurungan berdasarkan skor Depression Anxiety Stress Scales (DASS 21) oleh National Health and Mobility Survey (NHMS 2018). Jadual tersebut menunjukkan satu dalam lima remaja mengalami kemurungan di mana sebanyak 17.7% adalah remaja perempuan manakala 18.9% merupakan remaja lelaki.

Dapatan data dari Jabatan Bomba dan Penyelamat Malaysia tahun 2018 menunjukkan skor kemurungan, kebimbangan dan stres pada tahun 2018. Skor kemurungan bagi lelaki dan perempuan adalah bawah dari 20% dan data lelaki lebih tinggi dari perempuan. Kenaikan

data kemurungan ini kan menyumbang kepada peningkatan statistik kejadian bunuh diri. Penyataan ini disokong oleh kajian Mueller, C. E. dan Winsor, D. L. (2018) di mana kemungkinan penyumbang unik kepada perkembangan kemurungan dan pemikiran bunuh diri dalam kalangan pelajar berbakat, adalah tekanan dari ibubapa dan faktor lain. Menurut Kathryn Murphy (hlm. 2005, hlm. 44) dalam Thomson, J.D (2018), lebih 90% daripada remaja dengan kecenderungan membunuh diri mempunyai gangguan psikiatri yang boleh dirawat.

Gangguan mood, terutamanya yang tidak dirawat kemurungan, menyumbang kepada kebanyakan bunuh diri percubaan dan kematian dalam kumpulan ini. "Bunuh diri belia hari ini dianggap sebagai wabak" (Bender, Rosenkrans, dan Crane, 1999) dalam Thomson J.D (2018). Kemurungan adalah salah satu punca utama bunuh diri di kalangan belia menurut program bantuan pelajar Johns Hopkins (2015).

Menurut Brener, Krug, dan Simon (2000), "Bunuh diri adalah ekspresi kesusahan psikologi yang paling melampau". Apabila kita memahami punca kesusahan pelajar kita, kita mempunyai peluang yang lebih baik untuk membantu mereka mengatasinya. Oleh itu dapat disimpulkan bahawa punca peningkatan bunuh diri adalah disebabkan oleh isu kemurungan yang tidak dikawal.

Jika dilihat kepada statistik Polis Diraja Malaysia pada tahun 2018 menunjukkan bahawa terdapat lebih 500 kes orang bunuh diri atau cubaan membunuh diri setiap tahun dalam tempoh empat tahun yang lalu. Sejumlah 1,696 orang juga meninggal dunia kerana bunuh diri, manakala 625 gagal untuk bunuh diri antara 2014 dan Februari tahun lepas dan lebih ramai orang, terutama golongan belia, telah menghubungi Befrienders Kuala Lumpur untuk berkongsi masalah mereka. Data berkaitan dapat dilihat pada Jadual 2 di bawah.

JADUAL 2: STATISTIK EMEL DAN PANGGILAN YANG DITERIMA BEFRIENDERS KUALA LUMPUR

TAHUN	PERKARA	BILANGAN
2016	E-mel	3443
	Panggilan	24 821
2017	E-mel	5217
	Panggilan	26 927

(Befrienders, 2018)

Jadual 2 diatas menunjukkan data panggilan dan emel yang diterima oleh pihak Befrienders Malaysia. Befrienders adalah komuniti yang memberikan khidmat bantuan dan sokongan dari segi mental memperlihatkan kepada angka yang kian meningkat sban tahun. Ini menunjukkan isu Kesihatan mental di Malaysia khususnya semakin meningkat. Dari tahun 2016 hingga 2017 mereka telah menerima 5217 emel dan 26927 panggilan pada tahun 2017 berbanding 3443 emel dan 24821 panggilan pada tahun 2016. Kenaikan yang banyak ini kekal berlaku sehingga sekarang.

Kajian Kesihatan dan Morbiditi Kebangsaan (KSMK) 2015, menunjukkan 29.2% atau 4.2 juta rakyat Malaysia berusia 16 tahun ke atas mengalami masalah mental antaranya isu kemurungan, kebimbangan dan stres. Antara golongan berisiko tinggi adalah golongan wanita, belia dan dewasa daripada berpendapatan rendah. Kajian

tersebut juga menyatakan separuh daripada semua sakit mental bermula seawal usia 14 tahun, namun kebanyakan kes tidak dapat dikesan dan dirawat di peringkat awal.

Oleh yang demikian suatu tindakan perlu dilakukan untuk membendung masalah ini dari terus berleluasa. Penumpuan lebih perlu dilakukan terhadap isu kemurungan ini kerana isu kemurungan adalah penyebab ketiga beban pesakit mental remaja.

III. TINJAUAN KAJIAN LEPAS

Kemurungan merupakan satu penyakit yang tergolong di dalam salah satu gangguan mental menurut perubatan moden. Penyakit ini telah dikesan menyebabkan kes kematian akibat membunuh diri serta ketidakproduktifan kehidupan seseorang. Antara kajian dalam negara yang pernah dijalankan adalah, kajian oleh Faizah Mat (2018) di mana kajian ini menunjukkan bilangan remaja yang terlibat dalam penagihan dadah meningkat setiap tahun dan majoriti penagih tersebut mengalami kemurungan yang teruk. Hasil kajian tersebut menunjukkan terdapat hubungan antara sokongan sosial daripada penjaga, rakan dan rakan tertutup dengan kemurungan.

Kajian seterusnya oleh Nur Shahirah Mahpis (2020) di mana dapatan kajian mendapati sokongan sosial mempunyai hubungan yang signifikan dengan kemurungan terhadap responden. Hasil kajian tersebut menunjukkan pentingnya sokongan sosial keluarga, rakan-rakan dan guru ditingkatkan dalam membantu menangani isu kemurungan. Selain itu, Rosli Hamid (2021) dalam kajiannya telah menggunakan instrumen Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS 42) dan dapatan data kajian tersebut menunjukkan tahap kemurungan, kebimbangan dan stres di sekolah berkenaan di tahap yang sederhana.

Seterusnya, Siti Munirah Abd Kahar (2023) menyatakan bahawa dapatan kajian mendedahkan tahap kemurungan pelajar dan penggunaan internet adalah rendah dan terdapat korelasi antara kedua-dua faktor dalam kalangan remaja yang tinggal di kawasan luar bandar. Abdullah (2020) dalam kajiannya merumuskan bahawa terdapat enam faktor penyebab berlaku kemurungan iaitu ruang lingkup perhubungan sosial yang toksik, kehilangan, hubungan keagamaan, fitnah, sikap membanding dalam kehidupan serta pengharapan melebihi keupayaan. Ini menunjukkan isu kemurungan sering terjadi dalam kalangan pelajar.

Bagi Hamid et,al (2021), hasil dapatan daripada kajiannya membuktikan bahawa pelajar tingkatan empat berada dalam kemurungan, kebimbangan dan tekanan yang sederhana. Keadaan ini perlu dibendung dikalangan pelajar supaya ia tidak menjadi teruk kerana sepatutnya sebagai seorang pelajar mereka hanya perlu menumpukan perhatian hanya kepada pelajaran dan tidak perlu memikirkan perkara-perkara lain yang boleh menyebabkan fikiran mereka terganggu dengan lain-lain perkara.

Selain kajian-kajian dalam negara, terdapat banyak kajian dari luar negara mengenai isu kemurungan. Menurut National Alliance on Mental Illness (2017) di

United State lebih 7 juta orang telah mengalami penyakit kemurungan major. Perkara ini menunjukkan bahawa isu ini sentiasa berubah selaras dengan perubahan masa.

Kajian oleh Lewis, B. (2017) telah mendefinisikan kebimbangan sebagai gangguan kesihatan mental yang paling banyak di Amerika Syarikat dan ianya menjejaskan hampir satu pertiga daripada kedua-dua remaja dan orang dewasa. Tidak seperti kemurungan, kebimbangan selalunya dilihat sebagai masalah yang kurang serius kerana ia lebih mudah diatasi lantaran setiap orang mempunyai tahap yang tertentu. Namun ia tidaklah mudah seperti yang kebanyakan orang lihat. Oleh sebab itu sebuah Klinik Gangguan Kecemasan Kanak-kanak dan Remaja telah dibina di Temple University Philadelphia bagi mengatasi masalah ini dari bertambah parah. Kajian Lewis ini disokong oleh kajian Horowitz (2019) di mana masalah kebimbangan dan kemurungan menjadi semakin meningkat dalam kalangan belia Amerika. Ianya menjadi sebagai masalah utama di kalangan rakan sebaya mereka.

Silk, J. S (2012) dalam kajiannya menyatakan kemurungan adalah punca utama ketidakupayaan di seluruh dunia. Remaja merupakan golongan paling mudah terdedah kepada masalah ini. Kanak-kanak yang mengalami simpton kebimbangan akan menunjukkan risiko tertentu untuk mengalami kemurungan semasa remaja. Hasil kajian beliau membuktikan bahawa kebimbangan ini telah dikaitkan dengan punca terjadinya kemurungan dan ia diburukkan lagi dengan proses kematangan yang seiring berlaku pada usia remaja. Beliau juga menyarankan agar intervensi awal diambil sebagai langkah mengatasi aspek kemurungan ini.

Varley, C. K (2003) menyatakan golongan muda merupakan golongan yang mempunyai tahap kebimbangan yang tinggi. Gejala ini boleh mengakibatkan kekeliruan dalam membuat apa jua keputusan dengan tepat. Diagnosis atau pengesanan awal akan dapat meminimumkan kesan negatif ke atas remaja yang mengalami kemurungan ataupun kebimbangan.

Selain itu terdapat sebuah kajian di Australia yang ditulis oleh Chhabra, J., McDermott, B., dan Li, W. (2020) yang dapat mengenal pasti faktor risiko yang berkaitan dengan kemurungan dan kebimbangan terhadap seorang bapa. Tekanan keibubapaan sebagai faktor risiko sangat kuat dan ketara dikaitkan dengan kebimbangan dan kemurungan. Kajian mereka ini juga menunjukkan penemuan kemurungan ibu, kepayahan sesebuah perkahwinan dan tekanan ibubapa adalah faktor risiko untuk kesihatan mental anak-anak. Maka kesihatan mental seorang anak itu berkait rapat dengan tahap kesihatan mental ibubapa mereka.

Secara keseluruhannya dapat dilihat bahawa isu kemurungan dan kebimbangan ini semakin banyak terjadi di dalam mahupun diluar negara. Isu ini merupakan isu dunia yang perlu tangani dengan kadar segera agar ianya tidak menjadi wabak kepada seluruh manusia amnya dan remaja khususnya.

IV. METODOLOGI KAJIAN

Metodologi kajian juga dikenali sebagai kaedah kajian. Ini menunjukkan setiap kajian yang dilaksanakan

mempunyai kaedah dan pendekatan yang tersendiri bergantung kepada aspek yang dikaji. Tujuan utama kajian ini dijalankan adalah untuk mengkaji kesan Modul Mengatasi Kemurungan (MK-CBTH) dengan menggunakan intervensi CBT-H dalam kalangan remaja. Keberkesanan intervensi diuji melalui kajian eksperimental tulen (kuantitatif) melalui perbezaan data statistik pra ujian dan pos ujian pemboleh ubah bersandar kemurungan. Pengkajian secara eksperimen ini merupakan satu pengkajian yang sangat unik kerana menghasilkan hubungan sebab dan akibat (Noraini, 2013).

Kajian kuantitatif adalah menguji hipotesis dan melihat hubungan antara pemboleh ubah-pemboleh ubah kajian dengan jelas (Creswell dan Miller, 2000). Ia disokong oleh Gall, Gall dan Borg (2003), yang menyatakan pengkajian eksperimen merupakan satu-satunya jenis pengkajian yang boleh menguji hipotesis bagi melihat hubungan berbentuk sebab dan akibat.

Menurut Fraenkel dan Wallen (2006), pengkajian eksperimen berbeza daripada pengkajian lain kerana pengkaji berupaya memanipulasikan pemboleh ubah bebas dan membuat keputusan untuk memberi rawatan yang sesuai ke atas siapa rawatan akan dijalankan dan setakat mana rawatan yang akan diberikan. Pemboleh ubah bersandar yang sering dikaji oleh seseorang pengkaji. Kajian yang dijalankan dapat dikategorikan sebagai kajian eksperimen kerana kajian ini mempunyai ciri-ciri yang meletakkannya sebagai satu pengkajian yang berbentuk eksperimen (Campbell & Stanley, 1966; Jupp, 2006). Mengikut Campbell et.al (1996), reka bentuk eksperimen mempunyai tiga perkara utama dalam kajian tersebut, iaitu subjek, pemboleh ubah bebas dan pemboleh ubah bersandar.

Menurut Creswell (2005), terdapat enam ciri utama dalam pengkajian eksperimen iaitu, pengagihan rawak, perbandingan antara kumpulan, manipulasi pemboleh ubah tak bersandar, kawalan pemboleh ubah luaran, pengukuran pemboleh ubah bersandar dan kesahan dalaman serta kesahan luaran. Sungguhpun keenam-enam syarat ini dipenuhi oleh pengkaji, tetapi faktor persekitaran masih tidak dapat dikawal sepenuhnya seperti dalam eksperimen makmal. Ini kerana kajian yang dihasilkan adalah jenis eksperimen lapangan (di luar makmal) di mana subjek yang diberi rawatan, bebas dalam kehidupan sebenar seperti bersekolah, bersama keluarga, rakan sebaya dan sebagainya. Maka Sabitha (2006) menjelaskan bahawa kajian eksperimen lapangan, pengkaji akan memanipulasi pemboleh ubah tidak bersandar dan mengukur kesannya ke atas pemboleh ubah bersandar dalam suasana luar makmal.

Bagi kajian ini, ianya terbahagi kepada tiga bahagian yang saling berkaitan. Bahagian pertama adalah kajian awal (*preliminary study*) berbentuk kuantitatif meninjau gambaran secara umum tahap stres, kebimbangan dan kemurungan dalam kalangan pelajar di Malaysia dengan dapatan data Minda Sihat 2022 menunjukkan Perak merupakan antara 3 negeri yang tertinggi data Minda Sihat, manakala daerah Kinta Selatan pula mempunyai 4 buah sekolah yang homogen serta tinggi data Minda Sihatnya. Setelah mendapat kelulusan di peringkat Jabatan Pendidikan Negeri Perak, maka

pengkaji telah memohon untuk menjalankan kajian di dua buah buah sekolah.

Oleh itu untuk pengumpulan data pada kajian awal ini, soal selidik yang mempunyai instrumen *Depression Anxiety Stress Scale (DASS)-21* digunakan. Ertinya soal selidik diberikan kepada semua pelajar tingkatan empat dan responden diminta menjawab soalan berdasarkan pernyataan yang ada di dalam soal selidik tersebut. Instrumen DASS-21 yang telah alih Bahasa ke Bahasa Melayu oleh Ramli Musa (2007) digunakan sebagai ujian pra dan post. Kajian awal ini juga merupakan sebahagian daripada kaedah untuk mendapatkan sampel kajian eksperimen. Pemilihan sampel rawak dibuat berdasarkan maklumat kajian awal ini.

Bahagian kedua adalah menghasilkan Modul Mengatasi Kemurungan, Kebimbangan dan Stres (MK-CBTH) dengan menggunakan intervensi CBT-H. Prosedur yang digunakan dalam pembinaan MK-CBTH ini merupakan modifikasi dari model pembinaan Modul Sidek (2005) yang biasanya digunakan sebagai panduan dalam membina atau mengembangkan suatu modul.

Bahagian ketiga adalah dengan menjalankan eksperimen tulen itu sendiri. Ia dijalankan dalam bentuk kumpulan kelompok eksperimen dan kelompok kawalan. Kaedah pengumpulan dan analisis data dalam kajian adalah berbentuk data kuantitatif. Analisis data kuantitatif kajian ini bertujuan mengukur kesan modul MK-CBTH terdapat satu pemboleh ubah bersandar utama iaitu tahap kemurungan dalam kalangan remaja. Secara keseluruhannya kajian ini menggunakan reka bentuk pra ujian dan pos ujian ke atas 3 kelompok iaitu kelompok bimbingan kecil (KBK), kelompok bimbingan besar (KBB), dan kelompok kawalan (KK). Seramai 9 orang pakar menjalankan kesahan modul ini bagi sebelum ianya digunakan dalam kajian rintis dan pada kajian sebenar. Kajian sebenar pra ujian dan pos ujian dijalankan ke atas kelompok rawatan dan kelompok kawalan seperti huraian Jadual 3.1 ini.

JADUAL 3: JADUAL KELOMPOK KAJIAN

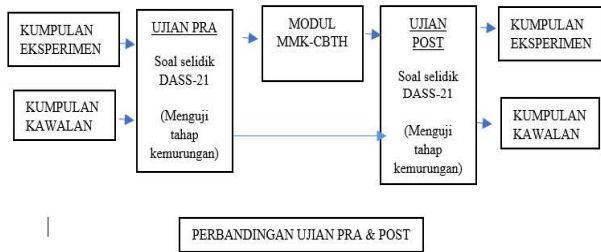
KELOMPOK	PRA UJIAN	INTERVENSI KELOMPOK	POS UJIAN
KBK	01	X1	02
KBB	01	X1	02
KK	01	X2	02

Sumber rujukan: Diubah suai daripada Heppner, Kivlighan dan Wampold (1992)

Petunjuk:

- KBK = Kelompok Bimbingan Kecil
- KBB = Kelompok Bimbingan Besar
- KK = Kelompok Kawalan
- 01 = Pra Ujian
- X1 = Intervensi MK-CBTH
- X2 = Tiada intervensi

Jadual 3 ini jelas menunjukkan KBK dan KBB sahaja yang menerima intervensi/rawatan manakala KK tidak menerima apa-apa intervensi/rawatan.



Rajah 1 Reka Bentuk Kajian Eksperimen Mk-Cbth Ke Atas Isu Kemurungan

Rajah 1 ini menunjukkan carta alir tentang kajian eksperimen tulin kelompok rawatan dan kawalan yang dipilih secara persampelan rawak. Semasa kajian dijalankan, kelompok bimbingan kecil (KBK) dan kelompok bimbingan besar (KBB) akan menerima modul MK-CBTH, manakala kelompok kawalan (KK) tidak menerima apa-apa rawatan. Setelah KBK dan KBB menerima rawatan selama hampir 2 bulan, seminggu kemudian KBK, KBB dan KK akan diukur dengan pos ujian dengan menggunakan inventori DASS-21 bagi melihat tahap kemurungan responden.

Syahrarom Abdullah (1990) mencadangkan perkara-perkara berikut; (a) mengambil kira sifat populasi, (b) menggunakan persampelan rawak mudah, (c) eksperimen mengambil kira sifat populasi yang mudah didekati oleh pengkaji dan sampel-sampel kajian boleh didapati daripadanya, dan (d) mengambil kira demografi populasi seperti umur, tingkatan, aliran, status sekolah, lokasi geografi, sosial dan ekonomi untuk mengenalpati satu populasi. Oleh yang demikian pengkaji telah memilih lokasi kajian yang berhampiran dan sampel-sampel-sampel kajian yang mempunyai ciri yang hampir sama antara satu sama lain, seimbang dari ciri-ciri pelajar dan tahap sosio ekonomi yang sederhana.

Subjek kajian adalah asas kepada pengkaji untuk mendapatkan data terhadap sesuatu kajian. Subjek bagi kajian ini merangkumi dua unsur penting iaitu populasi kajian serta sampel kajian. Yin (1994) menyatakan pemilihan latar, populasi, sampel dan fenomena bergantung kepada persoalan dan fokus kajian. Sampel kajian merujuk kepada cabutan kes atau kumpulan subjek sesuatu populasi yang lebih besar (Sidek Mohd Noah 2002) Pada peringkat ini, iaitu peringkat pemilihan subjek kajian merupakan peringkat yang sangat penting dalam sesebuah kajian eksperimen.

Bilangan sampel yang sesuai untuk kajian eksperimental ialah 30 orang ($n = 30$) bagi setiap kumpulan rawatan dan kumpulan kawalan (Zahino, 2010). Ini kerana saiz sampel sebanyak 30 orang yang diambil secara rawak adalah mencukupi untuk tujuan statistic inferens seperti t-test, ANOVA atau ANCOVA bagi mengesan sebarang kesignifikanan kerana berupaya menghasilkan taburan secara normal. Kenyataan ini disokong oleh Majid (1998) di mana untuk mendapatkan kesahan dan kebolehpercayaan hasil kajian, seseorang pengkaji perlu memilih sampel sekurang-kurangnya seramai 30 orang. Krejcie dan Morgan (1970) juga mempunyai pandangan yang sama iaitu jumlah sampel

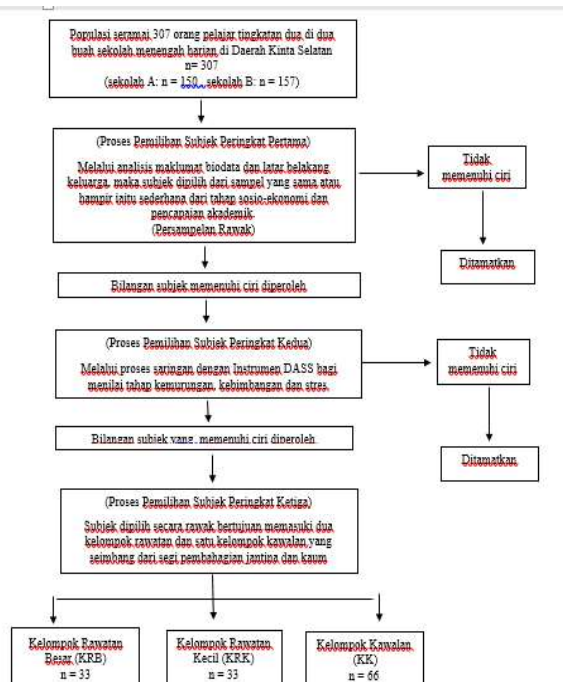
yang diperlukan bagi sesuatu kumpulan mestilah sekurang-kurangnya 30 orang.

Menurut McMillan dan Schumacher (2010) menyatakan saiz minimum sampel yang sesuai dalam pengkajian kuantitatif jenis eksperimen ialah 15 orang namun terdapat eksperimen yang hanya memerlukan 8 hingga 10 orang peserta kajian sahaja dengan syarat eksperimen tersebut mempunyai kawalan yang tinggi. Bagi Mohd Majid (2004), menyatakan bahawa saiz sampel kurang penting, apa yang lebih diutamakan adalah sampel yang mewakili populasi.

Untuk pemilihan umur pula, pengkaji telah memilih pelajar tingkatan empat bagi menjalankan kajian ini. Justifikasi adalah kerana pelajar tingkatan empat merupakan dalam lingkungan remaja yang mana remaja adalah peringkat transisi perkembangan manusia dari kanak-kanak menuju ke alam dewasa. Steinberg (1993) mendefinisikan peringkat remaja adalah antara 12 hingga 20 tahun. Steinber membahagikan remaja kepada tiga peringkat dan berdasarkan jantina iaitu pra remaja lelaki (12 hingga 13 tahun), pra remaja perempuan (11 hingga 12 tahun), awal remaja lelaki (14 hingga 15 tahun), awal remaja perempuan (13 hingga 14 tahun), akhir remaja lelaki (19 hingga 20 tahun), akhir remaja perempuan (18 hingga 20 tahun).

Kenyataan oleh Steinberg ini sedikit berbeza dengan Santrock (2001) di mana beliau telah membuat pembahagian umur remaja kepada tiga peringkat iaitu peringkat awal remaja (10 hingga 13 tahun), peringkat pertengahan (14 hingga 17 tahun) dan peringkat akhir remaja (18 hingga 22 tahun).

Santrock (2002) menyatakan remaja adalah lingkungan umur dari 10 tahun hingga 22 tahun. Ini selaras dengan apa yang diinginkan dikaji iaitu responden dalam kalangan remaja. Oleh yang demikian, pengkaji telah memilih seramai 132 orang sampel yang terdiri daripada pelajar tingkatan empat yang diperolehi dari data pra ujian di dua buah sekolah. Bagi kajian ini, populasi adalah pelajar tingkatan empat yang mempunyai tahap kemurungan sederhana dan tinggi di daerah Kinta Selatan.



Rajah 2 Carta Alir Pemilihan Populasi, Sampel Dan Subjek Kajian

Rajah 2 menunjukkan seramai 307 pelajar tingkatan empat di kedua-dua buah sekolah yang dikaji (sekolah A: n = 152, sekolah B: n = 155). Proses pemilihan subjek peringkat pertama, 307 subjek diedarkan borang soal selidik yang mengandungi borang maklumat diri dan soalan inventori DASS. Kemudian skor tahap stres, kebimbangan dan kemurungan sederhana dan tinggi diasingkan. Seterusnya pemilihan latar belakang sosio ekonomi RM751 hingga RM 3500 di ambil. Subjek kemudian menjalani proses cabutan (persampelan rawak) untuk memasuki kelompok rawatan dan kelompok kawalan. Semasa proses cabutan dilakukan nisbah 1:1 digunakan bagi lelaki dan perempuan. Manakala bagi nisbah kaum pula kaedah 5: 3:2 bagi Melayu, Cina dan India digunakan. Oleh itu seandainya cabutan nama tidak berdasarkan nisbah tersebut maka cabutan akan dibuat semula.

Jumlah minimum untuk satu kumpulan kajian eksperimen ialah seramai 33 orang. Namun demikian jumlah 11 orang untuk satu-satu kumpulan eksperimen boleh dipertahankan sekiranya dapat mengawal dengan ketat dan sempurna. (Fraenkel dan Wallen, 1996). Ia bertepatan dengan proses pemilihan subjek ke dalam kelompok rawatan adalah seramai 33 orang bagi kelompok RB, begitu juga bagi kelompok RK seramai 33 orang dan kelompok KK seramai 66 orang untuk kedua-dua buah sekolah. Jumlah keseluruhan subjek yang terlibat adalah seramai 132 orang kesemuanya.

Alat kajian yang terlibat dalam kajian ini dibahagi kepada tiga bahagian iaitu A, B, dan C. Alat kajian A merupakan soal selidik maklumat latar belakang subjek kajian. Alat kajian B pula merupakan Inventori DASS-21 manakala alat kajian C merupakan Modul MK-CBTH.

Bahagian A soal selidik ini adalah berkaitan dengan demografi yang mengandungi soalan-soalan untuk

memperoleh maklumat asas diri responden. Maklumat-maklumat yang dimaksudkan ialah jantina, kaum, agama, maklumat keluarga, jumlah pendapatan ibu bapa dan pencapaian akademik yang terkini. Bahagian B: Soal selidik kajian (Inventori DASS).

Bahagian B ialah set soalan kajian yang menggunakan inventori DASS untuk menilai tahap kemurungan, kebimbangan dan stres pelajar. Masa yang akan diambil untuk menjawab soalan adalah di antara 5 – 10 minit (Lovinbond, 1995). Depression Anxiety Stress Scale (DASS) ini ialah instrumen yang digunakan secara meluas yang dibangunkan oleh Lovibond dan Lovibond (1995) untuk mengukur kemurungan, kebimbangan dan stres. Soal selidik yang dilaporkan ini mempunyai 42 item pada asalnya. Namun Lovinbond dan Lovinbond telah memurnikan set soalan tersebut menjadi 21 soalan sahaja. Tujuh item dengan skor tertinggi daripada setiap subskala DASS asal telah dipilih untuk membangunkan DASS-21 yang mengandungi 21 soalan berkaitan kemurungan, kebimbangan dan stres. Terdapat 7 soalan mewakili skala stres (S), 7 skala kebimbangan (KM) dan 7 skala kemurungan (KM). Kebolehpercayaan DASS-42 adalah berdasarkan nilai alpha Cronbach. Keseluruhan DASS-42 Cronbach's alpha ialah 0.95, 0.92 untuk skala kemurungan, 0.87 untuk skala kebimbangan dan 0.88 skala domain.

Bagi DASS-21 pula alpha Cronbach ialah 0.959, yang menunjukkan konsistensi dalaman yang sangat baik. Kajian telah menunjukkan bahawa DASS-21 mempunyai kebolehpercayaan konsistensi dalaman yang baik (alfa Cronbach berjulat antara 0.74 dan 0.93) dalam kedua-dua sampel klinikal dan bukan klinikal (Ali dan Green, 2019) Konsistensi dalaman di antara semua item ujian DASS-21 didapati tinggi yang boleh dipercayai iaitu kemurungan 0.81, kebimbangan 0.73, stres 0.81. Lovinbond (1995) mengatakan DASS-21 boleh digunakan seawal umur 14 tahun hingga dewasa. Bagi pelajar yang berumur 14 tahun ke bawah inventori DASS-Youth adalah lebih sesuai. Secara keseluruhan, melalui dapatan yang diperolehi, DASS-42 dan DASS-21 tidak menunjukkan jurang besar dalam dapatan alpha Cronbach serta sangat sesuai diguna pakai bagi mendapatkan tahap skala kemurungan, kebimbangan dan stres dalam kalangan pelajar yang berusia 16 tahun.

Ramli Musa (2007) telah menterjemahkan Skala Tekanan Kebimbangan Kemurungan (DASS 21) ke Bahasa Melayu (BM). Untuk menentukan konstruk, sebanyak dua terjemahan ke hadapan dan ke belakang telah dilakukan dalam BM mengikut garis panduan, dan pengesahannya ditentukan dengan menggunakan analisis faktor pengesahan. Sebanyak 263 subjek telah dipilih secara rawak sistematik persampelan untuk mewakili populasi Malaysia bagi tujuan kebolehpercayaan dan kesahan. Hasil kajian mendapati DASS-21 Bahasa Melayu yang diterjemah oleh Ramli Musa (2007) mempunyai nilai alpha Cronbach yang sangat baik masing-masing iaitu .84, .74 dan .79, untuk kemurungan, kebimbangan dan stres. Selain itu, ia mempunyai nilai pemuatan faktor yang baik untuk kebanyakan item (.39 hingga .73). Korelasi antara skala adalah antara .54 dan .68. Kesimpulannya DASS-21 versi terjemahan Bahasa Melayu adalah tepat dan betul

serta boleh digunakan untuk memberikan data tentang tahap kemurungan.

Bahagian C adalah Modul Mengatasi Kemurungan (MK-CBTH). Modul MK-CBTH ini merupakan alat kajian utama bagi kajian ini. Modul ini digunakan untuk mengurangkan simptom stres, kebimbangan dan kemurungan. Modul MK-CBTH ini dibina berasaskan Teori CBT-H. Konsep asas Teori CBT-H ini digubal oleh Mohammad Aziz Shah (2017) bagi menyampaikan pengetahuan, kemahiran dan aplikasi CBT secara paling mudah, cepat dan berkesan. Teori Neo-CBT ini diubahsuai berasaskan CBT yang dipelopori oleh Aaron T. Beck 1963, 1976 dan pelbagai tokoh-tokoh CBT lain. Ketika ini CBT sering diguna pakai secara bebas dan terbuka dalam garis panduan NICE (National Institute for Clinical Excellence) dan disyorkan untuk digunakan terhadap penyakit kesihatan mental biasa. Ia sering kali diperkenalkan sebagai panduan untuk berfikir secara positif dan sihat dengan kaedah membuang corak-corak pemikiran negatif yang menimbulkan pelbagai masalah. Modul MK-CBTH yang dibina oleh pengkaji berdasarkan pendekatan Teori CBT-H.

JADUAL 4: AKTIVITI MODUL MK-CBTH

SUB MODUL	AKTIVITI
1 PENGENALAN (2 jam 25 minit)	PENERANGAN DAN AKTIVITI BERKENALAN (SESI 1) Aktiviti 1: Suai kenal dan membina hubungan sesama ahli Kelompok. (45 minit) Aktiviti 2: Penerangan dan taklimat Modul MK-CBTH (45 minit) Aktiviti 3: Penerangan aspek kerahsian. (45 minit)
2 KEMURUNGAN (3 jam 45 minit)	MENANGANGI KEMURUNGAN (SESI 2) Aktiviti 1-Menerangkan simptom kemurungan. (30 minit) Aktiviti 2-Teknik Kognitif (Penstrukturan Kognitif) (60 minit) (SESI 3) Aktiviti 3-Teknik Kognitif (Jurnal Harian). (60 minit) (SESI 4) Aktiviti 4- Teknik Tingkahlaku (The Power of Now) (60 minit)
3 PENUTUP (2 jam 25 minit)	ULANGKAJI, REFLEKSI DAN RUMUSAN (SESI 5) Aktiviti 1-Ulangkaji teknik-teknik yang dipelajari (45 minit) Aktiviti 2-Refleksi (45 minit) Aktiviti 3-Rumusan. (45 minit)

Jadual 4 menunjukkan secara keseluruhan modul MK-CBTH disusun secara jelas dan sistematik serta terarah berdasarkan proses-proses yang teliti berdasarkan Teori *Cognitive Behaviour Therapy for Healing*. Ini membuktikan modul ini sesuai dan mampu dilaksanakan berdasarkan aktiviti-aktiviti seperti yang terkandung di dalam jadual tersebut.

V. HASIL KAJIAN

Demografi Responden

Data yang diperoleh dianalisis menggunakan perisian IBM Statistic Package for Social Sciences (SPSS) versi 21.

JADUAL 5: PROFIL RESPONDEN KAJIAN

KELOMPOK	BILANGAN	L	P	MELAYU	CINA	INDIA	TINGGAL BERSAMA KELUARGA	M40
KBK	11:11:11	12	21	24	3	6	33	33
KBB	33	15	23	27	3	3	33	33
KK	33	8	25	26	4	3	33	33

Petunjuk

- KBK = Kelompok Bimbingan Kecil
- KBB = Kelompok Bimbingan Besar
- KK = Kelompok Kawalan
- L = Lelaki
- P = Perempuan

Jadual 5 menunjukkan profil responden kajian. Kelompok Bimbingan Kecil (KBK) dan Kelompok Bimbingan Besar (KBB) adalah kumpulan responden yang menerima rawatan, manakala Kelompok Kawalan ialah kumpulan responden yang tidak menerima apa-apa rawatan. Bagi Kelompok Bimbingan Kecil (KBK), seramai 33 orang pelajar dibahagi ke 3 kumpulan dengan setiap kumpulan mempunyai 11 orang pelajar. Bagi KBK ini seramai 12 orang (36.37%) pelajar lelaki dan 21 orang (63.64%) pelajar perempuan yang terlibat. Selain itu KBK ini terdiri dari 24 orang pelajar Melayu (72.73%), 6 orang pelajar India (9.01%) dan 3 orang pelajar Cina (18.19%). Kesemua responden (100%) dalam KBK tinggal bersama keluarga dan berasal dari keluarga yang berpendapatan M40. Untuk kelompok bimbingan besar (KBB), seramai 33 orang pelajar dikumpulkan dalam satu kumpulan yang sama. Bagi KBB ini seramai 15 orang pelajar lelaki (45.46%) dan 23 orang pelajar perempuan (69.70%) yang mengambil bahagian dalam kajian ini. Selain itu, KBB ini terdiri dari 27 orang pelajar Melayu (81.82%), 3 orang pelajar India (9.09%) dan 3 orang pelajar Cina (9.09%). Kesemua responden (100%) dalam KBB tinggal bersama keluarga dan berasal dari keluarga yang berpendapatan M40. Seterusnya bagi kelompok kawalan (KK), seramai 8 orang pelajar lelaki (24.25%) dan 25 orang pelajar perempuan (75.76%) yang berada dalam kumpulan berkenaan. Selain itu KK ini terdiri dari 26 pelajar Melayu (78.79 %), 4 pelajar Cina (9.09%) dan 3 orang pelajar India (12.12%). Untuk KK ini, seramai 33 pelajar dipilih dan dimasukkan ke dalam kumpulan tanpa diberi apa-apa rawatan. Kesemua responden (100%) dalam KK tinggal bersama keluarga dan berasal dari keluarga yang berpendapatan M40.

Keberkesanan Intervensi

Analisis multivariat kovarians (MANCOVA) dijanlankan untuk melihat perbezaan skor min pra ujian dan post ujian ke atas kesan kemurungan bagi tiga kumpulan pelajar iaitu KBK, KBB dan KK.

JADUAL 6: PERBEZAAN NILAI MIN PRA UJIAN DAN POS UJIAN KEMURUNGAN BAGI KBK, KBB DAN KK.

Kelompok	N	Pra Ujian		Pos Ujian	
		Nilai Min	Sisihan Piawai	Nilai Min	Sisihan Piawai
KBK	33	2.5853	.29422	3.0627	.39216
KBB	33	2.3667	.41623	3.2307	.24426
KK	33	2.4013	.44992	2.5240	.50063

Petunjuk
KBK = Kelompok Bimbingan Kecil
KBB = Kelompok Bimbingan Besar
KK = Kelompok Kawalan

Berdasarkan kepada Jadual 6 Berdasarkan kepada Jadual 1 menunjukkan perbezaan nilai min bagi pra ujian dan pos ujian bagi kemurungan bagi kelompok KBK, KBB dan KK. Hasil analisis kajian menunjukkan jumlah min bagi pra ujian bagi KBK adalah $m = 2.5853$ kepada pos ujian $m = 3.0627$. Bagi kelompok KBB pra ujian adalah $m = 2.3667$ kepada pos ujian $m = 3.2307$. Manakala kelompok KK pra ujian adalah $m = 2.4013$ kepada pos ujian $m = 2.5240$. Kesimpulannya, menunjukkan bahawa KBK mempunyai perbezaan yang lebih tinggi berbanding kelompok KBB dan KK.

JADUAL 7: TEST OF WITHIN-SUBJECTS EFFECT

Sources	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Ujian	Huynh-Feldt 10.716	1.000	10.716	254.184	.000
Ujian*Kelompok	Huynh-Feldt 4.124	2.000	2.062	48.913	.000
Error (Ujian)	Huynh-Feldt 3.668	96.000	.042		

Jadual 7 merupakan ujian antara subjek atau sampel, hasil analisis menunjukkan bahawa terdapat nilai yang signifikan diantara kelompok yang diuji dengan kelompok yang tidak diuji. Jadual ini menunjukkan kesahihan perbezaan kesan berdasarkan kepada tiga kelompok yang diuji. Kelompok yang diuji adalah kelompok KBK dan KBB.

JADUAL 8: ESTIMATES MARGINAL MEANS

Ujian	Nilai Min	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
Pra	2.451	.041	2.369	2.533
Pos	2.939	.041	2.857	3.022

Jadual 8 menunjukkan anggaran nilai min bagi pra ujian dan pos ujian bagi kelompok yang diuji. Berdasarkan jadual menunjukkan nilai min bagi pra ujian $m = 2.451$ dan nilai min bagi pos ujian $m = 2.939$.

JADUAL 9: PAIRWISE COMPARISONS

(I) Ujian	(J) Ujian	Perbezaan Min (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval for Difference	
					Lower Bound	Upper Bound
Pra	Pos	-.488*	.031	.000	-.549	-.427
Pos	Pra	.488*	.031	.000	.427	.549

Berdasarkan anggaran marginal mean
*.Perbezaan Mean adalah signifikan pada .05
^a.Pelarasan untuk pelbagai perbandingan: Bonferroni

Jadual 9 menunjukkan nilai perbandingan secara berpasangan adalah signifikan iaitu $p < 0.05$. Berdasarkan jadual menunjukkan nilai perbezaan min adalah $m = .488$.

Dapatan ini menunjukkan bahawa terdapat perbezaan antara pra dan pos ujian.

JADUAL 10: POST HOC TEST (TURKEY)

Kelompok	N	Subset	
		1	2
KK	33	2.4627	
P: KBB	33		2.7987
K: KBK	33		2.8240

KBB = Kelompok Bimbingan Besar
KK = Kelompok Kawalan

Jadual 10 menunjukkan hasil dapatan berdasarkan ujian Post Hoc Turkey. Hasil dapatan ini menunjukkan bahawa nilai bagi KK adalah $m = 2.4627$, KBB adalah $m = 2.7987$ dan KBK adalah $m = 2.8240$.

Secara keseluruhan, hasil dapatan data menunjukkan nilai min skor kemurungan bagi pra ujian dan pos ujian kelompok, pra ujian KBK ($m = 2.5853$, $sp = .29422$) dan pos ujian ($m = 3.2307$, $sp = .39216$), pra ujian KBB ($m = 2.3667$, $sp = .41623$) dan pos ujian ($m = 3.2307$, $sp = .39216$) dan pra ujian KK ($m = 2.4013$, $sp = .44992$) dan pos ujian ($m = 2.5240$, $sp = .50063$). Dapatan ini jelas menunjukkan bahawa terdapat perubahan kesan (penurunan) terhadap kemurungan dalam kalangan pelajar dalam populasi kajian. Keputusan ini juga ditunjukkan oleh jadual perbandingan pasangan (Pairwise Comparisons) yang menunjukkan perbezaan yang signifikan bagi setiap pasangan ujian setelah ralat jenis I dikawal menggunakan kaedah Bonferroni. Hasil dapat pos ujian Post Hoc jenis Turkey menunjukkan terdapat perbezaan yang lebih baik bagi KBK. Kesimpulannya terdapat perbezaan pra ujian dan pos ujian kemurungan antara jenis intervensi KBK dan KBB berbanding KK

VI. PERBINCANGAN

Kajian ini bertujuan untuk melihat keberkesanan Modul MK-CBTH berdasarkan 'Cognitive Behaviour Therapy for Healing' dalam kalangan pelajar tingkat empat di dua buah sekolah harian biasa di Perak. Modul ini telah dijalankan kesahan pakar dan kesahan kandungan bagi mencapai tahap modul yang terbaik. Ini kerana menurut Menurut Sabitha (2006), kesahan modul merujuk kepada ketepatan konsep dan kandungan sesebuah modul. Ia disokong oleh Pallant (2007) yang menyatakan bahawa kesahan merujuk kepada sejauh mana sesuatu alat kajian yang digunakan untuk mengukur ciri-ciri yang dikaji oleh sesebuah kajian. Seseorang pengkaji yang membangunkan modul dapat meminta maklum balas dan pandangan pakar untuk menentukankesahan sesebuah modul berkenaan (Majid 2000). Kesahan kandungan modul dianggap baik sekiranya ia dapat mengukur semua isi kandungannya dengan tepat dan berkesan. Selain itu kajian rintis juga telah dijalankan ke atas 99 orang responden dari sekitar negeri Perak juga. Menurut Borg dan Gall (1993) menjelaskan perlunya kajian rintis bagi menentukan

kesesuaian model konseptual sesuatu kajian dan mendapatkan maklumat awal tentang kesahan dan kebolehpercayaan instrumen yang digunakan. Menurut Chua Lay Nee (2011) kajian rintis (pilot study) juga merupakan kajian yang dijalankan secara kecil-kecilan sebelum pengkajian sebenar dilakukan. Oleh itu sesebuah kajian yang dijalankan kajian rintis akan mencapai tahap kebolehpercayaan dan ketekalan yang tinggi sebelum dijalankan dalam kajian yang sebenar. Hasil kajian yang diperolehi dianalisis dengan menggunakan data SPSS-21 bagi demografi responden untuk mengetahui nilai kekerapan dan peratusan. Hasil analisis menunjukkan Modul MK-CBTH dapat mengurangkan skor kemurungan ke atas para pelajar sekolah menengah yang menerima rawatan/intervensi semasa eksperimen kajian dijalankan.

VII. KESIMPULAN

Secara kesimpulannya, Modul MK-CBTH mempunyai keberkesanan yang tinggi dalam mengurangkan skor kemurungan ke atas para pelajar sekolah menengah yang mendapat rawatan/intervensi. Sungguhpun begitu, modul ini mencapai keberkesanannya ke atas pelajar sekolah menengah yang normal iaitu pelajar yang belum dirujuk ke hospital atau yang tiada rekod psikiatrik dan bukan pelajar pendidikan khas. Kajian ini mempunyai beberapa limitasi antaranya dari jenis responden, umur responden serta lokasi kajian. Untuk kajian lanjutan dicadangkan dijalankan ke atas sekolah berasrama penuh atau sekolah harian di kawasan luar Perak. Selain daripada itu, kajian keberkesanan Modul MK-CBTH ini tidak tertumpu di sekolah menengah sahaja, tetapi boleh dijalankan juga di sekolah rendah. Modul ini perlu diubahsuai seandainya diaplikasi ke atas pelajar sekolah rendah agar mudah difahami dan lebih menarik.

RUJUKAN

- Agah, J. J., Ede, M. O., Asor, L. J., Ekesionye, E. N., & Ejionueme, L. (2021). Managing examination induced stress among students using FEAR-model of cognitive behavioural intervention: Policy implications for educational evaluators. *Current Psychology*, 1-13.
- Ahmad, N., Roslan, S., Othman, S., Shukor, S. F. A., & Bakar, A. Y. A. (2018). The validity and reliability of psychometric profile for Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS21) Instrument among Malaysian undergraduate students. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 8(6), 812-827
- Al-Ghurairi, S. A. R. H., & Khaffaf, E. S. (2021). Prevalence of Depression, Anxiety and Stress Disorders among Nursing College Students in Mosul University/Iraq. *European Journal of Molecular & Clinical Medicine*, 7(10), 1270-1276.
- Amanvermez, Y., Rahmadiana, M., Karyotaki, E., de Wit, L., Ebert, D. D., Kessler, R. C., & Cuijpers, P. (2021). Stress management interventions for college students: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*.
- Andersen, P., Toner, P., Bland, M., & McMillan, D. (2016). Effectiveness of transdiagnostic cognitive behaviour therapy for anxiety and depression in adults: a systematic review and meta-analysis. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 44(6), 673-690.
- Akalu, T. Y., Gelaye, K. A., Bishaw, M. A., Tilahun, S. Y., Yeshaw, Y., Azale, T., ... & Akalu, Y. (2021). Depression, anxiety, and stress symptoms and its associated factors among residents of Gondar Town during the early stage of COVID-19 pandemic. *Risk Management and Healthcare Policy*, 14, 1073.
- Asmundson, G. J., Thorisdottir, A. S., Roden-Foreman, J. W., Baird, S. O., Witcraft, S. M., Stein, A. T., & Powers, M. B. (2019). A meta-analytic review of cognitive processing therapy for adults with posttraumatic stress disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 48(1), 1-14.
- Atkinson, S. R. (2020). Elevated psychological distress in undergraduate and graduate entry students entering first year medical school. *PLoS one*, 15(8), e0237008.
- Brener, N. D., Krug, E. G., & Simon, T. R. (2000). Trends in suicide ideation and suicidal behaviour among high school students in the United States, 1991–1997. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 30(4), 304-312.
- Bicer, A., Perihan, C., & Lee, Y. (2020). A Meta-Analysis: The Effects of CBT as a Clinic-& School-Based Treatment on Students' Mathematics Anxiety. *International Electronic Journal of Mathematics Education*, 15(2).
- Caldwell, D. M., Davies, S. R., Thorn, J. C., Palmer, J. C., Caro, P., Hetrick, S. E., & Welton, N. J. (2021). School-based interventions to prevent anxiety, depression and conduct disorder in children and young people: a systematic review and network meta-analysis.
- El-Monshed, A. H., El-Adl, A. A., Ali, A. S., & Loutfy, A. (2021). University students under lockdown, the psychosocial effects and coping strategies during COVID-19 pandemic: A cross sectional study in Egypt. *Journal of American College Health*
- Esser, P., Hartung, T. J., Friedrich, M., Johansen, C., Wittchen, H. U., Faller, H., ... & Mehnert, A. (2018). The Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) and the anxiety module of the Hospital and Depression Scale (HADS-A) as screening tools for generalized anxiety disorder among cancer patients. *Psycho-oncology*, 27(6), 1509-1516.
- Dear, B. F., Fogliati, V. J., Fogliati, R., Johnson, B., Boyle, O., Karin, E., ... & Titov, N. (2018). Treating anxiety and depression in young adults: A randomised controlled trial comparing clinician-guided versus self-guided Internet-delivered

- cognitive behavioural therapy. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(7), 668-679.
- Hamaideh, S. H., Al-Modallal, H., Tanash, M. A., & Hamdan-Mansour, A. (2021). Depression, anxiety and stress among undergraduate students during COVID-19 outbreak and "home-quarantine". *Nursing Open*.
- Huijts, T., Stornes, P., Eikemo, T. A., & Bambra, C. (2017). The social and behavioural determinants of health in Europe: findings from the European Social Survey (2014) special module on the social determinants of health. *European journal of public health*, 27(suppl_1), 55-62.
- Johansson, F., Côté, P., Hogg-Johnson, S., Rudman, A., Holm, L. W., Grotle, M., & Skillgate, E. (2020). Depression, Anxiety and Stress Symptomatology among Swedish University Students Before and During the COVID-19 Pandemic: A Cohort Study.
- Jones, A. M., West, K. B., & Suveg, C. (2019). Anxiety in the school setting: a framework for evidence-based practice. *School Mental Health*, 11(1), 4-14.
- Kamath, P., Dsouza, S. M., Mahapatra, S., & Jayakumar, S. (2021). Prevalence of depression among school going adolescents in India: a systematic review and meta-analysis of cross-sectional studies. *International journal of community medicine and public health (Gujarat)*, 8(2), 833-833.
- Kia-Keating, M., No, U., Moore, S., Furlong, M. J., Liu, S., & You, S. (2018). Structural validity of the Depression, Anxiety, and Stress Scales-21 adapted for US undergraduates. *Emerging Adulthood*, 6 (6), 434-440.
- Kosic, A., Lindholm, P., Järholm, K., Hedman-Lagerlöf, E., & Axelsson, E. (2020). Three decades of increase in health anxiety: Systematic review and meta-analysis of birth cohort changes in university student samples from 1985 to 2017. *Journal of Anxiety Disorders*, 71, 102208.
- Lan, H. T. Q., Long, N. T., & Hanh, N. V. (2020). Validation of Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS-21): Immediate Psychological Responses of Students in the E-Learning Environment. *International Journal of Higher Education*, 9(5), 125-133.
- Li, X., Shek, D. T., & Shek, E. Y. (2021). Psychological Morbidity among University Students in Hong Kong (2014-2018): Psychometric Properties of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) and Related Correlates. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), 8305.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335-343.
- Maynard, B. R., Heyne, D., Brendel, K. E., Bulanda, J. J., Thompson, A. M., & Pigott, T. D. (2018). Treatment for school refusal among children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Research on Social Work Practice*, 28(1), 56-67.
- Mohammadzadeh, J., Mami, S., & Omidi, K. (2019). Mean Scores of Depressions, Anxiety and Stress in Iranian University Students Based on DASS-21: A Systematic Review and Meta-analysis. *International Journal of Epidemiologic Research*, 6(1), 42-48.
- Medvedev, O. N., Norden, P. A., Krägeloh, C. U., & Siegert, R. J. (2018). Investigating unique contributions of dispositional mindfulness facets to depression, anxiety, and stress in general and student populations. *Mindfulness*, 9(6), 1757-1767.
- Mueller, C. E., & Winsor, D. L. (2018). Depression, suicide, and giftedness: Disentangling risk factors, protective factors, and implications for optimal growth. In *Handbook of giftedness in children* (pp. 255-284). Springer, Cham.
- Musa, R., & Aidid, E. M. (2020). Psychometric Properties of the Depression Anxiety Stress Scale 21-item (DASS-21) Malay Version among a Big Sample Population of Non-Malays in Malaysia. *Malaysian Journal of Psychiatry*, 29(1), 34-42.
- Paola, C., David, G., Judi, K., James, T., Clare, F., Emily, S., & Rona, C. (2020). School-based interventions to prevent anxiety and depression in children and young people: a systematic review and network meta-analysis (vol 6, pg 1011, 2019).
- Patrika, F., & Villaruel, R. B. (2021). Depression, Anxiety, and Stress among Students in Surabaya During Covid-19 Pandemic. *Insight: Jurnal Ilmiah Psikologi*, 23(2).
- Poulin, L. E., Button, M. L., Westra, H. A., Constantino, M. J., & Antony, M. M. (2019). The predictive capacity of self-reported motivation vs. early observed motivational language in cognitive behavioural therapy for generalized anxiety disorder. *Cognitive behaviour therapy*, 48(5), 369-384.
- Ratanasiripong, P., China, T., & Toyama, S. (2018). Mental health and well-being of university students in Okinawa. *Education Research International*, 2018.
- Rotenstein, L. S., Ramos, M. A., Torre, M., Segal, J. B., Peluso, M. J., Guille, C., ... & Mata, D. A. (2016). Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: a systematic review and meta-analysis. *Jama*, 316(21), 2214-2236.
- Santoso, M. B., Asiah, D. H. S., & Kirana, C. I. (2018). Bunuh diri dan depresi dalam

- perspektif pekerjaan sosial. *Prosiding Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat*, 4(3), 390-398.
- Sanghamitra Panda, Ashok Kumar Dash, Rajani Santhakumari, Nikhat Yasmeen, Abdul Raoof Omer Siddique, Aiesha Durrebar Younus Khan. (2021). Depression, Anxiety and Stress among Junior Science College Students. *International Journal of Health Sciences & Research*, 71(5).
- Škrlec, I., Talapko, J., Pustijanac, E., & Meštrović, T. (2021, January). Depression, anxiety, stress and physical activity in health-related university students during COVID-19. In *Proceedings*.
- Situmorang, D. D. B., & Wibowo, M. E. (2018). Comparison of the effectiveness of CBT group counseling with passive vs active music therapy to reduce millennials academic anxiety. *International Journal of Psychology and Educational Studies*, 5(3), 51-62.
- Sonnenschein, A. R., Hofmann, S. G., Ziegelmayr, T., & Lutz, W. (2018). Linguistic analysis of patients with mood and anxiety disorders during cognitive behavioural therapy. *Cognitive behaviour therapy*, 47(4), 315-327.
- Tang, X., Tang, S., Ren, Z., & Wong, D. F. K. (2019). Prevalence of depressive symptoms among adolescents in secondary school in mainland China: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 245, 498-507.
- Tuasikal, A. R. S., Wisnu, H., Ridwan, M., & Yulfadinata, A. (2020). Students Depression, Anxiety, and Stress Level: A Case Study in the Sport Education Department. *International Journal of Multicultural and Multireligious Understanding*, 7(8), 721-726.
- Zvolensky, M. J., Kauffman, B. Y., Bogiaizian, D., Viana, A. G., Bakhshaie, J., & Peraza, N. (2021). Worry among Latinx college students: relations to anxious arousal, social anxiety, general depression, and insomnia. *Journal of American college health*, 69(5), 529-536.