

**IMPAK MODUL APLIKASI *MINDFULNESS* DAN
PSIKO PENDIDIKAN (MAM-P) TERHADAP
INDIVIDU YANG MENGALAMI KRISIS**

SITI NORDARMA BINTI AB.RAHMAN

UNIVERSITI SAINS MALAYSIA

2025

**IMPAK MODUL APLIKASI *MINDFULNESS* DAN
PSIKO PENDIDIKAN (MAM-P) TERHADAP
INDIVIDU YANG MENGALAMI KRISIS**

by

SITI NORDARMA BINTI AB.RAHMAN

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

Julai 2025

PENGHARGAAN

Dengan lafaz Bismillahirrahmanirrahim, selawat dan salam ke atas junjungan besar Nabi Muhammad SAW. Setinggi-tinggi kesyukuran saya panjatkan ke hadrat Ilahi atas limpah rahmat dan izin-Nya, tesis ini berjaya disempurnakan.

Ucapan terima kasih dan penghargaan yang tidak terhingga saya tujukan kepada penyelia utama, Profesor Madya Dr. Nor Shafrin binti Ahmad, atas bimbingan dan tunjuk ajar yang berterusan, serta Dr. Nor Hernamawarni binti Abd Majid selaku penyelia bersama yang banyak menyumbang kepakaran sepanjang penyelidikan ini.

Penghargaan juga ditujukan kepada Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM) atas kepercayaan dan kelulusan cuti belajar, serta semua pihak yang membantu secara langsung atau tidak langsung, termasuk kakitangan Pusat Pengajian Ilmu Pendidikan, JEPeM, NMRR KKM, Jabatan Kesihatan Negeri Kelantan, para pensyarah, rakan pegawai psikologi dan klien yang terlibat dalam kajian ini. Terima kasih juga kepada penilai saya, Prof. Madya Dr. Rahimi Che Aman dan Dr. Nurul Fazzuan Khalid, serta sahabat-sahabat di seluruh negeri atas sokongan moral sepanjang pengajian.

Khas buat suami tercinta, Mohd Kamarul Bahrin bin Baharuddin, terima kasih atas sokongan, pengorbanan dan doa yang tidak pernah putus. Buat anak-anak tersayang, Nur Azmiera Aemielia Natasha dan Mohamad Kamarul Nadzrin, terima kasih atas kesabaran dan pengertian. Tidak dilupakan ayahanda Ab. Rahman bin Bebakar dan bonda Che Esah binti Mamat atas doa dan restu yang menjadi kekuatan saya. Juga buat seluruh ahli keluarga yang sentiasa menyokong dan mendoakan kejayaan ini.

"Syukur, syukur dan syukur"

Sekian, wassalam.

SENARAI KANDUNGAN

PENGHARGAAN	ii
SENARAI KANDUNGAN	iii
SENARAI JADUAL	xi
SENARAI RAJAH.....	xiv
SENARAI SINGKATAN	xvi
SENARAI LAMPIRAN.....	xviii
ABSTRAK	xix
ABSTRACT	xx
BAB 1 PENGENALAN	1
1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Latar Belakang Kajian	2
1.3 Pernyataan Masalah	16
1.4 Tujuan Kajian.....	26
1.5 Objektif Kajian.....	26
1.6 Soalan Kajian	27
1.7 Kepentingan Kajian.....	28
1.8 Kerangka Konseptual Kajian	29
1.9 Definisi Konsep dan Operasi Variabel Dalam Kajian	31
1.9.1 Modul.....	31
1.9.2 Intervensi Krisis.....	32
1.9.3 Krisis.....	32
1.9.3(a) Intensiti.....	33
1.9.3(b) Simptom Krisis.....	34
1.9.4 Kesihatan Mental.....	35
1.9.4(a) Kebimbangan.....	36

1.9.4(b)	Kemurungan	37
1.9.5	<i>Mindfulness</i>	38
1.9.6	Psiko Pendidikan (<i>Psycho education</i>)	38
1.10	Limitasi Kajian.....	40
1.11	Kesimpulan	40
BAB 2	SOROTAN LITERATUR.....	42
2.1	Pendahuluan.....	42
2.2	Krisis	42
2.2.1	Intervensi Krisis.....	45
2.3	Definisi Kesehatan Mental	50
2.3.1	Prevalen Kesehatan Mental di Malaysia	51
2.3.2	Kebimbangan.....	52
2.3.3	Kemurungan	55
2.4	Teori Mendasari Intervensi Krisis.....	59
2.4.1	Teori Krisis	59
2.4.1(a)	Model <i>Equilibrium</i>	60
2.4.1(b)	Model Kognitif.....	61
2.4.1(c)	Model Peralihan Psikososial	62
2.4.1(d)	Model Intervensi Krisis RPSD	63
2.5	PenggunaanTeori Dalam Modul	67
2.5.1	Kognitif Tingkah Laku (CBT).....	68
2.5.1(a)	Sejarah dan Perkembangan Kognitif Tingkah Laku (CBT)	68
2.5.1(b)	Konsep Teori Kognitif Tingkah Laku (CBT).....	69
2.5.1(c)	Nilai Teras Kognitif Tingkah Laku	72
2.5.1(d)	Proses dan Teknik-Teknik Dalam Kognitif Tingkah Laku	80
2.5.1(e)	Kajian-Kajian Lepas Berkaitan Intervensi CBT	83

2.6	Kajian- Kajian Lepas Berkaitan Krisis Kesihatan Mental	85
2.6.1	Kajian-Kajian Lepas Berkaitan Kebimbangan Dan Kemurungan	88
2.7	Pendekatan <i>Mindfulness</i>	93
2.7.1	Model Mekanisme <i>Mindfulness</i>	96
2.7.2	Pendekatan <i>Mindfulness</i> -Based Cognitive Therapy (MBCT)	100
2.8	Pendekatan Psiko Pendidikan Terapi Kognitif Tingkah Laku.....	103
2.9	Kajian Mengenai Pembinaan, Kesahan dan Kebolehpercayaan Modul	106
2.10	Kerangka Teori Kajian.....	113
2.11	Kesimpulan	117
BAB 3 METODOLOGI KAJIAN		118
3.1	Pendahuluan.....	118
3.2	Reka Bentuk Kajian	118
3.3	Kaedah Kajian Kuantitatif	120
3.3.1	Reka Bentuk Kuasi Eksperimen.....	122
3.3.1(a)	Justifikasi Pemilihan Reka Bentuk Kajian	125
3.4	Kaedah Kajian Kualitatif	125
3.5	Variabel Kajian	129
3.6	Ancaman Kesahan Reka Bentuk Kajian	129
3.7	Prosedur Kajian.....	132
3.7.1	Langkah 1: Pembinaan Modul.....	133
3.7.2	Langkah II: Kajian keberkesanan Modul	134
3.8	Fasa-Fasa Kajian.....	139
3.9	Populasi dan Sampel Kajian	148
3.9.1	Populasi	149
3.9.2	Pemilihan Sampel Kajian	151
3.9.2(a)	Kriteria Inklusi	152
3.9.2(b)	Kriteria Eksklusi.....	153

3.10	Lokasi Kajian	154
3.11	Instrumen Kajian.....	156
3.11.1	Protokol Temu Bual Berstruktur	156
3.11.2	Alat Lapor Kendiri.....	157
3.11.2(a)	Nilai Kesahan dan Kebolehpercayaan.....	161
3.11.3	Protokol Temu Bual Separa Berstruktur	163
3.12	Kesahan dan Kebolehpercayaan Instrumen Temu Bual Kualitatif.....	164
3.12.1	Pengesahan Protokol Temu Bual.....	165
3.12.1(a)	Kesahan Soalan Temu Bual	165
3.12.1(b)	Pentadbiran Instrumen Temu Bual.....	168
3.12.1(c)	Soal Selidik Kesahan Kandungan Modul.....	169
3.12.2	Kajian Rintis	169
3.12.3	Pengesahan Subjek Kajian.....	170
3.12.4	Pengesahan Pakar	171
3.13	Pengumpulan Data Kajian Eksperimen	171
3.13.1	Pengumpulan Data Kuantitatif	172
3.13.1(a)	Peringkat 1: Pengumpulan Data Ujian Pra.....	172
3.13.1(b)	Peringkat 2: Pengumpulan Data ujian Pasca	172
3.13.2	Pengumpulan Data Kualitatif	173
3.14	Analisis Data Kajian	178
3.14.1	Kaedah Analisis Data Kuantitatif.....	178
3.14.2	Kaedah Analisis Data Kualitatif.....	179
3.15	Etika Kajian	180
3.16	Kesimpulan	182
BAB 4 PEMBINAAN DAN PENILAIAN MODUL		183
4.1	Pengenalan	183
4.2	Latar Belakang Modul	183

4.3	Konsep Modul.....	184
4.4	Jenis-Jenis Modul.....	186
4.5	Fasa 1: Pembinaan Modul Aplikasi <i>Mindfulness</i> dan Psiko Pendidikan.....	188
4.6	Kaedah Pembinaan Modul.....	193
4.6.1	Peringkat 1: Menyediakan Draf Modul	194
4.6.2	Peringkat Kedua: Mencuba dan Menilai Modul.....	198
4.7	Pengenalan kepada Modul <i>Mindfulness</i> dan Psiko Pendidikan Individu.....	198
4.7.1	Asas Teori Yang Mendasari Modul.....	200
4.7.2	Rasional	208
4.7.3	Matlamat Modul	209
4.7.4	Objektif Pembinaan Modul	210
4.7.5	Falsafah Modul	211
4.7.6	Rangkuman Topik	212
4.7.7	Pelaksanaan Modul.....	214
4.7.8	Jangka Masa Intervensi MAM-P.....	215
4.7.9	Kelayakan dan Peranan Kaunselor	215
4.7.10	Etika Semasa Intervensi MAM-P	215
4.7.11	Syarat asas intervensi MAM-P	216
4.8	Langkah dan Prosedur Pelaksanaan Modul Aplikasi <i>Mindfulness</i> dan Psiko Pendidikan Individu Krisis.....	217
4.8.1	Peringkat Pembinaan Modul 1: Penyediaan Draf Modul	217
4.8.2	Peringkat Pembinaan Modul II : Mencuba Dan Menilai Modul.....	224
4.9	Carta Alir Penerimaan Kes	225
4.10	Carta Alir Proses Sesi Intervensi Krisis Menggunakan Modul MAM-P.....	226
4.11	Kesimpulan	227
BAB 5 ANALISA DAPATAN KAJIAN		228
5.1	Pendahuluan.....	228

5.2	Latar Belakang Organisasi dan Sampel Kajian.....	229
5.2.1	Profil Demografi Subjek Kajian: Analisa Data Deskriptif (Data Kuantitatif).....	229
5.2.2	Profil Diri dan Permasalahan/Isu Ringkas Klien Kajian	231
5.3	Dapatan Kajian Kuantitatif dan Kualitatif	237
5.3.1	Persoalan 1: Apakah tahap intensiti krisis, simptom krisis, kebimbangan dan kemurungan individu yang mengalami krisis?	237
5.3.1(a)	Hasil Dapatan Alat Lapor Kendiri Tahap Intensiti Krisis (<i>Crisis Intensity</i>)	238
5.3.1(b)	Hasil Dapatan Alat Lapor Kendiri Simptom Krisis (<i>Crisis Symptom Instrument</i>).....	238
5.3.1(c)	Hasil Dapatan Alat Lapor Kendiri <i>General Anxiety Disorder</i> (GAD 7)	241
5.3.1(d)	Hasil dapatan alat lapor sendiri <i>Patients Health Questionnaire</i> (PHQ 9)	242
5.3.2	Persoalan 2: Apakah kesahan Modul <i>Mindfulness</i> dan Psiko Pendidikan?	242
5.3.3	Persoalan 3: Apakah kebolehpercayaan Modul <i>Mindfulness</i> dan Psiko Pendidikan?.....	251
5.3.4	Persoalan 4: Adakah terdapat kesan Modul <i>Mindfulness</i> dan Psiko Pendidikan terhadap intensiti krisis, simptom krisis, kebimbangan dan kemurungan sebelum dan selepas penggunaan Modul?	263
5.3.4(a)	Data analisa kuantitatif: Tahap Krisis	263
5.3.4(a)(i)	Hasil Analisis Perbandingan Tahap Intensiti Krisis Ujian Pra dan Pasca.....	263
5.3.4(a)(ii)	Hasil Analisis Tahap Simptom Krisis Ujian Pra dan Pasca	265
5.3.4(a)(iii)	Hasil Analisis Tahap Kebimbangan bagi Ujian Pra dan Pasca.....	270
5.3.4(a)(iv)	Hasil Analisis Tahap Kemurungan Klien.....	272
5.3.4(b)	Dapatan Data Kualitatif: Hasil Temu Bual Klien	274

5.3.4(b)(i)	Analisis Tema dan Sub-tema Oleh Pakar	274
5.3.4(b)(ii)	Analisa Temu bual Klien Kajian.....	277
5.3.4(c)	Dapatan Data: Rubrik Pemerhatian Klien Kajian	289
5.3.4(d)	Dapatan Data: Maklum Balas Klien Selepas Melakukan Tugas Kendiri.	292
5.3.4(e)	Dapatan Data: Bacaan Nadi Sebelum dan Selepas Sesi Intervensi Modul MAM-P	295
5.3.5	Persoalan 5: Apakah maklum balas kaunselor tentang impak penggunaan Modul <i>Mindfulness</i> dan Psiko Pendidikan?	297
5.3.5(a)	Temu Bual Kaunselor Terhadap Kesan Selepas Menggunakan Modul MAM-P	298
5.3.5(b)	Pemerhatian Kaunselor Menggunakan Instrumen <i>Mental Status Examination</i> (MSE) Sebelum dan Selepas Intervensi MAM-P	302
5.3.5(c)	Dapatan Data Kualitatif: Laporan Intervensi Kaunselor.....	312
5.4	Carta Analisis Hasil Dapatan Kuantitatif Dan Kualitatif Sesi Intervensi Modul MAM-P	338
5.5	Kesimpulan	339
BAB 6 PERBINCANGAN, CADANGAN DAN KESIMPULAN		341
6.1	Pendahuluan.....	341
6.2	Perbincangan.....	341
6.2.1	Latar Belakang Permasalahan Klien Kajian	343
6.3	Perbincangan Analisis Kuantitatif	351
6.3.1	Apakah tahap intensiti krisis, simptom krisis, kebimbangan dan kemurungan individu yang mengalami krisis?	351
6.3.2	Bagaimana modul Aplikasi <i>Mindfulness</i> dan Psiko Pendidikan dibina?	354
6.3.2(a)	Apakah Kesahan dan Kebolehpercayaan Modul Aplikasi <i>Mindfulness</i> dan Psiko Pendidikan?	356
6.3.3	Adakah terdapat kesan Modul <i>Mindfulness</i> dan Psiko Pendidikan terhadap intensiti krisis, simptom krisis,	

keimbangan dan kemurungan sebelum dan selepas penggunaan Modul?	361
6.3.3(a) Perbandingan Tahap Intensiti Krisis Sebelum dan Selepas Intervensi.....	361
6.3.3(b) Dapatan Kualitatif Temu Bual Klien Kajian	364
6.3.3(c) Rubrik Pemerhatian Klien Dan Maklum Balas Klien	368
6.3.3(d) Bacaan Nadi Sebelum dan Selepas Sesi Intervensi Modul MAM-P.....	371
6.3.4 Apakah maklum balas kaunselor tentang kesan penggunaan Modul <i>Mindfulness</i> dan Psiko Pendidikan?.....	373
6.3.4(a) Dapatan Data Kualitatif: Temu Bual Kaunselor Terhadap Kesan Selepas Menggunakan Modul MAM-P	373
6.3.4(b) Dapatan Data Kualitatif: Pemerhatian Kaunselor Menggunakan Instrumen Mental Status Examination (MSE) Sebelum dan Selepas Intervensi MAM-P	376
6.3.4(c) Dapatan Data Kualitatif: Laporan Intervensi Kaunselor Dan Penilaian Aktiviti Hidup Harian Klien	378
6.4 Impikasi Kajian.....	382
6.4.1 Implikasi Terhadap Teori.....	382
6.4.2 Implikasi Terhadap Individu Krisis	384
6.4.3 Implikasi Terhadap Kaunselor.....	386
6.4.4 Implikasi Terhadap Kementerian Kesihatan Malaysia.....	387
6.5 Cadangan Kajian Untuk Penyelidik Akan Datang.....	389
6.6 Kesimpulan	391
RUJUKAN	394
LAMPIRAN	

SENARAI JADUAL

	Halaman
Jadual 1.1 Jenis Kecelaruhan Mental mengikut peratusan populasi penduduk dunia pada tahun 2017.....	6
Jadual 1.2 Senarai Peratusan Kecelaruhan Kebimbangan Berdasarkan Populasi Penduduk bagi Negara Asia Tenggara pada tahun 2017.....	7
Jadual 1.3 Senarai peratusan kes cubaan bunuh diri dan bunuh diri di Malaysia berdasarkan <i>National Health and Morbidity survey</i> tahun 2022.....	9
Jadual 1.4 Dapatkan temu bual Kaunselor KKM (Kajian Tinjauan Awal)	18
Jadual 3.1 Ancaman Luaran ke Atas Kesahan Dalaman Reka Bentuk Kajian dan Cadangan atau Langkah Kawalan	131
Jadual 3.2 Bil sesi, masa dan aktiviti yang dijalankan.....	143
Jadual 3.3 Perincian Lokasi Kajian.....	155
Jadual 3.4 Komen dan cadangan pakar bidang terhadap protokol temu bual.....	166
Jadual 3.5 Keputusan Analisis Penilaian Kesahan Kandungan Pakar Bagi Protokol Temu Bual Modul MAM-P.....	167
Jadual 3.6 Senarai Pakar Analisis Persetujuan Protokol Soalan Temu Bual Modul MAM-P	168
Jadual 3.7 Protokol Temu Bual.....	175
Jadual 4.1 Gabungan Pendekatan CBT dan Model Intervensi Krisis RPSD dalam Modul MAM-P.....	206
Jadual 4.2 Pelaksanaan Modul	214
Jadual 4.3 Senarai Aktiviti Pada Peringkat Satu (I) dan Tindakan	220
Jadual 4.4 Senarai Aktiviti Pada Peingkat Dua (II) Dan Tindakan.....	224
Jadual 5.1 Taburan kekerapan klien mengikut Jantina, Umur, Status Perkahwinan, Bangsa, Agama, Tahap Pendidikan dan Pekerjaan.....	230
Jadual 5.2 Jumlah Keseluruhan Skor Ujian Pra Tahap Intensiti Krisis Bagi Enam Orang Klien Kajian.....	238

Jadual 5.3	Jumlah Keseluruhan Skor Pra Simptom Krisis.....	239
Jadual 5.4	Jumlah Keseluruhan Skor Pra Kebimbangan	241
Jadual 5.5	Jumlah Keseluruhan Skor Pra Kemurungan	242
Jadual 5.6	Profil Penilai Pakar	243
Jadual 5.7	Keputusan Analisis Penilaian Kesahan Kandungan Pakar Bagi Modul Aplikasi Mindfulness dan Psiko Pendidikan (MAM-P).....	245
Jadual 5.8	Komen Dan Cadangan Pakar Kesahan Kandungan Modul MAM-P	246
Jadual 5.9	Keputusan Analisa Penilaian Pakar Kesahan Kandungan Berkaitan Kesesuaian Sesi Dan Aktiviti di Dalam Modul MAM-P	248
Jadual 5.10	Keputusan Kebolehpercayaan Modul MAM-P Yang Di Nilai Oleh Enam Orang (Klien dan Kaunselor).....	253
Jadual 5.11	Keputusan Kebolehpercayaan Modul MAM-P Yang Di Nilai Oleh Dua Orang Kaunselor Dan Empat Orang Klien Mengikut Aktiviti	254
Jadual 5.12	Jadual Keseluruhan Skor Ujian Pra Dan Pasca Tahap Intensiti Krisis	263
Jadual 5.13	Jadual Keseluruhan Skor Ujian Pra Dan Pasca Tahap Simptom Krisis	265
Jadual 5.14	Perbandingan Skor Pra dan Pasca Intervensi Simptom Fizikal	267
Jadual 5.15	Perbandingan Skor Pra dan Pasca Intervensi Simptom Emosi	267
Jadual 5.16	Perbandingan Skor Pra dan Pasca Intervensi Simptom Tingkah Laku	268
Jadual 5.17	Perbandingan Skor Pra dan Pasca Intervensi Simptom Kognitif.....	269
Jadual 5.18	Jadual Keseluruhan Skor Ujian Pra Dan Pasca Tahap Kebimbangan Antara Enam Klien	270
Jadual 5.19	Jadual Keseluruhan Skor Ujian Pra Dan Pasca Tahap Kemurungan Antara Enam Klien.....	272
Jadual 5.20	Analisis Penilaian Pakar Terhadap Tema dan Sub-Tema Kajian Kualitatif	275
Jadual 5.21	Sub-tema Tahap Krisis Sebelum Intervensi Modul MAM-P.....	278
Jadual 5.22	Sub-tema Kesan Sebelum Intervensi Modul MAM-P	280

Jadual 5.23	Sub-tema Kesan Selepas Intervensi Modul MAM-P	283
Jadual 5.24	Tema dan Sub-tema Kesan Aktiviti Modul MAM-P.....	287
Jadual 5.25	Dapatan Data Analisa Rubrik Pemerhatian Pra dan Pasca Intervensi.....	290
Jadual 5.26	Dapatan Hasil Maklum Balas Klien Kajian Terhadap Aktiviti Latihan Kendiri	292
Jadual 5.27	Dapatan Analisis Tema dan Sub-tema Aktiviti Latihan Kendiri	293
Jadual 5.28	Hasil Dapatan Keseluruhan Bacaan Nadi Klien Sebelum Dan Selepas Sesi Intervensi Modul MAM-P	295
Jadual 5.29	Pemikiran Positif: tidak berfikir perkara negatif terhadap isu atau masalah yang dihadapi	298
Jadual 5.30	Perasaan Positif: sedih berkurang dan lebih bersyukur	299
Jadual 5.31	Tingkah Laku Positif: pergaulan sosial lebih baik.....	300
Jadual 5.32	Tingkah laku positif: kawalan emosi lebih baik	301
Jadual 5.33	Ringkasan Analisis Pemeriksaan Status Mental dan Rumusan Hasil Pemerhatian Kaunselor Terhadap Klien Sebelum dan Selepas Intervensi Modul MAM-P	302
Jadual 5.34	Dapatan Keseluruhan Laporan Intervensi Krisis Menggunakan Modul MAM-P	313
Jadual 5.35	Dapatan Data Analisa Keseluruhan Aktiviti Hidup Harian Sebelum Sesi Intervensi Modul MAM-P.....	329
Jadual 5.36	Dapatan Data Analisa Penilaian Keseluruhan Aktiviti Hidup Harian Selepas Sesi Intervensi Modul MAM-P.....	334

SENARAI RAJAH

	Halaman
Rajah 1.1 Kerangka Konseptual Kajian	30
Rajah 2.1 Hubungan Kognitif, Fizikal, Emosi dan Tingkah Laku dalam Teori Kognitif Tingkah Laku (Greenberger & Padesky, 1995).....	73
Rajah 2.2 Model Mekanisme <i>Mindfulness</i>	97
Rajah 2.3 Kerangka Teori Kajian.....	113
Rajah 3.1 Reka Bentuk Urutan Penjelasan (<i>Sequential Explanatory Design</i>)	119
Rajah 3.2 Reka bentuk satu kumpulan ujian pra – pasca	124
Rajah 3.3 Tiga tahap dalam reka kajian penyelidikan.....	132
Rajah 3.4 Ringkasan Prosedur Kajian.....	138
Rajah 3.5 Fasa-fasa Kajian.....	139
Rajah 3.6 Tatacara Pelaksanaan kajian	147
Rajah 3.7 Kaedah persampelan bertujuan yang digunakan dalam kajian	154
Rajah 4.1 Proses Pembinaan Modul <i>Mindfulness</i> dan Psiko Pendidikan Individu Krisis Kesihatan Mental (Adaptasi Model Pembinaan Modul Sidek: Sidek Mohd Noah dan Jamaludin Ahmad, 2008, ms.27).....	191
Rajah 4.2 Kerangka Modul MAM-P	192
Rajah 4.3 Gambar rajah hubungan antara komponen hubungan situasi, pemikiran, tingkah laku dan perasaan.....	203
Rajah 4.4 Model Intervensi Krisis RPSD.....	205
Rajah 4.5 Carta Alir Proses Penerimaan Kes Krisis Menggunakan Modul MAM-P	225
Rajah 4.6 Carta Alir Proses Sesi Intervensi Menggunakan Modul MAM-P	226
Rajah 5.1 Perbandingan Skor Intensiti Krisis Bagi Klien 1 Hingga Klien 6.....	264
Rajah 5.2 Perbandingan Skor Keseluruhan Simptom Krisis Bagi Klien 1 Hingga Klien 6.....	265

Rajah 5.3	Perbandingan Skor Tahap Kebimbangan Antara Enam Klien.....	270
Rajah 5.4	Perbandingan Skor Tahap Kemurungan Antara Enam Klien	272
Rajah 5.5	Graf Garis Bacaan Nadi Klien Sebelum Dan Selepas Sesi Intervensi.....	296
Rajah 5.6	Carta Analisis Keseluruhan Hasil Dapatan Kuantitatif Dan Kualitatif Sesi Intervensi Modul MAM-P	338

SENARAI SINGKATAN

BT	Behaviour Theory
CBT	Terapi Kognitif Tingkah laku
CHD	<i>Coronary Heart Disease</i>
CISM	<i>Critical Incident Stress Management</i>
CPG	<i>Clinical Practice Guideline</i>
DAH	<i>Differential Activation Hypothesis</i>
DASS 21	<i>Depression Anxiety Stress Scale 21</i>
DSM V	<i>Diagnostic Statistical Manual V</i>
GAD	<i>General Anxiety Disorder</i>
IPG	Institut Pendidikan Guru
IPS	Institut Pengajian Siswazah
IPTS	Institut Pengajian Tinggi Swasta
IYRES	<i>Institute of Youth Research</i>
JKM	Jabatan Kebajikan Masyarakat
JKNK	Jabatan Kesihatan Negeri Kelantan
K	Klien
KS	Kaunselor
KKM	Kementerian Kesihatan Malaysia
KKMT	Kesihatan Mental dan Trauma
MAM-P	Modul Aplikasi <i>Mindfulness</i> Dan Psiko Pendidikan
MBCT	<i>Mindfulness Based Cognitive Therapy</i>
MBSR	<i>Mindfulness Based Stress Reduction</i>
MSE	<i>Mental Status Examination</i>

NADMA	Agensi Pengurusan Bencana Negara
NATS	<i>Automatic Negative Thoughts</i>
NGO	<i>Non Governmental Organization</i>
NHMS	<i>National Health & Morbidity Survey</i>
OSCC	<i>One Stop Crisis Center</i>
PB	Pembolehubah Bersandar
PFA	<i>Psychological First Aid</i>
PHQ	<i>Patient Health Questionnaire</i>
PTB	Pembolehubah Tidak Bersandar
PTSD	<i>Post Traumatic Stress Disorder</i>
REBT	Rasional Emotif Tingkah Laku
REBTGCM	Rational Emotif Tingkah Laku Terhadap Remaja Merokok
SPSS	<i>Statistical Package Sosial Science</i>
S-REF	<i>Self- Regulatory Executive Function</i>
ToT	<i>Training of Trainer</i>
UMT	Universiti Malaysia Terengganu
UNDP	<i>United Nations Development Programme</i>
UPSI	Universiti Pendidikan Sultan Idris
USAS	Universiti Sultan Azlan Shah
USM	Universiti Sains Malaysia
WHO	<i>World Health Organisation</i>

SENARAI LAMPIRAN

Lampiran A	Soal Selidik
Lampiran B	Kebolehpercayaan Instrumen (output SPSS)
Lampiran C	Modul
Lampiran D	Borang Persetujuan Termaklum (Peserta kajian)
Lampiran E	Borang Penilaian Kebolehpercayaan Modul
Lampiran F	Borang Kesahan Kandungan Modul
Lampiran G	Surat Pelantikan Pakar Penilai Kesahan Modul
Lampiran H	Borang Penilaian Pakar Kesahan Modul
Lampiran I	Surat Kebenaran Etika Menjalankan Kajian daripada JePEM USM
Lampiran J	Surat Kebenaran Menjalankan Kajian daripada JKNK/CRC KKM
Lampiran K	Protokol Temu Bual
Lampiran L	Surat Lantikan Pakar Tema Kualitatif
Lampiran M	Borang Persetujuan Pakar Terhadap Tema Kualitatif
Lampiran N	Dapatan data Kualitatif
Lampiran O	Sijil Kursus Berkaitan
Lampiran P	Senarai Penerbitan dan Pembentangan
Lampiran Q	Sijil Pengiktirafan dan Inovasi

IMPAK MODUL APLIKASI *MINDFULNESS* DAN PSIKO PENDIDIKAN (MAM-P) TERHADAP INDIVIDU YANG MENGALAMI KRISIS

ABSTRAK

Kesihatan mental kini menjadi fokus utama dalam agenda kesihatan negara susulan ketidakupayaan individu mengurus krisis kehidupan. Kajian ini bertujuan membangunkan Modul Aplikasi *Mindfulness* dan Psiko-Pendidikan (MAM-P) bagi menangani krisis yang dialami individu. Fasa pertama kajian melibatkan penilaian keperluan menerusi temu bual bersama kaunselor dan individu yang pernah mengalami krisis. Fasa kedua, melibatkan penghasilan draf dan penilaian pakar berdasarkan Model Pembinaan Modul Sidek. Fasa ketiga menggunakan reka bentuk kuasi-eksperimen dengan kaedah penyelidikan campuran melibatkan satu kumpulan rawatan dan ujian pra serta pasca. Nilai kesahan dan kebolehpercayaan modul adalah tinggi iaitu 0.94 manakala dapatan intervensi menunjukkan MAM-P berjaya mengurangkan intensiti krisis, simptom krisis, kebimbangan dan kemurungan. Analisis tematik data temu bual enam orang klien telah menghasilkan empat tema utama iaitu keadaan krisis sebelum dan selepas intervensi MAM-P, impak krisis sebelum intervensi MAM-P, impak krisis selepas MAM-P dan impak aktiviti MAM-P. Keempat-empat tema yang terhasil ini menunjukkan kepada perubahan pemikiran, emosi, tingkah laku dan fisiologi klien secara positif dan berkesan. Implikasinya, MAM-P berpotensi diaplikasikan secara meluas dalam bidang psikologi, kaunseling dan intervensi psikososial di pelbagai peringkat institusi, organisasi dan komuniti.

**THE IMPACT OF *MINDFULNESS* AND PSYCHO-EDUCATION
APPLICATION MODULE ON INDIVIDUALS EXPERIENCING CRISIS**

ABSTRACT

Mental health has now become a primary focus in the national health agenda due to individuals' inability to manage life crises. This study aims to develop the Mindfulness and Psycho-Educational Application Module (MAM-P) to address crises experienced by individuals. The first phase of the study involved a needs assessment through interviews with counselors and individuals who had previously experienced crises. The second phase focused on the development of a draft and expert evaluation based on the Sidek Module Development Model. The third phase employed a quasi-experimental design using a mixed-method approach involving one treatment group with pre- and post-tests. The module demonstrated high validity and reliability, with a coefficient of 0.94. Intervention findings indicated that MAM-P successfully reduced the intensity of crises, crisis symptoms, anxiety, and depression. Thematic analysis of interview data from six clients yielded four main themes: the crisis condition before and after the MAM-P intervention, the impact of the crisis before the intervention, the impact of the crisis after the intervention, and the impact of the MAM-P activities. These four themes reflected positive and effective changes in clients' cognition, emotions, behaviors, and physiological responses. The implication is that MAM-P holds strong potential to be widely applied in the fields of psychology, counseling, and psychosocial intervention across various institutions, organizations, and communities.

BAB 1

PENGENALAN

1.1 Pendahuluan

Isu kesihatan mental kini menjadi isu global yang semakin relevan akibat peningkatan cabaran kehidupan harian yang membawa tekanan. Masalah ini berkait rapat dengan ketidakmampuan sesetengah individu mengurus krisis sehingga menyebabkan gangguan psikologi seperti kebimbangan, kemurungan, dan ketidakupayaan berfungsi secara normal. Cabaran hidup yang mendesak mencetuskan krisis yang menggugat keseimbangan diri, mengganggu pemikiran, perasaan, dan tingkah laku individu (Caplan, 1964; Othman Ab Rahman, 2021). Kesan krisis bergantung kepada tahap intensiti, kemahiran daya tindak, serta personaliti individu (Marino, 1995). Reaksi negatif seperti denyutan jantung meningkat, sukar tidur, dan tiada selera makan sering berlaku semasa krisis (Othman Ab Rahman, 2021).

Krisis juga tidak dapat dijangka dan boleh berlaku secara tiba-tiba (Shahrul Nazmi Sannusi & Kamaliah Siarap, 2014). Sekiranya krisis tidak ditangani dengan segera dan berkesan, ia berpotensi membawa kepada masalah psikopatologi yang lebih serius, termasuk cubaan membunuh diri (Samsiah Mohd Jais, 2016, 2020). Walau bagaimanapun, krisis yang ditangani dengan baik mampu memberi peluang kepada individu untuk berkembang secara positif (Robinson & Stell, 2015).

Tindak balas individu terhadap krisis sangat bergantung kepada tahap kematangan, kemahiran pengurusan krisis, dan keupayaan adaptasi mereka. Gangguan emosi, kemurungan, dan kebimbangan adalah antara kesan yang sering dialami individu yang gagal menangani krisis (Abdul Rashid Abdul Aziz, Amin Al Haadi

Shafie, et al., 2020). Kesan psikologi berpanjangan tanpa intervensi boleh menjejaskan fungsi harian individu, seterusnya memberi impak negatif kepada kesejahteraan masyarakat.

Intervensi krisis yang berkesan adalah penting untuk mengurangkan kesan buruk dan masalah kesihatan mental dalam kalangan masyarakat di Malaysia. Rentetan itu, dalam usaha untuk membantu individu yang krisis ini adalah amat penting untuk memahami krisis yang berlaku dalam kalangan individu tersebut secara lebih meluas dari aspek intensiti krisis, simptom krisis, kebimbangan dan kemurungan. Seterusnya, mengaplikasikan intervensi krisis dengan lebih berkesan. Sehubungan itu, kajian ini akan memberi fokus kepada pembinaan modul intervensi krisis untuk menangani isu krisis kesihatan mental. Bab satu ini akan menerangkan tentang latar belakang kajian, pernyataan masalah kajian, objektif kajian, persoalan kajian, kepentingan kajian, kerangka konseptual kajian, definisi konsep, definisi operasional dan kesimpulan.

1.2 Latar Belakang Kajian

Malaysia merupakan salah sebuah negara yang terletak di Benua Asia Tenggara. Kedudukan Malaysia yang terletak di antara lautan Hindi dan lautan China Selatan menjadikan Malaysia sebagai salah satu Pusat Perdagangan Antarabangsa. Kedudukan yang strategik dan menjadi tumpuan negara-negara asing ini menjadikan Malaysia semakin hari semakin pesat membangun (Fatin Nur Zulkipli et al., 2023). Namun, di sebalik pembangunan negara yang semakin hari semakin maju ini, masyarakat Malaysia juga tidak terlepas daripada berhadapan dengan cabaran tekanan hidup sehingga berhadapan dengan pelbagai isu krisis kesihatan mental (Yeap & Low, 2009; Sherina et al., 2003).

Krisis berkait rapat dengan tekanan. Tekanan yang dihadapi dalam kehidupan seharian seseorang individu menjadi faktor pencetus kepada berlakunya krisis (Khosla, 2008). Seseorang individu terdedah dengan pelbagai peristiwa atau kejadian yang boleh menyumbang kepada krisis dalam kehidupan mereka seperti konflik kekeluargaan, kemalangan kenderaan, bencana alam, bertukar tempat kerja atau sekolah, terlibat dengan kes mahkamah, perubahan besar dalam kehidupan dan kehilangan sesuatu yang bermakna atau signifikan dalam hidup. Krisis boleh dikategorikan kepada dua jenis: krisis yang boleh diramal dan tidak boleh diramal (Nor Shafrin Ahmad, 2007). Krisis yang boleh diramal merujuk kepada peristiwa atau perubahan biasa dalam kehidupan seperti kehamilan, persaraan, perkahwinan, dan peralihan sekolah. Sebaliknya, krisis yang tidak boleh diramal adalah kejadian mengejut atau tiba-tiba, seperti rompakan, bencana banjir, kemalangan, kematian, dan tanah runtuh (Nor Shafrin Ahmad, 2007).

James dan Gililand (2013), mengkategorikan krisis kepada empat kategori krisis yang dialami oleh manusia iaitu krisis perkembangan (*developmental*), peristiwa traumatik (*traumatic events*), krisis situasi (*systemic*) dan krisis kewujudan (*existence*). Krisis perkembangan adalah krisis yang berlaku melalui perkembangan normal seseorang individu dalam kehidupannya (perubahan postur badan dari kanak-kanak kepada remaja dan pencecah), Manakala, krisis situasi merupakan satu bentuk ancaman yang berlaku pada satu-satu masa dan kejadiannya secara tiba-tiba (kematian orang yang tersayang, bencana alam dan kemalangan). Krisis kewujudan berlaku apabila individu mengalami konflik dan kebimbangan yang berkaitan dengan isu-isu kemanusiaan. Jenis krisis ini sering melibatkan konflik dalaman atau intrapersonal. Seterusnya, krisis yang disebabkan peristiwa traumatik (keganasan rumah tangga dan penderaan). Semua keadaan ini menjadi punca tercetusnya krisis pada diri seseorang

sama ada melibatkan diri individu sebagai mangsa krisis, pemerhati atau pun saksi yang terlibat (Nor Shafrin Ahmad & Siti Nur Nadhirah Mohd Ashri, 2018).

Sehubungan itu, krisis yang dialami oleh individu masa kini sering dikaitkan dengan pelbagai situasi seperti bencana alam, peperangan, krisis kewangan, masalah rumah tangga, isu sosial, dan sebagainya. Keadaan ini memberi kesan negatif terhadap psikologi, emosi, perasaan, dan pemikiran individu, yang seterusnya mempengaruhi perubahan tingkah laku (Siti Sarawati Johar & Mohamad Isa Amat, 2021). Individu mungkin mengalami kebimbangan, ketakutan, kesedihan, tekanan, kekeliruan, kekecewaan, dan bahkan kemarahan (Lai et al., 2020; Qiu et al., 2020). Hal ini secara langsung atau tidak langsung memberi kesan ke atas kesihatan mental individu. Berdasarkan manual statistik diagnostik (DSM V), terdapat lebih daripada 200 jenis penyakit mental (Samsiah Mohd Jais, 2020). Masalah atau gangguan kesihatan mental adalah suatu kondisi yang boleh menyebabkan gangguan dari tahap ringan hingga serius, memberi kesan kepada pemikiran dan tingkah laku individu, sehingga mengganggu kemampuan untuk menjalani rutin harian seperti biasa. Antara gangguan kesihatan mental yang lazim termasuk kebimbangan, kemurungan, dan gangguan personaliti (Samsiah Mohd Jais, 2020). Simptom-simptom yang mungkin ditunjukkan oleh individu seperti perubahan mood, pengasingan sosial, perubahan tabiat peribadi dan perubahan personaliti (Samsiah Mohd Jais, 2020) yang meliputi rasa takut, cemas, terkejut dan bimbang (Abdul Rashid Abdul Aziz et al., 2020). Reaksi ini jika tidak dirawat berpotensi untuk menjejaskan kesihatan mental (Abdul Rashid Abdul Aziz, Nurhafizah Mohd Sukor, et al., 2020).

Mutakhir ini, masalah kesihatan mental di Malaysia menunjukkan trend yang semakin meningkat (Mohd Faizul Hassan et al., 2018) iaitu berdasarkan statistik kes cubaan bunuh diri pada tahun 2012 (7.9%) dan pada tahun 2022 meningkat kepada

(13.1%) manakala kes bunuh diri pula pada tahun 2012 (6.8%) dan tahun 2022 (9.5%) (Institut Kesihatan Umum, 2022). Perkara ini menunjukkan peningkatan yang ketara dan menjadi kebimbangan semua pihak. Masalah kesihatan mental yang tidak dirawat bukan sahaja akan memberi impak negatif malah akan mendedahkan individu kepada tindakan-tindakan yang boleh memudaratkan diri seperti bunuh diri. Kesihatan mental berdasarkan *World Health Organisation* (2012) ialah satu tahap atau keadaan seseorang individu mempunyai kesejahteraan diri dari segi fizikal, mental dan sosial dan bukan semata-mata dari penyakit. Dimensi positif dalam kesihatan diketengahkan dalam Pertubuhan Kesihatan Sedunia (*World Health Organisation*, 2012) yang terkandung dalam perlembagaannya iaitu kesihatan yang baik adalah terhasil daripada kesejahteraan fizikal, mental serta sosial dan bukannya disebabkan oleh bebas daripada penyakit sahaja. Videbeck (2020) pula menyatakan kesihatan mental ialah kesejahteraan keadaan diri dari sudut emosi, psikologi dan sosial yang dibuktikan melalui hubungan interpersonal yang memuaskan, tingkah laku yang berkesan, konsep sendiri positif dan kestabilan emosi. Manakala, menurut Imam Al-Ghazali pula, manusia yang sihat mental adalah manusia yang sempurna iaitu manusia yang boleh mengawal tujuh anggotanya; mata, telinga, lidah, perut, kemaluan, tangan dan kaki. Manakala manusia sempurna pula adalah manusia yang dapat mengawal jiwanya (Roslee Ahmad et al., 2005). Berpandukan kenyataan ini, secara umumnya dapat disimpulkan bahawa kesihatan mental sangat berkait rapat dengan kehidupan setiap individu.

Masalah kesihatan mental kini telah dikenal pasti sebagai penyakit keempat terbesar yang menyumbang kepada penyakit global (*global disability*) yang dialami oleh manusia di seluruh dunia (*World Health Organisation*, 2020). Masalah kesihatan mental yang paling biasa di negara Malaysia ialah kemurungan, kebimbangan,

gangguan penggunaan bahan, dan tingkah laku bunuh diri (*World Health Organisation*, 2015). Menurut *Global Burden of Disease Study* (2017), kecelaruan kebimbangan mencatatkan prevalensi tertinggi berbanding gangguan lain, iaitu 3.76% daripada populasi dunia. Diikuti oleh kemurungan sebanyak 3.44%, ketagihan alkohol (1.4%), ketagihan dadah (0.94%), bipolar (0.6%), skizofrenia (0.25%), dan kecelaruan pemakanan (0.21%). Jadual 1.1 di bawah memberi gambaran yang menyeluruh tentang data tersebut;

Jadual 1.1

Jenis Kecelaruan Mental mengikut peratusan populasi penduduk dunia pada tahun 2017.

Jenis Kecelaruan Mental	Peratusan (%)
Kebimbangan	3.76%
Kemurungan	3.44%
Ketagihan Alkohol	1.4%
Ketagihan Dadah	0.94%
Bipolar	0.6%
Skizofrenia	0.25%
Kecelaruan Pemakanan	0.21%

Sumber: *Global Burden of Disease Study* (2017)

Manakala, statistik pada tahun 2017 juga menunjukkan negara Malaysia merupakan negara yang berada pada kedudukan tertinggi bagi kes kecelaruan kebimbangan berbanding negara-negara lain di Asia Tenggara. Malaysia mencatatkan kecelaruan kebimbangan tertinggi di Asia Tenggara dengan kadar 4.34% daripada keseluruhan populasi, diikuti oleh Laos (4.22%), Singapura (3.73%), Brunei (3.62%), Thailand (3.33%), Myanmar (3.31%), Kemboja (3.29%), Indonesia (3.28%), Filipina (3.27%), dan Vietnam (2.07%). Jadual 1.2 di bawah memberi gambaran yang menyeluruh berkaitan data tersebut;

Jadual 1.2

Senarai Peratusan Kecelaruan Kebimbangan Berdasarkan Populasi Penduduk bagi Negara Asia Tenggara pada tahun 2017.

Negara	Peratus (%) Kecelaruan Kebimbangan
Malaysia	4.34%
Loas	4.22%
Singapura	3.73%
Brunei	3.62%
Thailand	3.33%
Myanmar	3.31%
Kemboja	3.29%
Indonesia	3.28%
Filipina	3.27%
Vietnam	2.07%

Sumber: *Global Burden of Disease Study* (2017)

Di samping itu, menurut *Global Burden of Disease Study* (2017), rakyat Malaysia berumur 50 hingga 69 tahun mencatatkan kadar kecelaruan kebimbangan tertinggi sebanyak 5.97%. Ini diikuti oleh golongan 70 tahun ke atas (5.46%), 15 hingga 49 tahun (4.83%), 30 hingga 34 tahun (4.66%), dan 15 hingga 19 tahun (4.65%). Menurut *World Health Organisation* (2017), kadar gangguan kesihatan mental adalah tinggi dalam kalangan dewasa tua berumur 55 hingga 74 tahun, dengan 7.5% wanita dan 5.5% lelaki terjejas. Manakala, kanak-kanak berumur bawah lima tahun mencatatkan kadar terendah iaitu 0.13%. Dari segi jantina, wanita mencatatkan kadar gangguan mental tertinggi sebanyak 5.1%, berbanding lelaki 3.6%. Sementara itu, kajian Kesihatan Mental Kebangsaan (2017) melaporkan bahawa satu daripada 10 belia atau 10% daripada 5.5 juta anak muda di Malaysia pernah terfikir untuk membunuh diri. Kajian juga mendapati satu daripada lima belia mengalami kemurungan, manakala satu daripada 10 remaja menghadapi masalah tekanan

perasaan. Selain itu, remaja berumur 15 hingga 19 tahun turut mencatatkan kadar tinggi bagi kecelaruan kebimbangan (*Global Burden of Disease Study*, 2017).

Hal ini di sokong oleh *World Health Organisation* (2017) iaitu dari segi umur, kadar gangguan masalah kesihatan mental adalah tinggi dalam lingkungan umur dewasa tua iaitu di antara usia 55 tahun hingga 74 tahun yang mana 7.5% adalah wanita dan 5.5% lelaki (*World Health Organisation*, 2017). Kanak-kanak atau bayi berumur lima tahun ke bawah mencatatkan peratus terendah iaitu 0.13%. Pertubuhan Kesihatan Sedunia (*World Health Organisation*, 2017) juga, menunjukkan dari segi jantina golongan wanita mencatatkan kadar gangguan masalah kesihatan mental paling tinggi iaitu 5.1 % berbanding lelaki 3.6 %. Selain daripada itu, kajian Kesihatan Mental Kebangsaan (2017) juga telah melaporkan bahawa sekurang-kurangnya satu daripada sepuluh anak muda atau 10 % daripada 5.5 juta belia di negara ini pernah terfikir untuk membunuh diri. Hasil dapatan kajian mendapati satu daripada lima anak muda mengalami kemurungan, manakala satu daripada sepuluh remaja berhadapan dengan masalah tekanan perasaan. Penglibatan golongan remaja dalam kes kecelaruan kebimbangan iaitu antara umur 15 hingga 19 tahun yang turut mencatatkan peratus yang tinggi (*Global Burden of Disease Study*, 2017).

Sehubungan dengan itu, data mengenai gangguan kesihatan mental semakin meningkat setiap tahun di seluruh dunia. Menurut data *Global Burden of Disease Collaborative Network* (2022) pada tahun 2019 menunjukkan 12% daripada populasi penduduk dunia yang mengalami gangguan mental. Manakala pada tahun 2020 kes kecelaruan kebimbangan dan kemurungan menunjukkan peningkatan iaitu sebanyak 28 peratus lebih ramai berbanding tahun 2019. Peningkatan ini adalah kesan daripada kehadiran Wabak Pandemik Covid 19 yang mencetuskan krisis global pada penghujung 2019 dan hal ini berlaku kepada 204 negara seluruh dunia (*Global Burden*

of Disease Collaborative Network, 2022). Berdasarkan sumber Institut Penyelidikan Pembangunan Belia Malaysia (IYRES, 2020) iaitu melalui data *Malaysia Youth Index* (2020) menunjukkan pada tahun 2019 kadar peratusan remaja cenderung membunuh diri adalah satu daripada lima. Manakala pada tahun 2020 kadar peratusan remaja cenderung membunuh diri ialah satu daripada sepuluh.

Data yang dikeluarkan oleh Tinjauan Kebangsaan Kesihatan dan Morbiditi (Institut Kesihatan Umum, 2022) berkaitan tinjauan kesihatan remaja melalui saringan *Patient Health Questionnaire 9* (PHQ 9) pula menunjukkan satu daripada empat berasa tertekan. Remaja perempuan lebih tinggi rasa tertekan (36.1%) berbanding dengan remaja lelaki iaitu 17.7%. Satu daripada lapan remaja terfikir untuk bunuh diri dan satu daripada sepuluh remaja melakukan cubaan bunuh diri. Remaja perempuan lebih tinggi terfikir untuk membunuh diri iaitu 18.5% berbanding remaja lelaki iaitu 7.6%. Sebanyak 5.7% remaja lelaki dilaporkan melakukan cubaan bunuh diri, manakala remaja perempuan mencatatkan peratusan yang lebih tinggi iaitu 13.4%. Jadual 1.3 di bawah merupakan gambaran situasi cubaan bunuh diri dan bunuh diri di Malaysia.

Jadual 1.3

Senarai peratusan kes cubaan bunuh diri dan bunuh diri di Malaysia berdasarkan National Health and Morbidity survey tahun 2022.

Kejadian	Peratusan/ tahun 2012	Peratusan/ tahun 2017	Peratusan/ tahun 2022
Cubaan bunuh diri	6.8%	6.9%	9.5%
Terfikir bunuh diri	7.9 %	10.0%	13.1%

Sumber: *National Health and Morbidity Survey* (Institut Kesihatan Umum, 2022)

Justeru, data statistik yang dinyatakan ini terbukti menunjukkan bahawa masalah kesihatan mental ini memperlihatkan satu keadaan yang semakin membimbangkan kerana perkara ini mampu melumpuhkan jiwa seseorang individu (*World Health Organisation, 2020*) dan seterusnya boleh menjejaskan kualiti hidup masyarakat dalam negara. Hal ini berlaku adalah berpunca daripada krisis yang tidak dikendalikan dengan baik sehingga mencetuskan pelbagai reaksi psikologi yang berpanjangan (Noremy Md. Akhir, 2020; Che Su Mustaffa et al., 2018). Perkara ini terjadi disebabkan oleh individu mengalami krisis gagal mencapai keseimbangan emosi dan tingkah laku dalam menangani tekanan kehidupan seharian mereka (Caplan, 1964).

Berdasarkan data statistik yang dipaparkan, jelas menunjukkan bahawa krisis kesihatan mental di Malaysia adalah isu yang amat serius dan memerlukan perhatian semua pihak. Hal ini terbukti dengan bilangan kes yang tinggi di Malaysia berbanding negara-negara lain di Asia Tenggara (*Global Burden of Disease Study, 2017*). Oleh itu, Persatuan Kesihatan Mental Malaysia (2018) menegaskan bahawa kesihatan mental adalah keperluan asas bagi setiap individu. Hal ini kerana kesihatan mental bukan sekadar berkaitan dengan penyakit mental, tetapi juga merangkumi kesejahteraan hidup, kebahagiaan, serta kemampuan seseorang menghadap cabaran dalam kehidupan. Individu yang sihat mental akan sentiasa berfikiran positif terhadap persekitaran dan optimis terhadap masa depan.

Dalam hal ini juga, situasi kehidupan seseorang individu yang memberikan tekanan merupakan salah satu punca kepada berlakunya krisis dan isu kesihatan mental (Abdul Rashid Abdul Aziz, Nurhafizah Mohd Sukor et al., 2020). Menurut Tinjauan Kebangsaan Kesihatan dan Morbiditi (Institut Kesihatan Umum, 2019), hampir setengah juta rakyat di Malaysia didapati mengalami simptom gangguan emosi dan

kemurungan. Seseorang individu akan berada dalam keadaan tidak seimbang mental, fizikal dan emosi apabila mereka berhadapan dengan situasi yang diluar jangkaan dan keupayaan dirinya. Keadaan ketidakseimbangan dan disorientasi yang dialami akan membuatkan individu terjejas dari segi emosi dan kesihatan diri. Simptom disorientasi dan gangguan emosi yang berterusan tanpa rawatan boleh mengakibatkan berlakunya masalah kebimbangan, kemurungan dan seterusnya penyakit mental. Gangguan emosi boleh berlaku pada sesiapa sahaja tanpa mengira faktor umur dan boleh menjadi lebih buruk sekiranya tidak diberikan perhatian dan diurus lebih awal (Abdul Rashid Abdul Aziz, Amin Al Haadi Shafie, et al., 2020).

Ekoran daripada data yang telah dinyatakan, didapati masalah kesihatan mental ini berpunca daripada pelbagai faktor penyumbang dan di antaranya ialah faktor biologi yang disebabkan oleh genetik atau keturunan, tingkah laku (gaya hidup, tekanan, pekerjaan, persepsi kepada kesihatan dan lain-lain) serta faktor sosial (budaya, agama, nilai kekeluargaan dan sokongan sosial) (Bhugra et al., 2013). Selain daripada itu, masalah kesihatan mental juga boleh terjadi disebabkan oleh pelbagai situasi traumatik yang berlaku kepada seseorang individu, seperti kejadian bencana tsunami, pengabaian dan penderaan (Hoeboer et al., 2020), penderaan seksual (McConnell et al., 2020), kemalangan kenderaan (Dai et al., 2018), bencana alam, kesihatan, perkembangan dan lain-lain. Sesuatu kejadian traumatik atau ketegangan yang berlaku boleh menyebabkan seseorang individu berada dalam keadaan krisis dan berlaku ketidakseimbangan, gangguan serta disorientasi terhadap diri individu tersebut.

Seperti yang diketahui, negara Malaysia juga tidak terlepas daripada berlaku kejadian di luar jangkaan sama ada berskala kecil ataupun besar seperti bencana banjir yang berlaku pada hampir seluruh negeri setiap tahun, tanah runtuh yang berlaku di

Batang Kali Genting Highland pada 16 Disember 2022 (NADMA, 2023), kebakaran besar yang berlaku di Selangor pada tahun 1991 yang lalu (Pelan Pengurusan Bencana KKM, 2015), kemalangan kapal terbang MH 370 dan MH 17 pada 2014 (Shiang et al., 2020; See et al., 2016) dan krisis Kesihatan (*World Health Organisation*, 2020). Kesemua kejadian ini telah menyebabkan ramai yang mengalami kehilangan sama ada dari sudut harta benda mahupun nyawa. Kehilangan ini memberi kesan mendalam kepada psikologi setiap individu. Sebagai contoh krisis situasi (*systemic crisis*) Pandemik Covid -19 yang berlaku diseluruh negara termasuk Malaysia yang telah mencetuskan pelbagai situasi krisis kepada seluruh masyarakat. Setiap individu terpaksa menjalani kehidupan dengan pelbagai persoalan bermain di minda yang mencetuskan kerisauan, ketakutan dan kebimbangan. Perintah kawalan pergerakan yang di arahkan oleh pihak berkuasa telah memberi kesan kepada corak kehidupan setiap individu. Krisis situasi yang berlaku (Pandemik Covid-19) telah memberi gangguan yang teruk kepada rutin harian setiap orang. Ada yang terpaksa berpisah dengan keluarga dan rakan-rakan serta terasing dengan masyarakat (Choi et al., 2020). Masyarakat mengalami kehilangan bukan sahaja nyawa malah kehilangan kebebasan untuk beraktiviti sosial seperti biasa. Keterbatasan interaksi sosial ini telah menyebabkan individu mengalami kebimbangan dan kemurungan.

Selain itu, Pandemik Covid -19 juga telah menyebabkan masyarakat berhadapan dengan krisis ekonomi yang mana ramai dalam kalangan masyarakat diberhentikan kerja. Menurut Choi et al. (2020) terdapat pekerja yang dipotong gaji implikasi daripada wabak ini. Masalah kewangan dan kemiskinan yang meruncing pastinya memberi tekanan yang besar dalam kehidupan setiap orang. Susulan daripada itu, wabak ini juga turut memberi kesan kepada para pelajar. Perintah Kawalan Pergerakan tidak membenarkan sekolah dibuka. Para pelajar turut merasai kesan

kerana terpaksa menyesuaikan diri dengan persekolahan secara atas talian. Bebanan tugas atas talian merupakan faktor penyebab kepada pelajar tertekan (Irawan et al., 2020). Hal ini, turut memberi kesan kepada ibu bapa kerana terpaksa mengambil alih tugas guru mengajar dan memantau pembelajaran anak-anak dirumah (Jarnawi, 2020).

Faktor yang menyumbang kepada gangguan emosi seperti masalah kewangan, kos sara hidup, pekerjaan, persekitaran, kehilangan keluarga, penderaan, masalah sosial dan lain-lain ketika berlakunya krisis kesihatan (Pandemik Covid-19) ini, telah memberikan impak yang sangat besar terhadap kehidupan setiap individu. Pandemik Covid -19 ini bukan sahaja memberi kesan kepada masalah kesihatan fizikal malah pandemik ini turut memberi kesan negatif kepada masalah kesihatan mental. Kajian Bieber (1988) juga menunjukkan bahawa krisis berpunca dari situasi yang tidak stabil, dan akan memberi kesan yang buruk kepada individu yang mengalaminya. Krisis yang wujud pada seseorang individu jika tidak diurus dengan baik pada peringkat awal akan mendatangkan kesan negatif kepada kognitif, emosi, tingkah laku dan fisiologi. Antara simptom kognitif yang ditunjukkan ialah konsentrasi yang lemah, masalah ingatan, dan rasa tidak boleh dibantu (*helpless*). Manakala simptom emosi pula seperti perasaan takut, gerun, cepat marah, terseksa dan sensitif (Lai et al., 2020). Simptom tingkah laku terhadap individu boleh dilihat melalui tingkah laku agresif, kejam, dan pengasingan diri daripada orang ramai, tempat atau situasi (Qiu et al., 2020). Di samping itu, Simptom somatik atau fisiologi juga dapat dilihat seperti sakit badan, hilang selera makan, insomnia (kesukaran tidur waktu malam) serta kurang nafsu seks (Ehrenreich, 2001; Chhabra, 2020); keletihan, bimbang yang berlebihan, kurang fokus, dan keresahan disamping simptom fizikal lain seperti kadar denyutan jantung laju, ketegangan otot dan sakit kepala (Buheji et al., 2020).

Perubahan aspek kognitif, emosi, tingkah laku dan fisiologi ini bergantung kepada intensiti krisis dan respon individu terhadap situasi krisis tersebut. Dalam hal ini, seseorang individu mempunyai tindak balas yang berbeza terhadap situasi krisis berdasarkan kemahiran atau tingkah laku tersendiri, keupayaan untuk menangani, tahap kematangan dan personaliti (Marino, 1995). Sewaktu keadaan krisis berlaku setiap individu akan menunjukkan reaksi atau respon yang berbeza. Intensiti dan kesan krisis seseorang individu bergantung kepada persepsi, daya tindak, daya tahan, cara penyelesaian masalah dan lain-lain terhadap situasi tersebut. Terdapat sesetengah individu mengalami gangguan ringan manakala sesetengah individu lagi akan menunjukkan simptom kecelaruan yang sangat tinggi sehingga memerlukan rawatan kepakaran (Teh Faradilla Abdul Rahman & Norshita Mat Nayan, 2022). Oleh hal demikian, tekanan psikologi seperti rasa takut, cemas, terkejut, bimbang, tekanan yang melampau dan murung akan ditunjukkan oleh setiap individu ketika krisis dan perkara ini berpotensi untuk menjejaskan kesihatan mental (Abdul Rashid Abdul Aziz et al., 2020).

Perkara ini disokong oleh kajian Nur Hafizah Yusoff dan Muhammad Ridhwan Sarifin (2021) yang melaporkan 45% responden menyatakan berasa tertekan semasa menjalani tempoh kawalan pergerakan yang dilaksanakan oleh kerajaan. Manakala, Holmes et al. (2020) menyatakan bahawa kebanyakan individu semasa pandemik Covid 19 mengalami insomnia, keluhan somatik dan kemurungan. Sehubungan dengan itu juga, hasil kajian pada awal tahun 2020 menunjukkan 53.8% responden melaporkan impak psikologi yang sederhana sehingga teruk. Daripada jumlah tersebut, 16.5% melaporkan gejala kemurungan, 28.8% melaporkan kebimbangan dan 8.1% melaporkan gejala tekanan (Wang, Pan, et al., 2020).

Secara am, terdapat beberapa kesan emosi serta tingkah laku berisiko yang akan wujud akibat dari krisis yang berlaku. Menurut *World Health Organisation* (2020), situasi kecemasan seperti krisis bersenjata, bencana alam dan krisis kemanusiaan meningkatkan lagi risiko kesihatan mental. Hampir kesemua individu yang terjejas disebabkan oleh keadaan darurat akan mengalami tekanan psikologi, dengan satu dari lima kemungkinan mengalami gangguan mental seperti kemurungan, kegelisahan, gangguan tekanan pasca-trauma, gangguan bipolar atau skizofrenia (Samsiah Mohd Jais, 2020). Lebih membimbangkan lagi, apabila isu kesihatan mental diabaikan begitu sahaja, Hal ini boleh membawa kepada peningkatan kes penyakit mental kronik seperti bipolar, skizofrenia serta kemurungan berpanjangan (Samsiah Mohd Jais, 2020). Malahan, individu dalam krisis mental juga mungkin mengambil pendekatan yang lebih berisiko seperti bunuh diri dan mencederakan orang lain.

Menyedari kepentingan menangani isu ini, kerajaan Malaysia telah mengambil beberapa langkah awal dalam menangani krisis kesihatan mental. Antaranya termasuk penggubalan Pelan Strategik Kebangsaan Kesihatan Mental 2020–2025 oleh Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM) yang bertujuan untuk memperkukuh perkhidmatan kesihatan mental di semua peringkat. Selain itu, pelaksanaan modul *Psychological First Aid* (PFA) telah diperkenalkan sebagai intervensi awal kepada mangsa krisis, terutamanya dalam situasi bencana dan kecemasan. Inisiatif seperti penubuhan Talian HEAL 15555 dan pusat komuniti kesihatan mental (MENTARI) juga memperlihatkan komitmen kerajaan dalam menyediakan sokongan psikososial dan akses kepada bantuan profesional kepada individu yang mengalami gangguan emosi dan tekanan hidup. Walau bagaimanapun, isu ini masih lagi tidak dapat ditangani dengan tuntas disebabkan oleh limitasi dalam menangani isu krisis kesihatan mental ini.

Sehubungan dengan itu, dapat disimpulkan bahawa krisis yang dialami oleh seseorang individu memberi impak terhadap kualiti dan kesejahteraan hidup mereka. Oleh hal yang demikian, matlamat utama kajian ini adalah untuk membantu mengurangkan intensiti krisis, simptom krisis, kebimbangan dan kemurungan yang dialami individu krisis melalui pembinaan modul intervensi krisis.

1.3 Pernyataan Masalah

Krisis merupakan pengalaman normal dalam kehidupan manusia. Individu yang berada dalam situasi krisis sering mengalami ketidakseimbangan (*disequilibrium*) dari segi kognitif, afektif dan tingkah laku sehingga menjejaskan kefungsian harian (*immobility*) (Caplan, 1964). Keadaan ini biasanya disertai dengan kebimbangan dan kekeliruan akibat kegagalan mekanisme daya tindak yang boleh menyebabkan gangguan emosi serius dan membahayakan diri (Norazura et al., 2017). Oleh itu, individu dalam krisis memerlukan bantuan segera bagi menstabilkan emosi, psikologi dan kognitif serta memastikan keselamatan diri mereka. Intervensi krisis yang cepat, fokus dan efisien dapat membantu mengurangkan tekanan akut, mengembalikan kefungsian individu serta mencegah risiko gangguan tekanan pasca trauma (Bryant, 2021; Farchi et al., 2018).

Oleh hal yang demikian, kesan krisis yang berlaku dalam komuniti atau masyarakat perlu dipandang serius bukan sahaja dari sudut infrastruktur, ekonomi dan politik malah dari sudut kesihatan mental. Pengendalian segera keadaan krisis yang berlaku terhadap seseorang individu amat penting bagi menghalang daripada kesan krisis yang berpanjangan. Caplan (1964), menyifatkan intervensi krisis adalah langkah untuk mengelak penyakit mental berlaku melalui kaedah membantu individu yang mengalami kemurungan, menyelesaikan masalah dengan segera, menangani masalah

yang mengakibatkan tekanan, mengatasi ancaman secara afektif dan mengelakkan kejadian yang tidak sepatutnya seperti membunuh diri, mencederakan diri ataupun pergaduhan di antara keluarga. Oleh yang demikian, intervensi krisis perlu dilakukan dengan segera dalam jangka masa yang singkat bagi memberi kestabilan (Caplan, 1964), mengurangkan simptom krisis dan kembali berfungsi seperti normal (Nor Shafrin Ahmad et al., 2018) agar intensiti krisis yang dialami tidak memberi kesan yang teruk kepada kefungsi aktiviti kehidupan mereka. Dalam erti kata lain, individu yang berada dalam situasi krisis semestinya memerlukan sokongan daripada individu lain (Dass-Brailsford et al., 2015).

Kaunselor merupakan antara pasukan yang terlibat dalam pengurusan krisis sama ada di peringkat kebangsaan mahupun jabatan. Kecekapan kaunselor sangat membantu dalam membuat perancangan bagi menentukan intervensi yang digunakan sesuai dan berkesan. Sehubungan dengan itu, pengkaji telah menjalankan satu tinjauan awal (*preliminary study*) melalui sesi temu bual semi struktur kepada tujuh orang kaunselor di Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM) pada 12 Disember 2023 bagi meninjau tentang amalan pengendalian intervensi krisis terhadap kes-kes krisis yang dikendalikan. Kaunselor yang ditemu bual mempunyai pengalaman berkhidmat selama lima sehingga lima belas tahun. Dapatan temu bual ini menunjukkan tujuh orang kaunselor pernah mengendalikan kes krisis yang datang daripada pelbagai situasi krisis. Daripada hasil temu bual itu juga mendapati kesemua kaunselor mempunyai perasaan takut dan kurang yakin ketika mengendalikan kes krisis. Ketika mengendalikan kes krisis, kesemua kaunselor menyatakan klien akan menunjukkan reaksi psikologi seperti sedih, takut, risau, murung, berdebar-debar, keliru, agresif, menangis, cemas, susah bernafas, mengasingkan diri serta tidak suka melakukan aktiviti harian. Dari aspek intervensi dan teknik yang digunakan oleh kaunselor

didapati kesemua kaunselor menggunakan kaedah *Psychological first aid* (PFA) dalam memberi intervensi krisis. Namun, seorang daripada kaunselor tersebut ada yang menggunakan pendekatan kaunseling individu, kaunseling kelompok dan kemahiran asas kaunseling. Manakala, alat pengukuran psikologi yang digunakan oleh kaunselor adalah *Depression Anxiety Stress Scale 21* (DASS21), *Patient Health Questionnaire 9* (PHQ 9), *General Anxiety Disorder 7* (GAD 7), ujian personaliti dan Daya Tindak. Jadual 1.4 berikut merupakan hasil dapatan temu bual bersama kaunselor KKM.

Jadual 1.4

Dapatan temu bual Kaunselor KKM (Kajian Tinjauan Awal)

Tema	Dapatan Tinjauan Awal
Pengalaman kendalikan kes krisis	Tujuh orang (responden) pernah mengendalikan kes krisis
Perasaan ketika mengendalikan kes krisis	Takut, tertanya – tanya, kurang yakin, teruja dan takut, berdebar – debar, hilang fokus, sedih, terfikir apa yang perlu dibuat,
Simptom klien ketika krisis	<i>Blur</i> , <i>Stuck</i> , ekspresi tidak jelas, percakapan tidak jelas, lupa, <i>confius</i> , risau, keliru, ternya – tanya, menangis, berdebar-debar, agresif, cepat marah, mudah menangis, rasa tidak gembira, tidak suka melakukan aktiviti yang biasa dilakukan, mudah panik, cemas, susah bernafas, mengeletar, tiada keinginan melakukan aktiviti, murung, sedih, tidak bercakap, isolasi diri, takut, trauma, <i>negative thinking</i> , stres dan bimbang.
Intervensi/ Teknik digunakan	PFA, kemahiran asas kaunseling, teknik relaksasi, <i>sleep hygiene</i> , <i>stress management</i> , <i>anger management</i> , kaunseling individu, kaunseling kelompok, teknik psikopendidikan dan edaran pamflet,
Alat Ukur	PHQ 9, GAD 7, <i>Trauma checklist</i> , DASS21, personaliti dan Daya tindak.

Hasil dapatan daripada tinjauan awal ini jelas menunjukkan kaunselor mempunyai pengetahuan dan kemahiran yang terhad serta kurang keyakinan dalam mengendalikan intervensi krisis. Dapatan tinjauan awal ini dijadikan makluman awal kepada penyelidik mengenai amalan intervensi krisis yang dijalankan oleh kaunselor. Kajian analisis keperluan ini juga dilaksanakan sebagai fasa pertama kajian bagi

memberi gambaran yang tepat tentang keperluan pembinaan modul bagi membantu kaunselor mengendalikan intervensi krisis dengan berkesan.

Susulan itu, kajian oleh Nor Shafrin Ahmad et al. (2018) terhadap 21 orang kaunselor mendapati tahap pemahaman mereka terhadap krisis adalah berbeza. Seramai 52.4% memahami krisis sebagai kejadian yang memberi kesan kepada individu, 28.3% menganggapnya sebagai konflik yang mengganggu kefungsiannya, manakala selebihnya melihatnya sebagai kejadian mendadak, memerlukan penyelesaian segera, atau sebagai bentuk bantuan melalui sesi kaunseling. Kajian ini turut mendedahkan kelemahan dari segi pengetahuan dan penggunaan model intervensi krisis, di mana tujuh orang kaunselor tidak dapat mengenal pasti model yang digunakan, dan hanya sebahagian kecil menggunakan Model Gilliland atau Model Roberts.

Dapatan menunjukkan keperluan untuk meningkatkan pengetahuan dan latihan dalam kalangan kaunselor agar mereka lebih mahir mengaplikasikan model intervensi krisis yang sesuai. Kekurangan latihan formal dan pengalaman dalam intervensi krisis juga dikenal pasti sebagai faktor yang melemahkan keberkesanan intervensi dan boleh memburukkan keadaan klien (Nor Shafrin Ahmad et al., 2018). Kajian lanjutan oleh Nor Shafrin Ahmad et al. (2018) terhadap 25 kaunselor dari institusi pendidikan, sekolah dan perkhidmatan awam turut menunjukkan hanya tujuh kaunselor menggunakan model krisis seperti Model Roberts, Gilliland dan CISM, manakala 18 lagi bergantung kepada teori dan kemahiran asas kaunseling tanpa model khusus. Situasi ini memberi kesan kepada tahap profesionalisme kaunselor, di mana kekurangan pengetahuan dan kefahaman terhadap pendekatan sistematik dalam intervensi krisis masih ketara. Walaupun semua responden menekankan kepentingan amalan etika, kaunselor tetap perlu memiliki pengetahuan dan kemahiran kukuh untuk

memberi intervensi yang berkesan. Kekurangan ini boleh menjejaskan proses pemulihan klien dan menimbulkan kesukaran kepada kaunselor dalam memberikan bantuan sewajarnya (Othman Ab Rahman, 2021; Norazura Ahmad et al., 2017).

Kajian oleh Norazura Ahmad et al. (2017) menegaskan bahawa kaunselor memainkan peranan penting dalam membantu mangsa krisis kerana mereka mempunyai nilai profesional dan latihan khusus, termasuk pengalaman berurusan dengan klien dari pelbagai latar belakang. Namun, tanpa kemahiran khusus, kaunselor sukar membantu individu yang mengalami ketidakseimbangan emosi, kognitif dan tingkah laku. Kecekapan kaunselor dalam menentukan bentuk intervensi yang sesuai amat penting bagi memulihkan kestabilan klien. Oleh itu, kaunselor perlu memiliki pengetahuan yang komprehensif, bertindak segera dalam penilaian, serta menggunakan pelbagai kaedah dan alat khusus secara cekap (Murawski, 2011). Kajian Mohd Zaliridzal Zakaria (2018) turut menyarankan agar kaunselor mempertingkatkan kemahiran khusus seperti mengendalikan kesedihan, kehilangan dan tekanan dalam pengurusan intervensi krisis.

Dalam hal ini, kekurangan modul intervensi krisis juga menjadi satu limitasi kepada kaunselor dalam membantu individu krisis. Dengan adanya modul intervensi krisis yang khusus, modul ini akan membantu diri kaunselor untuk lebih tenang ketika memberi bantuan intervensi dan mengurangkan impak peribadi mereka sendiri serta membina minda positif dan kekuatan dalaman mereka (Mohd Zaliridzal Zakaria, 2018). Sehubungan itu, berdasarkan kajian oleh Mohd Zaliridzal Zakaria (2018) mengenai pengalaman kaunselor membantu mangsa bencana, beliau mengatakan bahawa keperluan membuat penyelidikan dan membangunkan modul untuk krisis intervensi dan sokongan psikologi dalam rangka kerja di Malaysia amat perlu dalam memastikan intervensi yang diberikan berkesan. Sebagai contoh Persediaan Asas

Modul Latihan seperti penjagaan diri atau pengurusan tekanan traumatik secara professional bukan sahaja kepada kaunselor, tetapi juga kepada orang ramai kerana perkara ini juga akan membangunkan mereka dari segi persediaan minda, emosi dan sikap profesional selepas situasi bencana. Keperluan terhadap garis panduan dan rangka kerja yang *standard* dan jelas tentang tanggungjawab serta konsep pengendalian intervensi krisis amat perlu untuk memastikan kaunselor cukup bersedia dalam mengendalikan situasi krisis dengan cekap (McAdams III & Keener, 2008; Corey et al., 2018). Dalam hal ini, kaunselor memerlukan satu model dan modul seragam (*standardized*) untuk menangani kes krisis dan mengendalikan intervensi dengan sewajarnya (Nor Shafrin Ahmad & Siti Nur Nadhirah Mohd Ashri, 2018).

Keseragaman modul merupakan elemen penting dalam memastikan kecekapan dan keberkesanan kaunselor mengendalikan situasi krisis secara sistematik. Kajian oleh Norazura Ahmad et al. (2017) mendapati bahawa intervensi krisis di Malaysia masih belum menggunakan modul yang seragam, manakala latihan dan pemahaman kaunselor berbeza mengikut agensi masing-masing. Sebagai contoh, Pelan Tindakan Menghadapi Bencana (2005) di bawah Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM) mewajibkan penggunaan Modul Bantuan Awal Psikologi (PFA) untuk situasi bencana, manakala Jabatan Kebajikan Masyarakat (JKM) menggunakan modul tersendiri yang dibangunkan pada 2013 sebagai panduan intervensi di pelbagai peringkat. Ketidaksejagatan ini menunjukkan tahap kompetensi kaunselor yang tidak setara, yang boleh menjejaskan keberkesanan intervensi. Jika tidak ditangani, hal ini boleh menyebabkan kaunselor mengalami keletihan emosi (*burnout*) dan klien pula berisiko mengekalkan pemikiran maladaptif serta bertindak secara agresif akibat kegagalan intervensi yang berkesan.

Kajian-kajian lalu menunjukkan terdapat kajian dan teori dalam mengendalikan intervensi krisis. Menurut Everly dan Lating (2017), teori Kognitif Tingkah Laku (*Cognitive Behaviour Theory*-CBT) dikatakan sangat sesuai dalam mengendalikan kes krisis. CBT merupakan pendekatan yang sistematik, cepat dan terarah. Pada masa yang sama CBT juga memberi fokus kepada pemikiran negatif dan mengutamakan terhadap pemikiran yang perlu diubah walaupun keadaan sesuatu kejadian tidak dapat di ubah. Selain itu, CBT juga memberi perhatian kepada masa kini untuk membantu menyelesaikan dari segi kognitif, perasaan dan tingkah laku. Pendekatan CBT adalah bertujuan untuk mengubah perasaan atau *mood* dan tingkah laku seseorang dengan mempengaruhi pola pemikiran (Meichenbaun, 1985). CBT turut membantu mengenal pasti reaksi-reaksi ketidakseimbangan yang berlaku dalam diri seseorang serta distorsi-distorsi kognitif yang timbul akibat sesuatu peristiwa atau kejadian.

Selain daripada CBT, *Mindfulness* juga merupakan satu pendekatan yang digunakan dalam membantu kes-kes krisis. *Mindfulness* melibatkan kesedaran akan pengalaman semasa ke semasa secara jelas dan seimbang. Pendekatan *Mindfulness* ialah satu proses pendekatan yang bermula dengan membawa kesedaran terhadap pengalaman semasa yang sedang dilalui, memerhati dan merasai setiap perubahan yang berlaku terhadap pemikiran, perasaan dan sensasi dari masa ke semasa dengan mengatur fokus, perhatian tanpa membuat sebarang penghakiman terhadap sesuatu peristiwa yang berlaku. Hasil daripada penelitian kajian lepas, *Mindfulness* dapat memberi kesan dan pengaruh yang positif dalam peningkatan kesejahteraan mental. Kajian Chong et al. (2021) yang mendapati aplikasi teknik *Mindfulness* berupaya untuk mengurus fungsi mental yang lebih tinggi sehingga dapat menenangkan individu untuk berada pada tahap tenang. Selain itu, kajian-kajian lain yang menggunakan

pendekatan *Mindfulness* seperti oleh Bahcivan et al. (2018) dan Kladnitski et al. (2020) juga telah berjaya dalam membantu mengurangkan simptom kemurungan dan kebimbangan.

Selain pendekatan CBT dan *Mindfulness*, pendekatan Psiko Pendidikan juga adalah antara pendekatan yang turut digunakan dalam membantu mengendalikan situasi krisis. Pendekatan Psiko Pendidikan merupakan satu pendekatan yang membantu dalam meningkatkan kesedaran dan mengubah tingkah laku seseorang individu. Berdasarkan pendapat Aslina Ahmad (2013) bersesuaian dengan kajian Neukrug (2007) yang menyatakan Psiko Pendidikan telah digunakan secara meluas untuk meningkatkan kesedaran sendiri dan membantu murid-murid untuk membuat keputusan tentang kehidupan mereka. Kajian daripada Al Sulaiman et al. (2018), mendapati kesan yang positif iaitu 95% pesakit kanser payudara di Qatar yang diberi kaunseling krisis dan Psiko Pendidikan *compliance* menerima rawatan dan pesakit bermotivasi untuk kekal meneruskan rawatan. Hal ini jelas menunjukkan bahawa Psiko Pendidikan dalam intervensi krisis dapat membantu seseorang individu mendapat pengetahuan, kesedaran dan bermotivasi untuk mengubah pemikiran, emosi dan tingkah laku ke arah yang lebih positif.

Selain itu, terdapat beberapa kajian lain yang menggunakan pendekatan Psiko Pendidikan seperti kajian oleh Abu Murat Abd. Rani dan Zuria Mahmud (2019) iaitu Pendekatan Psiko Pendidikan dalam Kaunseling Kelompok bagi Menangani Masalah Emosi Murid Mangsa Penceraian Ibubapa dan Psiko Pendidikan Alat yang Berkesan Sebagai Modaliti Rawatan dalam Kesihatan Mental oleh Srivastava dan Panday (2016). Kajian-kajian ini memberi gambaran bahawa Psiko Pendidikan sesuai digunakan untuk menangani individu krisis yang dikategorikan sebagai tidak dapat mengurus kehidupan dengan baik. Justeru itu, melalui kajian-kajian lepas telah jelas

membuktikan bahawa menangani isu krisis menggunakan ketiga-tiga intervensi ini berkesan dalam membantu individu krisis. Namun begitu, didapati tiada kajian yang mengabungkan antara ketiga-tiga ini dalam membantu individu menangani krisis. Sejajar dengan itu, pengabungkan ketiga-tiga pendekatan ini akan meningkatkan keberkesanan terhadap intervensi yang akan diberikan kepada klien. Hal ini dikatakan demikian kerana pendekatan CBT memberikan perhatian kepada masa kini, mengenal pasti pola pemikiran maladaptif dan menyelesaikan dari segi kognitif, perasaan dan tingkah laku. Manakala, *Mindfulness* pula melibatkan kesedaran tentang pengalaman semasa ke semasa yang dilalui secara memerhati, memberi fokus dan merasai perubahan yang berlaku terhadap pemikiran, perasaan dengan memberi sepenuh perhatian tanpa melakukan sebarang penghakiman terhadap sesuatu peristiwa yang berlaku.

Di samping itu, pendekatan Psiko Pendidikan juga mengajar dan membimbing serta memberi kemahiran membina strategi daya tindak kepada klien dalam mengatasi krisis yang dihadapi. Oleh demikian, dengan gabungan ketiga-tiga pendekatan ini dilihat dapat membantu individu krisis kembali kepada tahap kesedaran dan kewarasan semasa untuk mengawal diri dengan lebih baik, mengajar dan memberi maklumat dalam membina strategi dan daya tindak, mengenal pasti herotan kognitif dan tingkah laku maladaptif serta mengembalikan kepercayaan tidak rasional kepada kepercayaan yang rasional dengan menstrukturkan semula kognitif.

Selain daripada itu, melalui pembacaan sorotan kajian lepas juga pengkaji mendapati bahawa terdapat beberapa penyelidik yang menggunakan model krisis barat dalam pengurusan dan pengendalian intervensi krisis seperti Nor Shafrin Ahmad et al. (2023), Nor Shafrin Ahmad dan Siti Nur Nadhirah Mohd Ashri (2018), Myer et al. (2007), Nor Shafrin Ahmad et al. (2018), dan Wan Nurayunee Wan Zulkifli et al.